

Arrivederci a Palermo
25-28 settembre 2011
Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui

Donne
oltre le pari
opportunità

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Cesareo: per una scelta appropriata e consapevole

Arriva la seconda parte delle indicazioni dell'Istituto superiore di sanità per guidare i professionisti sanitari nella pratica clinica in base alle migliori evidenze scientifiche internazionali. Questo secondo documento prende in esame anche il tema della richiesta materna in assenza di motivazioni cliniche

Manovra 2011

Una sintesi delle principali misure che riguardano la sanità e il pubblico impiego. Le Regioni e il "buco" nei bilanci

Rapporto Sdo

Calano i ricoveri, resta alto il numero dei Tc. La fotografia sull'attività di ricovero nelle strutture sanitarie italiane

Pillola dei 5 giorni dopo

Primo sì del Ciss, in autunno la delibera dell'Aifa. Ma i ginecologi contrari al test ematico

Scudo giudiziario AOGOI

La nuova convenzione assicurativa Aogoi a copertura delle spese legali e peritali per tutti i soci

5/6
2011

Presidenti

Luigi ALIO, Antonio PERINO, Massimo PETRONIO

Presidenti Onorari

Ettore CITTADINI, Vincenzo GIAMBANCO, Gamal SEROUR

Coordinatori Scientifici

Adolfo ALLEGRA, Francesco RASPAGLIESI, Nicola RIZZO

Segreteria Scientifica

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

Segreteria Organizzativa

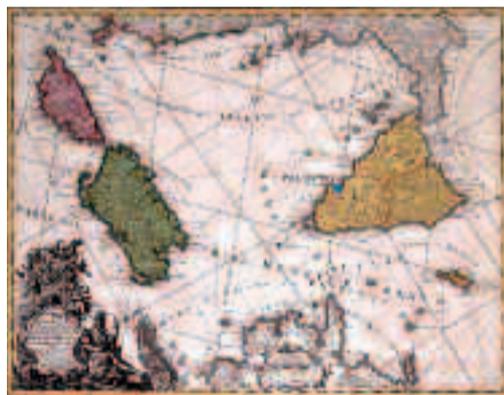


Via Lucilio, 60 • 00136 Roma
tel. 06 355301 • fax 06 35340213
sigo2011@triumphgroup.it



SIGO 2011

PALERMO



Presidenti: Luigi ALIO, Antonino PERINO, Massimo PETRONIO

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

87° Congresso SIGO

19° Congresso AGUI

52° Congresso AOGOI

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

Gentili colleghe e colleghi,

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

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

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

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

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

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

Luigi Alio, Antonio Perino, Massimo Petronio

Editoriale

di Vito Trojano Presidente AOGOI



Avanti tutta! Nonostante tutto...

L'ultimo numero prima della pausa estiva e del nostro appuntamento di Palermo coincide con un momento importante, o meglio critico per la nostra sanità e, più in generale, per il nostro sistema Paese. La manovra economica appena approvata, a cui non potevamo che dedicare l'apertura del nostro giornale, mette a dura prova il nostro Ssn e tutti gli operatori della sanità. E anche le nostre prospettive (e speranze) di riforma e rilancio del materno infantile. Ma siamo determinati a non rinunciare ai nostri obiettivi, "continueremo a garantire la Sanità a tutti i cittadini", come ha detto il ministro della Salute commentando questa manovra "dura ma necessaria". E lo faremo al meglio, affrontando, come sempre abbiamo fatto, le tante carenze che affliggono le nostre strutture pubbliche. Rilanciando, per quanto ci è possibile, tutte quelle iniziative che nel nostro ambito possono contribuire a colmare il divario nord-sud e le conseguenti disparità nell'accesso alla salute.

Il fermento delle attività della Aogoi, come testimoniano anche i report sui tanti corsi, convegni e studi da noi promossi in tutte le regioni italiane, a cui ho sempre partecipato, la ritrovata unità della ginecologia italiana, che verrà suggellata dal prossimo congresso nazionale di Palermo (l'appuntamento più importante della ginecologia italiana prima del prossimo mondiale di Roma!). Ed ancora la sinergia con le istituzioni, che ci vede sempre più presenti e attivi nelle sedi strategiche per il decision making sanitario, la collaborazione scientifica sempre più stretta con le società nazionali e internazionali e la nostra presenza a ogni evento scientifico di rilievo sono tanti segnali (risultati concreti) in controtendenza con il generale clima di sfiducia e difficoltà.

La solida rete di tutela assicurativa e legale che abbiamo costruito in questi anni è stata ulteriormente rafforzata con una nuova e più adeguata polizza assicurativa (non mancate di leggerne i dettagli all'interno). Il contenzioso medico legale, come ben sapete, ha una serie di conseguenze molto gravi per l'intera categoria medica - una situazione allarmante, fotografata anche dai dati dell'ultimo Rapporto dell'Ania, pubblicati all'interno, che rilevano come in 15 anni il numero dei contenziosi è quasi triplicato. Il nostro impegno per ridurre il rischio clinico prosegue senza sosta anche in sede istituzionale: la Commissione errori sanitari, di cui sono componente, sta procedendo nell'elaborazione dei questionari sui punti nascita che aveva inviato nei mesi scorsi agli assessorati regionali alla Salute e alle Procure italiane. Nel corso del prossimo congresso nazionale di Palermo, nella sessione "Formazione, Qualità, Rischio clinico", potremo già presentare, insieme al presidente della Commissione Leoluca Orlando, un'anticipazione dei dati sulla situazione dei punti nascita, che verranno raccolti in un Libro bianco che uscirà in concomitanza con il congresso mondiale Figo 2012. Vorrei infine concludere questa breve nota rinnovandovi il mio caldo invito a partecipare numerosi al congresso nazionale di Palermo. La partecipazione è sempre un segnale importante, soprattutto adesso che è iniziato il vero e proprio countdown con la ginecologia mondiale, che da noi si aspetta una prova di elevato livello culturale, scientifico e organizzativo. Sarà anche questo un modo per dimostrare che "Uniti si vince", come recita lo slogan che qualche anno fa abbiamo adottato per il lancio della nostra campagna iscrizioni. Avanti tutta dunque (nonostante tutto) e arrivederci a settembre!



Indice numero 5/6-2011

Primo piano

- 4 La stretta sulla sanità**
Manovra economica 2011: tutte le misure per sanità e pubblico impiego
 - "A quando una manovra che affronti anche i problemi della sanità?" di Carmine Gigli
 - Le Regioni alla prova del ticket

- 6 PSN 2011/2013**
Parere favorevole dalla commissione Senato, con alcune "osservazioni"

- 7 RAPPORTO SDO 2010**
Ricoveri ospedalieri in diminuzione del 4,9%
di Ester Maragò

- 8 Montecitorio approva il Ddl sul testamento biologico**
di Stefano Simoni

- 9 Ania: in 15 anni quasi triplicato il numero dei contenziosi in sanità**

- 10 Trent'anni di Aids**
di Antonino Michienzi

- 11 Pillola dei 5 giorni dopo: i ginecologi contrari all'obbligo del test**
Contracezione d'emergenza: il Position Paper di Smic e Sic

In evidenza

- 12 SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.**
La nuova convenzione assicurativa a copertura delle spese legali e peritali per i soci Aogoi

Professione

- 14 Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole**
Le Raccomandazioni dell'Iss per la pratica clinica sul taglio cesareo

- 16 RELAZIONE PMA**
Aumentano del 10% le gravidanze assistite: 2 italiani su 100 nascono così

- 17 Quanto è efficiente il percorso diagnostico delle coppie infertili in Italia?**
I risultati dello studio multicentrico Aogoi

- 19 Cancro della cervice up to date**

- 21 GEO - AOGOI LOMBARDIA**
Come gestire le emergenze /urgenze ostetriche
di Claudio Crescini e Antonio Ragusa

- 22 Cronicità: nuova frontiera del terzo millennio**
di Vania Cirese

- 23 AIO**
L'ostetrica legale e forense: è nato un nuovo Albo
di Antonella Marchi

- 24 La responsabilità dell'ostetrica in sala parto**
di Pier Francesco Tropea

- 25 AGITE SICILIA**
La contraccezione e i servizi territoriali: linee guida e prospettive future

Rubriche

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



NUMERO 5/6 - 2011
ANNO XXII

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Vito Trojano
Direttore Scientifico
Felice Repetti

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

Editore
Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03 (Conv.

L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: luglio 2011
Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

La principale novità per la sanità riguarda l'immediata introduzione, già dal 16 luglio, con l'entrata in vigore della manovra, del ticket di 10 euro sulle ricette per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, inserito nel 2007, ma mai applicato essendone stata fino ad ora garantita la copertura degli oneri da parte dello Stato. Con la manovra vengono infatti coperti gli oneri solo per 105 milioni di euro, anziché 486,5 come previsto dal decreto originale e che sarebbero stati utili a coprire il fabbisogno fino a tutto dicembre 2011. Con i 105 milioni stanziati sarà invece coperta la mancata applicazione del ticket solo per il periodo dal 1° giugno all'entrata in vigore del provvedimento.

Vediamo quali sono le principali misure che investono la sanità e il pubblico impiego.

Finanziamento del Ssn (art. 17, comma 1)

Il livello di finanziamento del Ssn a cui concorre lo Stato viene incrementato dello 0,5% nel 2013 e dell'1,4% nel 2014, fissando così a priori il tetto massimo al quale potrà arrivare il finanziamento nei primi due anni di applicazione dei costi standard sanitari che, lo ricordiamo, scatteranno proprio a partire dal 2013.

Suddivisione dei risparmi (art. 17, comma 2)

Nello specifico, qualora non si dovesse raggiungere un'intesa tra Stato e Regioni la manovra specifica le quote percentuali e le aree di risparmio.

Per il 2013, il 30% dei risparmi si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 40% dagli interventi sulla spesa farmaceutica, un altro 30% dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici. Per il 2014, invece la parte del leone è affidata ai nuovi ticket che dovranno da soli garantire il 40% dei risparmi. Per il resto il 22% si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 20% dagli interventi sulla spesa della farmaceutica territoriale, il 15% dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici e il restante 3% ad altre misure sul personale.

Costi standardizzati per i beni e servizi (art. 17, comma 1, lettera a)

Nelle more del perfezionamento dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura, saranno fissati prezzi di riferimento per tutti i beni e i servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenas tra quelli di maggiore impatto economico. In tal modo sarà rivoluzionato l'attuale sistema di gare d'acquisto per i dispositivi medici, i farmaci ospede-

Manovra economica 2011: tutte le misure per sanità e pubblico impiego

La stretta sulla sanità

È diventata legge in tempi record la manovra economica. Approdata al Senato l'11 luglio, e approvata a strettissimo giro dall'Aula di Palazzo Madama con voto di fiducia, è stata inviata subito alla Camera, che ha votato la fiducia dopo quattro giorni. Vediamo in sintesi le principali misure che riguardano la sanità e il pubblico impiego

dalieri e gli altri beni e servizi individuati, prevedendo appunto delle soglie di riferimento per il prezzo massimo d'acquisto da inserire nei bandi regionali e aziendali. La finalità è infatti quella di mettere a disposizione delle Regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa.

Contenimento spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale (art. 17, comma 1, lettera b)

Entro il 30 giugno 2012 dovrà essere emanato un regolamento, su proposta del Ministro della Salute di concerto con quello dell'Economia e delle Finanze,

che definisca le procedure per porre a carico delle aziende farmaceutiche l'eventuale sfioramento del tetto di spesa nella misura massima del 35% (oggi lo sfioramento della farmaceutica ospedaliera è totalmente a carico delle Regioni). Qualora entro questa data il regolamento non sia emanato, l'Aifa dovrà provvedere a riesaminare l'attuale tetto sulla spesa farmaceutica territoriale rideterminandone l'incidenza percentuale al 12,5% della spesa complessiva, anziché al 13,3% dell'attuale tetto (il cui sfioramento è oggi a carico delle aziende farmaceutiche), tenendo conto dei risparmi ottenibili dall'applicazione delle mi-

sure previste dalla manovra del luglio 2010 che stabilivano la determinazione di "tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole Regioni, con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore, rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente.

Tetto di spesa per i dispositivi medici e le protesi (art. 17, comma 1, lettera c)

In attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni, sarà inserito, a decorrere dal 1 gennaio 2013, anche un tetto di spesa massima pari al 5,2% della spesa complessiva per l'acquisto dei dispositivi medici e per le protesi sanitarie a carico del Ssn. Il tetto opererà sia a livello nazionale che a livello di ogni singola regione.

L'eventuale sfioramento sarà a carico delle Regioni, salvo nei casi in cui lo sfioramento non pregiudichi l'equilibrio economico complessivo della Regione.

Nuovi ticket dal 2014, ma il ticket di 10 euro sulla specialistica scatta subito (art. 17, comma 1, lettera d e comma 6)

A partire dal 2014 è prevista

l'introduzione di nuovi ticket sia sulla farmaceutica che sulle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. Questi nuovi ticket saranno aggiuntivi a quelli già esistenti a livello nazionale con la franchigia di 36,15 euro sulle prestazioni specialistiche e di 25 euro per codici bianchi in Pronto Soccorso e a quelli sui farmaci, già applicati in molte Regioni italiane (vedi nostro dossier). Le Regioni potranno in ogni caso adottare provvedimenti di riduzione delle misure di compartecipazione alla spesa purché siano assicurate misure alternative che rispettino l'equilibrio economico finanziario.

Ma già da lunedì prossimo, con l'entrata in vigore della manovra, tornerà operativo il ticket di 10 euro sulle ricette per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, inserito nel 2007, ma mai applicato essendone stata fino ad ora garantita la copertura degli oneri da parte dello Stato. Con la manovra vengono infatti coperti gli oneri solo per 105 milioni di euro, anziché 486,5 come previsto dal decreto originale che sarebbero stati utili a coprire il fabbisogno fino a tutto dicembre 2011. Con i 105 stanziati sarà invece coperta la mancata applicazione del ticket solo per il periodo dal 1° giugno all'entrata in vigore del provvedimento.

Piani di rientro (art. 17, comma 4)

Diventano sempre più stringenti, anche in termini di valore

Fazio: "Dura ma necessaria"

"Una manovra dura ma necessaria per evitare rischi finanziari al nostro Paese" - ha dichiarato in una nota il Ministro Fazio sottolineando però come "il Governo ha mantenuto il criterio di garantire a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie: da qui la piena conferma delle esenzioni ai ticket per le fasce sociali economicamente più deboli, per i bambini, i disoccupati, i pensionati sociali e al minimo, gli invalidi e i malati cronici e rari". "Al fine di assicurare ancor più a tutti, e soprattutto alle fasce deboli della popolazione, le prestazioni necessarie alla promozione e al mantenimento della salute" Fazio ha poi menzionato la sua proposta al Ministero dell'Economia "di rimodulare le esenzioni ai ticket per meglio ancorarle al principio dell'appropriatezza".



giuridico, con nuove norme che sembrano dettate dal caso del Tar Abruzzo che ha annullato parte dei provvedimenti del commissario ad acta (il presidente Gianni Chiodi) perché in contrasto con norme regionali precedenti mai abrogate. Con la manovra si prevede infatti che il commissario ad acta in caso rinvenga ostacoli per il Piano di rientro derivanti da provvedimenti legislativi regionali precedenti, li trasmetta al Consiglio regionale che entro i successivi 60 giorni (altrimenti interverrà il Governo nazionale) dovrà apportare le necessarie modifiche o abrogare i provvedimenti per rimuovere gli ostacoli ravvisati.

E a proposito di Abruzzo, la manovra, nelle more dell'entrata in vigore di questa misura, dà esecuzione al Piano di rientro di Chiodi superando così lo stop del Tar.

Per le Regioni sotto Piano di rientro, infine, vengono ulteriormente definite le modalità di salvaguardia dalle procedure esecutive fino al 31 dicembre 2011 in caso di debiti con fornitori esterni, già previste dalla legge di stabilità 2011 (legge 220 del 2010). Parziale deroga al blocco del turnover per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro che potranno essere autorizzate nei Tavoli tecnici ad assegnare incarichi per dirigenti di struttura complessa per garantire il mantenimento dei Lea.

Accertamenti medico legali per assenza da malattie (art. 17, comma 5)

La manovra conferma la destinazione di 70 milioni annui per il 2011 e 2012 per le visite di controllo ai lavoratori assenti per malattia da parte delle Asl. Dal 2013, tale somma entrerà a regime e sarà quindi decurtata dalla somma complessiva dei finanziamenti per il Ssn.

Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (Inmp) (art. 17, comma 7, 8 e 9)

Prorogata fino al dicembre 2013 la sperimentazione gestionale dell'Ente con un finanziamento di 5 milioni annui. Entro giugno 2013 il Ministero della Salute verificherà i risultati raggiunti e in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi si provvederà alla liquidazione del Inmp.

Riorganizzazione Aifa (art. 17, comma 10)

Entro tre mesi dalla conversione in legge della manovra dovrà essere emanato un decreto per la riorganizzazione dell'Aifa sulla base dei seguenti criteri: affidamento al Cda delle modifiche sull'assetto organizzativo dell'Agenzia; riorganizzazione della Commissione tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborsi, ciascuna delle quali dovrà avere 10 componenti (3 Min. Salute, 1 Min. Economia, 4 Conf. Stato-Regioni oltre al Dg Aifa e al presidente dell'Iss) la cui indennità dovrà essere in linea

con quelle corrisposte in analoghe Authority europee; indicazione dei servizi e relativi compensi che l'Agenzia potrà fornire a terzi; introduzione di un diritto annuale per ciascun azienda farmaceutica che copra i costi della banca dati e delle procedure, con una riduzione per le Pmi.

Norme sul personale del Ssn (art. 16 sul pubblico impiego)

Permane l'incertezza interpretativa sull'applicazione anche alle Regioni non sottoposte al piano di rientro della proroga

fino a tutto il 2014 del blocco del turn over, previsto per le amministrazioni pubbliche. Secondo i sindacati di categoria, infatti, la norma così come scritta lascia forti dubbi interpretativi. Secondo il ministro della Salute, invece, la manovra non prevede alcun blocco del turn over per il Ssn, tranne che per le Regioni sottoposte a piano di

► Segue a pagina 27

SPECIALE MANOVRA

Su www.quotidianosanita.it una rassegna di analisi e commenti degli esperti in sanità, degli operatori della salute e dei presidenti delle Regioni

"A quando una manovra che affronti anche i problemi della sanità?"

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

■ I medici hanno imparato a loro spese che le varie manovre, disposizioni per lo sviluppo e leggi finanziarie, le risorse le prelevano dalla "sanità" e dalle retribuzioni del pubblico impiego.

Le vecchie leggi finanziarie erano più "etiche", perché colpivano i beni voluttuari: sigarette, alcolici, totocalcio e al limite, l'accisa sulla benzina. Da alcuni anni, invece, si mira a ridurre la spesa pubblica attraverso un gioco delle parti, fra lo Stato e le Regioni, che alla fine penalizza i cittadini che hanno la necessità di accedere ai servizi sanitari e i dipendenti del pubblico impiego.

Così, un'amara sensazione di "déjà-vu", ci coglie leggendo gli articoli della recente legge di conversione 15 luglio 2011, n. 111, sulle "disposizioni urgenti

per la stabilizzazione finanziaria". Si ritorna a parlare di blocco delle assunzioni, di blocco delle retribuzioni e di blocco della contrattazione, per il pubblico impiego.

Chi va in pensione sarà rimpianto, perché non verrà sostituito e chi rimane dovrà fare anche il suo lavoro. Non è stato tenuto in alcuna considerazione il fatto che i pensionamenti non sono equamente distribuiti e che in alcuni reparti, quelli che restano sono numericamente insufficienti per garantire il servizio, nel rispetto delle norme sull'orario di lavoro e sui riposi obbligatori. Il blocco salariale si protrarrà dal 2010 sino al 2014, con una perdita economica per i medici che potrà superare i 30.000 euro nel quinquennio. Ai quali si aggiungeranno i riflessi sulla previdenza.

Aumentano le incombenze procedurali, le trasmissioni telematiche di certificati, le spiegazioni per i nuovi ticket, con la con-

seguinte riduzione del tempo da dedicare alla salute dei cittadini.

Nonostante questa legge venga presentata come lo strumento che consentirà alla nazione di raggiungere il pareggio di bilancio entro il 2014, resta la fastidiosa sensazione che i prelievi non siano finiti e che dopo di questa, ci saranno delle altre manovre. Allora, è giusto chiederle: ma queste disposizioni sono le più giuste ed efficaci, oppure si può fare qualcosa di diverso? È facile osservare che la classe politica viene toccata solo marginalmente da questa manovra. La salvaguardia dei "posti di lavoro" della casta ha avuto la meglio sul programma di governo. Non si accenna minimamente all'abolizione delle province o alla riduzione del numero dei parlamentari.

Ritengo che si possa incidere sulla sanità e ottenere, insieme alla riduzione della spesa, anche la soluzione di alcuni problemi

che la frenano, come quello della "responsabilità professionale". La depenalizzazione della colpa medica porterebbe a una riduzione degli indennizzi, delle spese giudiziarie e soprattutto, della "medicina difensiva", con notevoli risparmi per le aziende. La valorizzazione della figura del dirigente medico porterebbe ad un più oculato utilizzo delle risorse diagnostiche e ad una riduzione della spesa per i farmaci e per i presidi terapeutici. Ancora, un passo indietro della politica nella nomina dei direttori di struttura complessa, premierebbe la professionalità e consentirebbe di risparmiare sui costi dei consulenti, che vengono chiamati per sopperire alle carenze professionali dei nominati dalla politica.

Forse è opportuno cominciare a lavorare sin da ora per cercare le vie più eque per ottenere dei risparmi sulla spesa sanitaria, anche in considerazione del fatto che il personale... ha già dato!

Manovra

Le Regioni alla prova del ticket

■ La manovra ha garantito solo 105 milioni per la copertura del ticket di 10 euro sulla specialistica. Il "buco" nei bilanci regionali è calcolato in 381,5 milioni e le Regioni sono divise tra chi ha già introdotto la nuova tassa e chi sta cercando risorse alternative

di Luciano Fassari

Innanzitutto è bene precisare che per quanto riguarda i ticket non possiamo proprio etichettarli come vere e proprie "novità". Partiamo da quello sui codici bianchi al Pronto Soccorso. A parte la Basilicata viene applicato già in tutte le Regioni, con l'esclusione di alcune specifiche categorie che ne risultano esentate. Soprattutto viene fatto a pagare a chi entra in Ps con codice bianco a cui non fa seguito il ricovero. Quindi, in questo caso, di novità si può parlare solo se ci riferisce alla regione lucana, che dovrà decidere nelle prossime ore cosa fare, se conti-

nuare a coprire il ticket con risorse proprie o introdurlo "sic et simpliciter".

Esattamente la medesima riflessione che dovranno fare tutte le Regioni sul ticket di 10 euro in quota fissa su tutte le ricette per la specialistica che andrebbe ad aggiungersi alla franchigia di 36,15 euro da sempre in vigore su queste prestazioni. Il ticket, infatti, per legge c'è già dal 2007, e fu introdotto dal Governo Prodi. In questi anni, però, è stato sempre coperto da risorse dello Stato. Ora, invece, Tremonti ha acceso il semaforo rosso sulle coperture e così le Regioni dovranno decidere cosa fare: coprire, introdurre o magari trovare una soluzione "all'italiana" del tipo mini-ticket?

Alcune Regioni hanno già manifestato i propri intenti, altre decideranno prima delle ferie estive, ma nonostante le incertezze è possibile ricavare quanto costerà ad ogni Regione que-

sta mancata copertura. Nell'accordo sull'ultimo riparto del Fsn tra Stato e Regioni, gli enti locali avevano precisato che, come definito dal Patto per la Salute, lo Stato avrebbe dovuto mettere sul piatto 486,5 milioni di euro per la copertura dal 1° giugno alla fi-

ne dell'anno del ticket per la specialistica da 10 euro e avevano già comunicato le percentuali di riparto di questi fondi. Il Governo in un primo momento, con il decreto legge varato due settimane fa, aveva mantenuto gli impegni inserendo in manovra lo stanziamento integrale di 486,5 milioni. Poi, nel maxiemendamento approvato il fondo si è ridotto a 105 milioni, bastanti per la copertura fino all'entrata in vigore del provvedimento. Vale a dire da qui a qualche giorno.

All'appello, quindi, mancano 381,5 milioni di euro che sarà compito di ogni singola regio-

ne decidere come trovare a meno che non si voglia subito introdurre il ticket. E così, sulla base della ripartizione formulata dalla Regioni, qualora la copertura fosse stata decisa per tutto l'anno, abbiamo calcolato per ogni Regione quanto costerà in termini di risorse questa mancata copertura nel caso si decidesse di non introdurre il ticket. La sensazione è che quelle più ricche e con i conti a posto forse riusciranno a non introdurre il ticket, mentre per le Regioni in deficit o vincolate da Piano di rientro sarà veramente difficile non adottare questa "nuova" misura di compartecipazione

All'appello mancano 381,5 milioni di euro che sarà compito di ogni singola regione decidere come trovare a meno che non si voglia subito introdurre il ticket

Regioni	Copertura prevista Patto salute	Percentuale di riparto	Copertura manovra in mln	Residuo da coprire in mln
Piemonte	36.635.459	7,5	7,90	28,70
Valle d'Aosta	1.037.658	0,2	0,20	0,80
Lombardia	79.313.230	16,3	17,10	62,20
Pa Bolzano	3.956.215	0,8	0,85	3,10
Pa Trento	4.197.917	0,9	0,90	3,30
Veneto	39.542.560	8,1	8,50	31,00
Fvg	10.215.436	2,1	2,20	8,00
Liguria	13.745.694	2,8	3,00	10,80
E. Romagna	36.191.016	7,4	7,80	28,30
Toscana	30.868.497	6,3	6,70	24,20
Umbria	7.434.826	1,5	1,60	5,80
Marche	12.799.969	2,6	2,80	10,00
Lazio	45.696.827	9,4	0,90	35,80
Abruzzo	10.882.578	2,2	22,30	8,50
Molise	2.614.810	0,5	0,60	2,00
Campania	45.131.858	9,3	9,70	35,40
Puglia	32.126.041	6,6	6,90	25,20
Basilicata	4.884.338	1	1,00	3,80
Calabria	15.959.692	3,3	3,40	12,50
Sicilia	39.873.344	8,2	8,60	31,30
Sardegna	13.392.034	2,8	2,90	10,50
Totale	486.500.000	100	105,00	381,50

Elaborazione su Tabella Riparto Fsn 2011

Occorre "incoraggiare una migliore distribuzione dei medici, maggiormente rispondente alle effettive esigenze di sanità, attraverso l'adozione di linee di indirizzo rivolte alle Regioni, affinché possano essere individuate piante organiche corrispondenti ai reali fabbisogni", ma anche introdurre "specifici riferimenti alla spesa farmaceutica ospedaliera e ai relativi livelli di appropriatezza, efficienza ed economicità" e alla "nascita pretermine, non menzionata nonostante le gravose conseguenze che ne possono scaturire e la necessità di un'adeguata strategia di prevenzione, trattamento e follow up". Queste alcune delle osservazioni della commissione Igiene e Sanità del Senato sullo schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013, che nella seduta di mercoledì ha ottenuto il parere favorevole della commissione. Ecco, in dettaglio, il testo del parere della Commissione Igiene

Piano sanitario nazionale 2011-2013

Parere favorevole dalla commissione Senato, con alcune "osservazioni"

Il Piano sanitario nazionale 2011-2013 ha incassato l'approvazione della commissione Igiene e Sanità del Senato. Che tuttavia chiede di introdurre più attenzione al governo della spesa farmaceutica, alle piante organiche dei medici in relazione al reale fabbisogno e al miglioramento di altri ambiti di assistenza ancora troppo trascurati, a partire dal diabete e dalle nascite pretermine

e Sanità con le osservazioni sul Psn.

Psn 2011-2013: le osservazioni della Commissione Igiene e Sanità

"La XII Commissione permanente, esaminato lo schema in titolo, rilevato che il Piano Sanitario

Nazionale 2011-2013 ha il grande merito di cogliere i cambiamenti intervenuti nei bisogni di salute, esprime parere favorevole con le seguenti osservazioni: 1. appare opportuno un ulteriore approfondimento riguardo ad alcune criticità evidenziate nello stesso documento, a partire dall'annosa questione delle liste d'at-

tesa che rischiano di compromettere il diritto all'accesso alle cure per le classi economicamente svantaggiate. Sebbene il Piano preveda già una rosa di interventi e di strumenti a livello regionale per un appropriato accesso alle prestazioni sanitarie, evitando quel ricorso al settore privato che è più difficile per i ceti meno ab-

bienti, sarebbe opportuno incidere ulteriormente a livello locale per una sostanziale riduzione dei tempi d'attesa.

2. Al Capitolo 1 il Psn affronta il nodo della governance del Servizio sanitario nazionale, legandolo alle esigenze derivanti dalle modifiche introdotte con il federalismo. A tale riguardo, sarebbe d'uopo definire regole certe nella governance dei diversi livelli istituzionali nel settore sanitario che, alla luce di un più marcato avanzamento verso il federalismo fiscale e il rafforzamento delle autonomie, contemplino un necessario sistema

► Segue a pagina 9

Rapporto Sdo 2010

Ricoveri ospedalieri in diminuzione del 4,9%

di Ester Maragò

Diminuiscono ricoveri e giornate di degenza. Calano i Day Hospital per acuti e soprattutto diminuisce vertiginosamente il Dh per la riabilitazione. Decresce il tasso di ospedalizzazione per tutte le attività, in particolare tra quelle per acuti. A scattare la fotografia sull'attività di ricovero nelle strutture sanitarie italiane è il Rapporto preliminare per il 2010, elaborato dal ministero della Salute in base ai dati ricavati dalle schede di dimissione ospedaliera (Sdo). I dati coprono l'89% delle strutture ospedaliere, pubbliche e private in quanto mancano all'appello quelli del quarto trimestre 2010 della Regione Marche, del terzo e quarto trimestre 2010 della Campania e quelli dell'intero 2010 della Puglia e della Sardegna (per queste due regio-

■ Circa 572 mila ricoveri e quasi un milione di giornate di degenza in meno. Day hospital per acuti in diminuzione del 9,9% con un calo deciso per quello in riabilitazione (-24,2%). Resta invece alto il numero dei parti cesarei (38,2%). È quanto emerso dal Rapporto preliminare sull'attività di ricovero ospedaliera per il 2010 elaborato dal ministero della Salute

ni sono stati utilizzati unicamente i dati del 2009).

Ricoveri per acuti: cosa scende e cosa sale

Nel 2010 si sono registrati 11.085.404 ricoveri, un numero in calo del 4,9% rispetto all'anno precedente, quando i ricoveri erano stati 11.657.864.

Quelli per acuti, rispetto al 2009, sono diminuiti del 3,1%, mentre è aumentata se-

pur di poco l'attività di riabilitazione in regime ordinario (+1,1%). Diminuisce anche il numero di ricoveri in lungodegenza (-4,6). Ma la riduzione più marcata si registra per il day Hospital per acuti e per riabilitazio-

ne (rispettivamente -9,9% e -24,2%).

Scende anche il tasso di ospedalizzazione del 2010, e per tutte le tipologie di attività (acuti, riabilitazione e lungodegenza, regime ordinario e day hospital): è stato circa del 174,5 per mille abitanti, in diminuzione rispetto al 184,4 del 2009 e al 193 del 2008. La riduzione più evidente si è registrata nel tasso di ospedalizzazione

per acuti che è passato, per il ricovero ordinario, da 124 per mille abitanti nel 2009 a circa 120 nel 2010, e per il ricovero diurno, da circa 53 a 47 per mille abitanti. Calano anche le giornate di degenza, stimate in circa 70,7 milioni, cioè -3,7% rispetto al 2009.

Complessità, efficienza e appropriatezza

Dal Rapporto emerge come anche le dimissioni con Drg chirurgico abbiano raggiunto circa il 41,5%, confermando il trend di crescita rispetto agli anni precedenti: 41,1% nel 2009, 40,7% nel 2008, 40,0% nel 2007, 39,9% nel 2006. I ricoveri chirurgici eseguiti in Day Surgery hanno costituito il 31,5% delle dimissioni con Drg chirurgico, mentre nel 2009 rappresentavano il 32,6%.

Continuano a guidare la classifica dei primi dieci Drg erogati

► Segue a pagina 22

Tabella 1 - L'attività ospedaliera

Tipo attività	2009	2010 (stimato)	Var. % rispetto al 2009
Acuti Ordinario	7.585.269	7.352.638	-3,1
D.H.	3.184.227	2.870.367	-9,9
Riabilitazione Ordinario	296.452	299.775	+1,1
D.H.	62.477	47.349	-24,2
Lungodegenza	110.384	105.305	-4,6
Neonati	419.055	409.970	-2,2
Totale	11.657.864	11.085.404	-4,9

Tabella 2 - Composizione dell'attività per tipologia e regime di ricovero - Dimessi e giornate di degenza - Anno 2010 (dati provvisori)

Attività	numero casi			numero giornate			degenza media		
	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale
Acuti - Regime ordinario	5.670.252	1.682.291	7.352.638	40.225.910	9.158.979	49.385.808	7,1	5,4	6,7
Acuti - Day Hospital	2.173.310	697.057	2.870.367	6.465.776	1.445.266	7.911.042	3,0	2,1	2,8
Riabilitazione - Regime ordinario	78.056	221.719	299.775	1.986.641	6.213.175	8.199.816	25,5	28,0	27,4
Riabilitazione - Day Hospital	26.447	20.902	47.349	289.750	330.583	620.333	11,0	15,8	13,1
Lungodegenza	56.557	48.748	105.305	1.586.252	1.662.114	3.248.366	28,0	34,1	30,8
Nido	321.212	88.758	409.970	1.017.168	283.266	1.300.434	3,2	3,2	3,2
Totale	8.325.834	2.759.475	11.085.404	51.571.497	19.093.383	70.665.799			

La voce "Lungodegenza" comprende i dimessi da Regime ordinario e Day Hospital.

La voce "Neonati sani" comprende i dimessi da Regime ordinario con Drg 391.

Ist. pub.: Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, Irccs pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta

Ist. prv.: Policlinici privati, Irccs privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi Usl, Enti di ricerca, Case di cura private.

La regione Marche non ha inviato il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010

La regione Campania non ha inviato il terzo ed il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011

Le regioni Puglia e Sardegna non ha inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009

Tabella 3 Distribuzione dei dimessi per regione, tipo attività e regime di ricovero - Anno 2010 (dati provvisori)

Regione	Acuti					Riabilitazione					Lungodegenza				
	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	Regime ordinario		Day Hospital		Totale
	numero	%	numero	%	numero	numero	%	numero	%	numero	numero	%	numero	%	numero
Piemonte	484.749	72,9	180.149	27,1	664.898	36.997	91,6	3.376	8,4	40.373	11.571	100	-	-	11.571
Valle d'Aosta	14.543	71,7	5.747	28,3	20.290	53899,6	20,4	540	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	1.245.260	78,3	344.497	21,7	1.589.757	96.594	87,2	14.130	12,8	1.10.724	5.602	100	-	-	5.602
P.A. Bolzano	69.933	72,6	26.429	27,4	96.362	2.435	92,0	212	8,0	2.647	2.419	100	-	-	2.419
P.A. Trento	53.469	64,8	29.060	35,2	82.529	5.638	85,1	986	14,9	6.624	2.525	100	-	-	2.525
Veneto	526.839	72,6	198.806	27,4	725.645	22.559	74,4	7.754	25,6	30.313	10.344	99,8	16	0,2	10.360
Friuli V.G.	145.581	73,8	51.556	26,2	197.137	2.687	84,7	485	15,3	3.172	2.176	100	-	-	2.176
Liguria	193.236	57,9	140.616	42,1	333.852	9.519	84,0	1.818	16,0	11.337	461	100	-	-	461
Emilia Romagna	589.123	75,2	194.226	24,8	783.349	18.765	79,9	4.724	20,1	23.489	32.230	100	-	-	32.230
Toscana	461.519	74,7	156.584	25,3	618.103	11.436	83,7	2.232	16,3	13.668	2.389	100	-	-	2.389
Umbria	122.326	76,7	37.213	23,3	159.539	3.268	79,2	859	20,8	4.127	234	100	-	-	234
Marche (*)	185.183	77,8	52.933	22,2	238.116	3.384	92,3	284	7,7	3.668	4.586	100	-	-	4.586
Lazio	723.831	66,7	362.020	33,3	1.085.851	32.407	-	-	-	32.407	8.018	100	-	-	8.018
Abruzzo	158.180	70,8	65.260	29,2	223.440	6.265	96,8	209	3,2	6.474	2.563	100	-	-	2.563
Molise	49.832	69,9	21.416	30,1	71.248	1.973	92,7	155	7,3	2.128	398	100,0	-	-	398
Campania (**)	693.083	67,8	329.083	32,2	1.022.166	9.610	81,0	2.248	19,0	11.858	7.395	88,8	930	11,2	8.325
Puglia (***)	586.921	80,4	143.305	19,6	730.226	16.852	94,7	947	5,3	17.799	5.370	100	-	-	5.370
Basilicata	61.060	62,2	37.172	37,8	98.232	1.214	80,0	304	20,0	1.518	704	100	-	-	704
Calabria	211.114	71,3	85.003	28,7	296.117	5.112	78,1	1.433	21,9	6.545	2.449	100	-	-	2.449
Sicilia	579.137	63,9	326.934	36,1	906.071	10.665	70,1	4.550	29,9	15.215	1.942	100	-	-	1.942
Sardegna (***)	197.719	70,6	82.358	29,4	280.077	1.857	74,3	641	25,7	2.498	983	100	-	-	983
Italia	7.352.638	71,9	2.870.367	28,1	10.223.005	299.775	86,4	47.349	13,6	347.124	104.359	99,1	946	0,9	105.305

(*) La regione non ha inviato il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010

(**) La regione non ha inviato il terzo ed il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011

(***) La regione non ha inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009

di Stefano Simoni

Nella tarda serata di martedì 12 luglio l'Aula della Camera ha approvato, in seconda lettura, la prima era avvenuta al Senato nel marzo del 2009, il Ddl che norma le dichiarazioni anticipate di trattamento. La votazione è avvenuta a scrutinio segreto i voti favorevoli sono stati 278, quelli contrari 205, sette, infine gli astenuti. Il provvedimento ora torna a Palazzo Madama, presumibilmente verrà discusso già a settembre, in quanto la Camera ha approvato un testo modificato rispetto a quello del Senato.

In sintesi l'articolato approvato da Montecitorio prevede (oltre all'abolizione, su proposta dell'on. Benedetto Fucci, dell'ex art. 8 "Autorizzazione giudiziaria"): il divieto di qualunque forma di eutanasia con riferimento esplicito ad articoli del codice penale per il medico che aiuti o assista forme eutanasiche o di suicidio; il consenso informato entra a far parte della cartella clinica; non si può dire no a idratazione e alimentazione; le Dat si attuano solo in caso di stato vegetativo, il medico curante è libero di seguire o meno gli orientamenti espressi dal paziente.

"Abbiamo approvato una buona legge" è il commento soddisfatto alla fine della giornata del relatore del testo e deputato del Pdl, Domenico Di Virgilio. Ovviamente contrari Pd, Idv e Fli che hanno votato contro mentre a favore si sono espressi Pdl, Udc e Lnp. È da segnalare però come in entrambe gli schieramenti ci siano stati "mal di pancia" che hanno portato a prese di posizione in dissenso dal proprio gruppo: 14 deputati del Pd ad esempio non hanno partecipato al voto finale per contrarietà a una legge su questo tema e, tra le file del Pdl, Giuseppe Calderisi ha votato contro.

"Una legge nel segno della laicità adulta" secondo il ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Maurizio Sacconi Il deputato del Pdl Benedetto Fucci, intervenendo in dichiarazione di voto sull'articolo 7 ha detto che viene "salvaguardato il ruolo del medico" il quale ha una "precisa responsabilità nell'esercitare la professione in scienza e coscienza nei confronti del paziente e dell'intera collettività". No quindi al medico come "mero strumento esecutivo anche di volontà eutanasiche" in quanto "sarebbe irresponsabile".

"Una buona legge che avrebbe potuto essere migliore se ci fosse stato un clima collaborativo più ampio" è il rammarico di Paola Binetti dell'Udc. Decisamente contrari il parere di Anna Miotto, capogruppo del Pd in XII commissione, secondo la quale si "apre la strada ad una lunga serie di ricorsi alla magistratura a causa delle tante contraddizioni e dei divieti contenuti". Amarezza e preoccupazione le ha espresse Livia Turco,

DAT: il provvedimento ora torna al Senato

Montecitorio approva il Ddl sul testamento biologico

■ Si è concluso alla Camera dei Deputati il lungo iter di approvazione del biotestamento. Un provvedimento che ha diviso le forze politiche e che ha generato molte polemiche. Il testo, modificato rispetto a quello approvato oltre due anni fa dal Senato, dovrà ora tornare a Palazzo Madama per la terza lettura. I commenti delle forze politiche e della Fnomceo



Pd, "c'è stato un totale diniego a ogni forma di confronto - ha detto l'ex ministro della Salute - il vostro arroccamento è segno di arroganza e anche di debolezza. Come Pd siamo contrari a un impianto culturale, al pessimismo che lo pervade, come se l'Italia fosse in preda ad una deriva eutanastica".

Contro la legge anche l'Idv "Un Parlamento senza dignità - è l'accusa di Antonio Palagiano, responsabile salute - ha legiferato un provvedimento crudele, liberticida e palesemente incostituzionale". Per Benedetto Della Vedova, Fli, si tratta di "una legge sbagliata che contestiamo alla radice. Competeva al Parlamento dare strumenti per decidere in libertà".

L'auspicio della Fnomceo, all'indomani del via libera da parte della Camera del provvedimento, è stato per una "normativa rispettosa della relazione di cura" annunciando la convocazione di una "Consulta nazionale di deontologia medica per una prima convocazione del testo e per la individuazione delle modalità per una larga consultazione". L'articolo che ha generato maggiori contrasti nel dibattito parlamentare è stato il 3, quello che contiene i contenuti e i limiti della dichiarazione anticipata di trattamento, quindi il cuore del provvedimento.

Ma vediamo in sintesi articolo per articolo cosa prevede l'articolato.

L'articolo 1 "Tutela della vita e della salute" vieta "ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio". L'attività medica e quella di assistenza alle persone è esclusivamente finalizzata "alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza". La legge "tutela la vita umana, quale diritto inviolabile ed indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge".

L'articolo 2 definisce il "Consenso informato" per cui i trattamenti sanitari sono attivati "previo consenso informato esplicito ed attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole".

Il medico deve fornire informazioni corrette e precise "circa diagnosi, prognosi, scopo e natura del trattamento sanitario proposto, benefici e rischi prospettabili, eventuali effetti collaterali nonché circa le possibili alternative e le conseguenze del rifiuto del trattamento" affinché il paziente possa dare il proprio consenso che può essere sempre revocato. Infine il consenso "è inserito nella cartella clinica su richiesta del medico o del paziente".

L'articolo 3 si concentra sui "Contenuti e limiti della dichiarazione anticipata di

trattamento". Intanto nella Dichiarazione anticipata di trattamento (Dat) il dichiarante "esprime orientamenti" non più quindi "volontà" e informazioni al medico, circa l'attivazione di trattamenti terapeutici. Nella Dat può "essere esplicitata la rinuncia da parte del soggetto ad ogni o ad alcune forme particolari di trattamenti sanitari in quanto di carattere sproporzionato o sperimentale". Alimentazione e idratazione "devono essere mantenute fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento".

Le Dat assumono "rilievo nel momento in cui il soggetto si trovi nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze per accertata assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale e, pertanto, non può assumere decisioni che lo riguardano".

L'articolo 4 è quello della "Forma e durata della dichiarazione anticipata di trattamento" per cui si legge che le Dat "non sono obbligatorie" e possono essere scritte "in forma scritta con atto avente data certa e firma del soggetto interessato maggiorenne, in piena capacità di

intendere e di volere dopo una compiuta e puntuale informazione medico-clinica, e sono raccolte esclusivamente dal medico di medicina generale che contestualmente le sottoscrive". La loro durata è di cinque anni "salvo che il soggetto sia divenuto incapace" e possono essere rinnovate più volte così come possono essere revocate o modificate in ogni momento.

L'articolo 5 delinea "l'Assistenza ai soggetti in stato vegetativo" che "rappresenta livello essenziale di assistenza". L'assistenza è "assicurata attraverso prestazioni ospedaliere, residenziali e domiciliari".

Infine l'assistenza domiciliare "è garantita dalla azienda sanitaria locale competente della regione nel cui territorio si trova il soggetto in stato vegetativo".

L'articolo 6 parla del "Fiduciario" che per essere nominato deve essere "maggiorenne, capace di intendere e di volere".

Il fiduciario può essere sostituito con le stesse modalità previste per la nomina, in qualsiasi momento senza alcun obbligo di motivare la decisione". Il fiduciario, può rinunciare alla nomina, ma una volta nominato "è l'unico soggetto legalmente autorizzato ad interagire con il medico" e deve agire "nell'esclusivo e migliore interesse del paziente".

Il fiduciario infine interagisce con il medico e vigila affinché al paziente "vengano somministrate le migliori terapie palliative disponibili, evitando che si creino situazioni sia di accanimento terapeutico, sia di abbandono terapeutico".

L'articolo 7 traccia il "Ruolo del medico" in quale prende in considerazione "gli orientamenti espressi dal soggetto" nella Dat. Il medico curante, sentito il fiduciario, "annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno".

L'articolo 8 contiene la "Disposizioni finali". Ovvero viene istituito il Registro delle Dat nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico. Titolare del trattamento dei dati dell'archivio è il ministero della Salute che nel giro di centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge "stabilisce le regole tecniche e le modalità di accesso, di tenuta e di consultazione del Registro". Conseguentemente vengono stabiliti "i termini e le forme entro i quali i soggetti che lo vorranno potranno compilare le dichiarazioni anticipate di trattamento presso il medico di medicina generale e registrarle presso le aziende sanitarie locali, le modalità di conservazione delle dichiarazioni anticipate di trattamento presso le aziende sanitarie locali e le modalità di trasmissione telematica al Registro". Il sito internet del ministero della salute fornirà tutte le informazioni su come rendere le Dat che comunque sono esenti da "imposta di bollo e da qualunque altro tributo".

Rapporto Ania 2010-2011

Ania: in 15 anni quasi triplicato il numero dei contenziosi in sanità

■ Il numero dei contenziosi in area medica, contro Asl e singoli professionisti, è cresciuto, dal 1994, del 255%, arrivando a superare la soglia dei 34 mila. Questa la fotografia scattata dall'ultimo rapporto dell'Associazione nazionale imprese assicuratrici sui sinistri nell'area medica

Il Rapporto Ania 2010-2011 presenta un approfondimento sulle coperture assicurative relative alla responsabilità civile delle strutture sanitarie e alla responsabilità civile dei medici professionisti. Tra il 1994 e il 2009 il numero dei sinistri denunciati si è più che triplicato passando da 9.500 a oltre 34.000. In particolare, nel 2009 sono tornate ad aumentare le denunce relative ai singoli medici (oltre 12.500), dopo la contrazione registrata nel 2008; una forte crescita (+21%) ha interessato nel 2009 anche le denunce riguardanti le strutture sanitarie (+10,0% nel 2008), superando la soglia di 21.500 casi. In totale la stima del numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2009 è stato pari a oltre 34.035, ovvero ben il 15% in più rispetto all'anno precedente.

Stima del volume dei premi

La stima dei premi del lavoro diretto italiano dell'esercizio 2009 è pari a quasi 485 milioni di cui circa il 60% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 40% relativo a polizze stipulate dai professionisti sanitari. Va notato che la statistica

non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia in regime di libertà di prestazione, alcune delle quali attive nel settore. Rispetto all'anno precedente si registra una contrazione complessiva dei premi di circa mezzo punto percentuale. Vi ha contribuito essenzialmente il calo del 6,1% registrato nelle strutture sanitarie, spiegabile con una maggior ritenzione del rischio tramite franchigie più elevate o con decisioni di autoassicurazione da parte delle strutture. Il volume premi relativo alle polizze dei professionisti registra, invece, una crescita dell'8,9% rispetto all'anno precedente, probabilmente anche a causa di una rivisitazione dei prezzi assicurativi resasi necessaria per il persistente disequilibrio economico del settore. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni rilevati (1999-2009) si attesta al 12,5%.

La responsabilità civile in ambito sanitario

Il fenomeno della "malasanità" (medical malpractice) continua ad avere una forte attenzione dei media, dato l'elevato tasso di litigiosità fra cittadini e operatori sanitari, determinato proba-

bilmente da un mutato atteggiamento dei pazienti molto più consapevoli dei propri diritti rispetto al passato. Vi potrebbe aver contribuito:

- la proliferazione di società e professionisti "specialisti del risarcimento" che di recente hanno aumentato il ricorso su larga scala come testimoniato da incisive campagne pubblicitarie televisive, radiofoniche e su carta stampata;
- un trend giurisprudenziale di ampliamento delle fattispecie di danno e dei relativi importi di risarcimento. A tal proposito, una recente sentenza della Corte di Cassazione penale, annullando una sentenza della Corte d'Appello di Milano con cui si era assolto un medico dall'accusa di omicidio colposo per avere dimesso con troppo anticipo un paziente infartuato perché erano state seguite le "linee guida sanitarie", ha statuito che il rispetto di queste ultime come parametro di legittimità della condotta del medico non sempre è valutabile come esimente della responsabilità del medico;
- la decisione da parte di alcuni enti locali di centralizzare/organizzare la gestione degli eventuali danni di diverse

strutture sanitarie, trasferendo al mercato assicurativo solo quelli di una certa entità o, addirittura, senza alcun trasferimento di rischio e dando così origine al fenomeno dell'auto assicurazione;

- il tentativo del legislatore di porre rimedio alla critica situazione tramite la presentazione di vari disegni di legge che, però, più che incidere direttamente sul fenomeno per prevenirlo e sui relativi costi, sembrano preoccuparsi maggiormente di attribuire l'eventuale responsabilità unicamente alle strutture sanitarie per permettere al medico di lavorare più serenamente e di organizzare delle strutture di gestione dell'eventuale contenzioso. L'Ania ha attivato dal 2004 una rilevazione statistica annuale allo scopo di fornire informazioni su un settore, purtroppo, di estrema attualità e caratterizzato da andamenti tecnici particolarmente negativi. La statistica offre un quadro sintetico del volume del business e della sinistrosità del settore a partire dal 1994, anche attraverso la costruzione di indici tecnici. Tale analisi è condotta separatamente per le due categorie:

- R.C. Strutture Sanitarie: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sanitaria, sia essa pubblica che privata (sono escluse dalla rilevazione le strutture quali case di riposo, laboratori di analisi, centri diagnostici, università);
- R.C. Professioni

Fucci: In attesa di una riforma definitiva, si mettano in atto i primi interventi

I dati del rapporto Ania 2010/2011 fotografano una situazione che ha "una serie di conseguenze molto gravi per l'intera categoria medica" ha sottolineato il collega Benedetto Fucci, componente della Commissione Affari Sociali della Camera e della Commissione d'inchiesta sugli errori in campo sanitario, in un'interrogazione a risposta scritta rivolta al ministro della Salute e al ministro della Giustizia lo scorso luglio. "Il tema è al centro di una serie di utili proposte di legge all'esame dal Senato, ma vista la complessità della materia i tempi di questo iter si stanno rivelando molto lunghi e quindi - ha concluso Fucci - sarebbe necessario compiere dei primi interventi per arginare il fenomeno del contenzioso giudiziario in campo medico in attesa dell'approvazione e dell'entrata in vigore di una riforma definitiva".

nale Medici: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile professionale dei medici a prescindere dalla loro appartenenza a una struttura sanitaria. ■



► Segue da pagina 6

Parere favorevole dalla commissione Senato, con alcune "osservazioni"

di contrappesi, delineato da uno Stato centrale forte, capace di esprimere indirizzi e garantire un'adeguata azione di monitoraggio attraverso un aggiornamento degli indicatori sull'efficacia e sull'efficienza delle prestazioni, in particolare nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro.

3. Nell'ambito delle sfide e delle azioni per lo sviluppo del Servizio sanitario nazionale sono compresi, tra le priorità, investimenti per l'ammodernamento strutturale, presa in carico del paziente, ottimizzazione dell'impiego delle risorse umane. A tale proposito occorre comprendere che tipo di investimenti potranno essere destinati alle alte tecnologie, da impiegare nei centri di eccellenza, e indicare misure concrete per una reale presa in carico del paziente soprattutto in ambito territoriale. Per ciò che concerne le risorse umane an-

drebbe incoraggiata una migliore distribuzione dei medici, maggiormente rispondente alle effettive esigenze di sanità, attraverso l'adozione di linee di indirizzo rivolte alle Regioni, affinché possano essere individuate piante organiche corrispondenti ai reali fabbisogni. In tal senso sarebbe auspicabile uno sblocco del turn over, in particolare nelle Regioni con piano di rientro, anche in risposta ai fabbisogni sanitari, in particolare per alcune specialità.

4. Inoltre, in considerazione dell'invecchiamento della popo-

lazione, dell'incremento della cronicità e dell'incidenza di patologie connesse all'aumento dell'età anagrafica, si segnala l'esigenza di avviare un'organica riflessione in merito ad un piano nazionale per il diabete, anche alla luce della mozione recentemente approvata dal Senato sulle malattie croniche (n. 1-00388).

5. Si osserva che nella sezione percorso nascita non c'è menzione alcuna relativamente alla nascita pretermine, nonostante le gravose conseguenze che ne possono scaturire e la neces-

sità di un'adeguata strategia di prevenzione, trattamento e follow up.

6. Sarebbe opportuno introdurre specifici riferimenti alla spesa farmaceutica ospedaliera e ai relativi livelli di appropriatezza, efficienza ed economicità.

7. Infine, nella parte del Piano che tratta della sanità pubblica e benessere animale, andrebbe maggiormente accentuata la parte che riguarda il benessere animale sulla base del principio che riconosce gli animali come esseri senzienti. ■

6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention

Trent'anni di Aids

di Antonino Michienzi

Quindici anni fa, nemmeno gli scienziati più ottimisti si pronunciavano in merito alle prospettive di una cura o un vaccino per l'Hiv/Aids. Oggi, si può tornare a sperare che la remissione del virus possa essere un obiettivo realistico”.

Elly Katabira, presidente dell'International Aids Society ha chiuso con queste parole la Sesta conferenza sulla Patogenesi, il Trattamento e la Prevenzione dell'Hiv (IAS 2011) tenutasi dal 17 al 20 luglio scorsi a Roma.

Un evento che è giunto a 30 anni esatti da quel 5 giugno 1981, quando i Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) americani identificarono un'epidemia di infezione polmonare dovuta a *Pneumocystis Carinii* in cinque uomini gay di Los Angeles. Da allora, i progressi nel tratta-

È un momento entusiasmante per la lotta all'Aids. Come è emerso dal congresso annuale dell'International Aids Society tenutosi a Roma, per la prima volta, dopo 30 anni dall'esplosione dell'epidemia, sembrano essere disponibili strumenti concreti per arrestare il contagio. Ma la sfida maggiore rimane l'accesso ai trattamenti nei Paesi a basso reddito, dove vive il 97 per cento dei malati

mento della patologia sono stati straordinari. Non esiste ancora una cura, né un vaccino per prevenire l'infezione e si osservano casi di recrudescenza dell'epidemia anche nei Paesi occidentali. L'Africa continua a essere martoriata dal virus che uccide ancora 1,8 milioni di persone l'anno e ne infetta 7 mila ogni giorno. Nonostante ciò, ha ricordato Stefano Vella, direttore del Dipartimento del Farmaco all'Istituto Superiore di Sanità, e Co-chairman di IAS 2011 “grazie ai farmaci siamo stati in grado di cronicizzare l'infezione”. Oggi l'aspettativa di

vita di un ventenne che si infetta e ha una diagnosi tempestiva è prossima ai 70 anni. Niente a che vedere con quel che succedeva un ventennio fa, quando la diagnosi di Aids era né più né meno che una sentenza di morte. Merito in gran parte della Haart (Highly Active Antiretroviral Therapy), il cocktail di antiretrovirali che ha consentito di neutralizzare il virus pur senza riuscire debellarlo definitivamente dall'organismo.

L'avvento della terapia combinata era stato salutato come una rivoluzione

quando, nel 1996, sulle pagine del *Journal of the American Medical Association*, erano state pubblicate nuove raccomandazioni che ne consigliavano l'utilizzo.

Oggi, il clima che si respira è analogo a quello di quegli anni e i 5000 ricercatori riuniti a Roma, pur senza mai infondere facili speranze, non lo nascondono. “Siamo davanti a una svolta nella lotta planetaria contro l'Aids”, ha affermato senza mezzi termini Katabira. “I progressi fatti negli ultimi due anni sono stati così importanti da essere comparabili ai grandi successi che negli anni '90 hanno consentito di mettere a punto la terapia antiretrovirale di combinazione”.

L'aspettativa più grande anche per la sua immediata applicabilità “è quella che è stata definita “treatment is prevention” ha spiegato Vella. Diversi studi negli ultimi mesi hanno evidenziato come l'impiego più precoce delle terapie antiretrovirali permetta di abbattere la carica virale delle persone infette, ridurre la carica complessiva di virus circolante all'interno delle comunità e diminuire drasticamente il rischio di trasmissione del virus. In altri termini, il trattamento precoce toglie alle persone infette la capacità di contagiare, e ciò potrebbe consentire di arrestare, o quanto meno ridurre drasticamente, il contagio. Non è la parola fine all'epidemia di Aids, ma di certo un qualcosa di molto vicino.

Il freno maggiore al raggiungimento di questo obiettivo è la scarsa consapevolezza dell'infezione, almeno nei Paesi a economia avanzata. In Italia, ha spiegato Massimo Andreoni, Ordinario di Malattie Infettive dell'Università di Roma Tor Vergata, “la maggior parte dei contagi avviene per via sessuale tra eterosessuali che non percepiscono il rischio nel fare sesso non protetto. E circa la

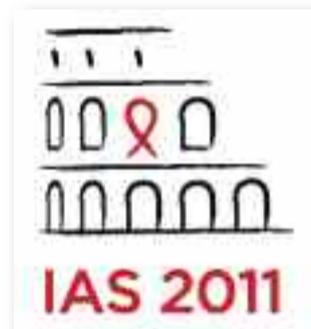
metà delle persone che giungono alle nostre cliniche hanno contemporaneamente la diagnosi di sieropositività e di Aids, con una grave compromissione clinica”. Significa che per lungo tempo sono stati inconsapevoli della malattia contribuendo perciò al contagio e consentendo al virus di produrre danni che renderanno meno efficace il trattamento. Intanto, l'aumento della sopravvivenza dei pazienti reso possibile dai nuovi farmaci, pone la comunità medica di fronte a un'ulteriore sfida: quella dell'invecchiamento dei malati, che sta facendo emergere caratteristiche cliniche della malattia insospettabili nella prima fase dell'epidemia di Aids, quando la sopravvivenza alla diagnosi non era che di qualche anno e l'immagine del malato era associata alle chiazze tipiche del sarcoma di Kaposi che caratterizzava il quadro clinico.

“In passato le manifestazioni cliniche della malattia erano quelle legate all'immunodeficienza, oggi sono soprattutto quelle legate alla senescenza precoce dei pazienti, guidata dai meccanismi di infiammazione cronica e immunotivazione, con

danno a carico dei sistemi di organo ad esempio a carico del sistema cardiovascolare”, ha spiegato Andrea Antinori, direttore Malattie Infettive all'INMI Lazzaro Spallanzani di Roma. “Ma questa infiammazione cronica causa effetti anche su rene, fegato, ossa e altri organi bersaglio. E può essere particolarmente rilevante il danno neurocognitivo”.

Questa non è che una delle sfide scientifiche che ci attendono per i prossimi anni. Più difficili da sbrogliare sono le questioni sociali, soprattutto in un periodo che sconta ancora l'onda lunga della crisi economica. Dopo decenni di attenzioni, sembra che la comunità internazionale stia tirando i remi in barca nell'impegno contro l'Aids e si registra un declino di interesse e la diminuzione di fondi destinati ai programmi di contrasto della malattia. E, anche se entusiasmo scientifico sta trainando la ricerca come poche volte nella storia, questo impegno vale a poco se non “ci assicuriamo che i progressi nella ricerca si traducano in azioni concrete anche per gli abitanti dei Paesi in via di sviluppo”, ha ricordato Stefano Vella.

Nove milioni di persone nel mondo sono ancora in attesa di avere accesso ai trattamenti e il 97 per cento delle persone che vive con l'Hiv/Aids si trova nei Paesi a basso e medio reddito. È lì che bisognerà concentrare gli sforzi se si vorranno mettere a frutto i progressi scientifici, perché, ha ammonito il direttore esecutivo di Unaid Michel Sidibé, “la storia non ci giudicherà per le nostre scoperte scientifiche, ma per come le sapremo mettere in pratica”.



Oecd Health Data 2011

Sanità: la spesa cresce più velocemente del Pil



Non si arresta la corsa della spesa sanitaria. Con un trend costante dal 1970 ad oggi ha ormai surclassato la crescita economica nella maggior parte dei paesi Ocse. Secondo l'Oecd Health Data 2011, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, la salute infatti è costata in media il 9,5% del Pil nel 2009 (anno più recente per cui sono disponibili dati completi), a fronte dell'8,8 per cento dell'anno precedente.

Tuttavia, come sembrano suggerire i primi dati per il 2010, dopo quasi mezzo secolo di crescita, dal 2011 la spesa per la salute dovrebbe stabilizzarsi o addirittura diminuire leggermente. Questo grazie sia da una ripresa più sostenuta del Pil, sia alle politiche adottate dai vari Governi per frenare i deficit di bilancio. Politiche che, tuttavia, precisa l'Ocse “dovrebbero dare maggior valore alle risorse impiegate nella spesa sanitaria, ma anche continuare a perseguire gli obiettivi di lungo periodo per avere sistemi sanitari più equi, adeguati alle esigenze dei cittadini ed efficienti”.

Comunque secondo i dati dell'Ocse l'aumento relativo della spesa è più accentuato nei Paesi che più hanno risentito della crisi. In Irlanda, per esempio, si è passati dal 7,7 per cento del 2008 al 9,5 del 2009; nel Regno Unito dall'8,4 al 9,8. La spesa pro capite è aumentata in media del 3,8% nel 2008 e del 3,5% nel 2009. La spesa pubblica, in particolare, è quella che cresce più rapidamente: tra il 2008 e il 2009 è salita del 4,1 per cento. Anche la spesa privata ha continuato ad aumentare in molti Paesi, ma a un ritmo più lento (1,9% nel 2008 e 2,7% nel 2009).

Le differenze tra i Paesi. I Paesi Ocse marcano a diverse velocità sia per quanto riguarda la spesa pro capite, sia per le quote di spesa rispetto al Pil. Gli Stati Uniti, per esempio, hanno continuato a spendere decisamente più di tutti gli altri Paesi, con una quota pro capite di 7.960 dollari, cioè due volte e mezza più della media Ocse di 3.223 dollari. In percentuale sul Pil, gli Usa hanno speso il 17,4% nel 2009, cinque punti percentuali in più rispetto ai due Paesi che seguono, cioè Paesi Bassi e Fran-

cia, che alla salute hanno destinato rispettivamente il 12% e l'11,8% del loro Pil. Norvegia e Svizzera, invece, seguono nella spesa pro capite, con oltre 5mila dollari nel 2009. La spesa in Italia. Perfettamente in linea con la media Ocse, il nostro Paese nel 2009 ha visto una spesa sanitaria totale pari al 9,5% del Pil (era del 9 per cento del 2008). Mentre per il 2010 ci si dovrebbe attestare a un 9,6 per cento. La congiuntura economica, spiega l'Ocse, ha infatti portato a un importante incremento della quota rispetto al Pil, dal momento che questo ha iniziato a calare nella seconda metà del 2008 e ha proseguito nel 2009, mentre la spesa sanitaria ha continuato a crescere nel 2008 per poi stabilizzarsi nel 2009. Di conseguenza, la percentuale di Pil destinata alla sanità in Italia è aumentata dall'8,7% del 2007 al 9,0% nel 2008 e, appunto, al 9,5% nel 2009. L'Italia, invece, si colloca leggermente al di sotto della media Ocse in termini di spesa pro capite nel 2009, con 3.137 dollari Usa (rettificato per potere d'acquisto), contro una media di 3.223 dollari. **Y**

Pillola dei 5 giorni dopo: primo sì del Css

Ma i ginecologi sono contrari all'obbligo del test

Il Consiglio superiore di sanità ha espresso il suo parere sul farmaco contraccettivo "EllaOne", già autorizzato dall'Ema nel 2009 e in commercio in moltissimi paesi. A metà giugno il Ccss ha infatti sciolto le riserve sollevate in prima istanza dall'Aifa e poi recepite dal ministro Fazio che ha chiesto il parere dell'organo scientifico in merito alla compatibilità del farmaco con la 194. Per il Ccss il farmaco può essere commercializzato come contraccettivo d'emergenza purché, avverte, la donna che lo dovrà usare, sia prima sottoposta a test di gravidanza ematico (Beta HCG) per escludere una gravidanza in corso. Un "paletto importante", ha sottolineato la sottosegretaria alla Salute Eugenia Roccella, perché rende evidente che il farmaco è "compatibile con le leggi italiane se c'è un test che elimina ogni dubbio di gravidanza in atto".

Ma per la Sigo l'obbligo dell'esame ematico per prescrivere la pillola dei 5 giorni dopo "è inutile, anzi è un vero e proprio errore". Si tratta di "una scelta impropria, in contrasto con l'autonomia di diagnosi e cura propria del medico, con la tendenza sempre più stringente alla semplificazione delle procedure e alla riduzione dei costi" ha affermato in un comunicato il Presidente della Sigo Nicola Surico. Tutto ciò senza aggiungere nulla alla precisione diagnostica garantita dall'anamnesi. La pillola dei 5 giorni dopo è controindicata in gravidanza, che deve essere esclusa prima della somministrazione del farmaco, spiega la nota della Sigo ma "nel caso di donne che non sono ancora in amenorrea perché la mestruazione è avvenuta entro le 3-4 settimane precedenti, il dato anamnestico è sufficiente per definire l'assenza di gravidanza. Eseguire il dosaggio plasmatico del Beta HCG è una scelta impropria in prima istanza. Il ginecologo lo richiede, se lo ritiene necessario, solo in casi particolari, soprattutto se ha necessità di una valutazione quantitativa dell'ormone gravidico". La Sigo ha poi annunciato l'istituzione di un vero e proprio gruppo di lavoro - guidato dal presidente Nicola Surico e composto da Salvatore Dessole, Gian Benedetto Melis e Anna Maria Paoletti - per chiarire la posizione dei ginecologi italiani sul tema della contraccezione di emergenza.

Anche un sondaggio promosso dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna aveva rilevato che i ginecologi italiani considerano negativamente l'ipotesi di sottoporre obbligatoriamente le donne all'esame. Dall'indagine,

Il Consiglio superiore di sanità ha espresso il suo parere sul farmaco "EllaOne": è un contraccettivo d'emergenza non un abortivo e quindi sì alla commercializzazione. Unico limite, l'obbligo per la donna di fare prima un test di gravidanza ematico per escludere una gravidanza in atto. Per l'approvazione definitiva manca ora solo la delibera dell'Aifa che si attende per settembre

condotta su oltre 300 ginecologi italiani di Asl e ospedali, over 40, distribuiti uniformemente sul territorio italiano, emerge infatti che 9 ginecologi italiani su 10 sono contrari alla prescrizione del test, che non può ritenersi obbligatorio per tutte le donne che richiedono la contraccezione d'emergenza, ma solo dove una valutazione clinica lo rendesse necessario. Questa restrizione, inoltre, secondo la metà del campione, non sarebbe comunque in grado di escludere una gravidanza, specie se molto precoce, e di rispondere quindi a tempi compatibili con la tempestività d'uso della contraccezione d'emergenza. Infine, per i ginecologi, questa ipotesi sarebbe poco accettata anche dalle donne: solo il 15,7% ritiene che l'accetterebbe senza obiezioni,



ni, mentre il 32% pensa che le donne potrebbero rinunciare a questa opportunità.

"Questo farmaco - ha spiegato Rossella Nappi, ginecologa, endo-

crinologa e sessuologa all'Università di Pavia e Past President dell'International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) - non deve essere con-

siderato come contraccezione di emergenza per donne 'distratte' o superficiali, ma come soluzione per donne che hanno avuto problemi seri o vissuto eventi ad alto rischio". "Guardando al resto del mondo e al fatto che la scienza non è diversa da Paese a Paese, - ha aggiunto - se l'Italia vuole restare in un palcoscenico internazionale deve allinearsi a quanto deciso e compiuto anche dai Paesi più conservatori che hanno visto in questo nuovo farmaco comunque una occasione educativa per la salute della donna e una forma di contraccezione più sicura". Dello stesso avviso Emilio Arisi, presidente della Società Medico Italiana della Contraccezione, che sottolinea come "la pillola dei 5 giorni dopo non va assolutamente confusa con la pillola abortiva RU486. Da un punto di vista farmacologico, il principio attivo utilizzato appartiene alla categoria degli anti-progestinici, ossia quelle molecole che contrastano l'effetto del progesterone, indispensabile per creare le condizioni adatte alla fecondazione dell'ovulo e all'annidamento. Tuttavia il quantitativo di principio attivo in essa contenuto è talmente ridotto da essere inefficace per un'azione abortiva. È invece in grado di prevenire una gravidanza indesiderata ritardando l'ovulazione di 5 giorni, con una percentuale di successo del 98%. La pillola dei 5 giorni dopo può essere prescritta dal ginecologo, come da qualsiasi altro medico che abbia accertato l'assenza di gravidanza in atto".

Contraccezione d'emergenza: il Position Paper di Smic e Sic

Dalle società scientifiche una guida per conoscerla meglio

Sic e Smic hanno elaborato un documento scientifico condiviso su cosa è la contraccezione di emergenza, quali sono le metodiche disponibili, il meccanismo di azione e le implicazioni medico-legali della prescrizione. Il documento è rivolto alla classe medica per fornire informazioni corrette da trasferire al paziente

Il "Position paper sulla contraccezione d'emergenza per via orale" rappresenta la prima presa di posizione delle società mediche della contraccezione sulla "pillola del giorno dopo". Il documento scientifico, elaborato congiuntamente dalla Società italiana della contraccezione (Sic) e della Società medica italiana della contraccezione (Smic), è volto a fornire alla classe medica le informazioni più chiare e corrette da trasferire a una paziente che richieda l'utilizzo del farmaco.

"Scopo delle Società scientifiche è la conoscenza e la corretta applicazione delle pratiche professionali. Crediamo che l'utilità dei Position paper, soprattutto quando condivisi, debbano evitare strumentalizzazio-

ni politiche e comportamenti professionalmente non corretti", si legge nella nota che accompagna il documento. "È il momento della condivisione degli obiettivi: laici e cattolici devono contribuire allo sviluppo della contraccezione e alla riduzione dell'aborto volontario". Secondo gli esperti della Smic, infatti, "la contraccezione d'emergenza è l'ultimo baluardo utilizzabile, prima della fecondazione, e il medico deve assistere la donna intervenendo per evitare una interruzione volontaria della gravidanza". Il documento si prefigge, dunque, lo scopo di fare chiarezza su molti aspetti ancora controversi, sia dal punto di vista scientifico che medico-legale.

Anzitutto, si sottolinea che la

contraccezione d'emergenza è, come riferito dall'Oms, una "metodica contraccettiva" che può prevenire e non interrompere una gravidanza già in atto. Inoltre si definisce come "metodica di supporto" in quanto il suo utilizzo non è da considerarsi come metodo contraccettivo abituale o di prima scelta, ma solo quando altri metodi non siano stati del tutto o correttamente utilizzati. Infine il termine complementare di "emergenza" suggerisce la necessità dell'uso tempestivo, dopo un rapporto non adeguatamente protetto, per massimizzarne l'efficacia, e sottolinea ulteriormente che tali regimi non sono proposti per un uso abituale, ma esclusivamente sporadico.

Attualmente, ricordano ancora

le due Società, sono disponibili in Italia due metodi per la contraccezione d'emergenza orale: levonorgestrel (LNG) per os, approvato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) e l'estroprogestinico orale utilizzato secondo il metodo Yuzpe (off label). Mentre non è ancora disponibile (ma l'iter per l'inserimento in commercio è già iniziato con il parere favorevole da parte del Consiglio superiore di Sanità) l'ulipristal, il modulatore selettivo del recettore progestinico, da assumere il prima possibile e comunque entro 120 ore da un rapporto non protetto (la cosiddetta pillola dei 5 giorni). Quanto agli aspetti medico-legali, le due società ricordano che "non esiste, in Italia, normativa specifica relativa alla prescrizione della contraccezione d'emergenza ma, così come per la contraccezione, riferimenti ad essa possono riscontrarsi in particolare nella legge sulla istituzione dei consultori familiari (legge 405 del 29 luglio 1975) e nella legge che regola la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194 del 22 maggio 1978)". Si evidenzia quindi che l'uso del farmaco è autorizzato e in linea con la normativa vigente, ma il medico può, come anche ribadito nel parere del

► Segue a pagina 29

SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.

La nuova convenzione assicurativa rafforza lo Scudo giudiziario a copertura delle spese legali e peritali per i soci Aogoi

L'Aogoi

ha stipulato una nuova polizza assicurativa a copertura delle spese legali e peritali per i propri soci valida per ogni grado e sede di giudizio, compreso l'arbitrato, con la **UCA Assicurazione spese legali e peritali S.p.A. di Torino**.

Vengono assicurati tutti i medici associati Aogoi

nello svolgimento della attività intramoenia, extramoenia e in libera professione. Il **massimale assicurato** è di **euro 15.000** per vertenza (con il sottolimito di euro 12.000 per l'intero giudizio in sede civile) ed è illimitato per anno assicurativo.

L'oggetto della garanzia è il pagamento delle spese legali e peritali,

per ogni grado e sede, compreso arbitrato, **in sede civile**, per il recupero danni per fatto illecito di terzi (operante anche per ottenere il risarcimento di danni nei confronti delle Parti che hanno promosso il giudizio per "malpractice" - quando l'associato non risulti soccombente) e per resistere a pretese risarcitorie di terzi; **in sede penale**, per imputazioni colpose e contravvenzioni compresa la nomina di un difensore oltre a quello già eventualmente nominato dalla Compagnia di R.C., per imputazioni dolose in caso di archiviazione, assoluzione o derubricazione del reato; **in sede amministrativa** in procedimenti di responsabilità per colpa grave presso la Corte dei Conti ed altre

autorità competenti per responsabilità amministrativa, patrimoniale e contabile (compresa la materia fiscale e/o tributaria).

Sono rimborsabili le spese,

competenze ed onorari dei professionisti liberamente scelti per:

- il legale perito (ove sussista contestazione)

- il perito di parte (C.T.P.) - perito d'ufficio (CTU) in giudizio
- l'arbitro di parte e terzo arbitro per le procedure arbitrali e di conciliazione
- l'informatore per le ricerche di prove a difesa, in sede penale l'interprete per sinistri avvenuti all'estero nell'assistenza in corso di interrogatorio
- il traduttore, se necessario per gli atti di causa
- le spese legali relative ai

- procedimenti di mediazione e conciliazione
- le spese legali per procedimenti speciali e di urgenza (libro IV c.p.c.)
- le spese di registrazione di atti giudiziari; le spese di soccombenza liquidate giudizialmente (Articolo VII c.g.p.)
- le spese liquidate a favore delle parti civili (costituitesi nel giudizio penale contro l'assicurato - Art. 541 c.p.c.)
- le spese di giustizia penale

(Art. 535 c.p.c.)
Sono escluse dalla polizza convenzione UCA le controversie di lavoro.

Rammentiamo

che per i casi insorti tra il 15/06/2007 ed il 30/06/2011 sarà operante, fino al prossimo 30/06/2012, la **garanzia postuma 12 mesi** alle condizioni e per i massimali di cui alla polizza n. 22939 Europ Assistance (pubblicata sul sito www.aogoi.it).

L'intero contratto è pubblicato sul sito www.aogoi.it ed è utile che i soci ne prendano diretta visione e consapevolezza.
Il diritto alla polizza è acquisito da tutti i soci in regola con la quota di iscrizione e rientra nella grande iniziativa Aogoi dello scudo giudiziario

TUTELUNICA PROFESSIONI - MEDICO: la scheda tecnica di sintesi della nuova convenzione A.O.G.O.I.

Oggetto dell'Assicurazione: FATTI RELATIVI ALL'ATTIVITA' PROFESSIONALE esercitata in conformità alle autorizzazioni, certificazioni, prescrizioni richieste dalla legge.

Soggetti e Beni assicurabili: - MEDICI ASSOCIATI A.O.G.O.I. E FESMED NELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' INTRAMOENIA, EXTRAMOENIA E IN LIBERA PROFESSIONE. LE GARANZIE OPERANO ANCHE PER L'IMPIEGO DI APPARECCHI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI IN GENERE

Oggetto della Garanzia: PAGAMENTO SPESE LEGALI e PERITALI in Sede CIVILE, PENALE dalla fase stragiudiziale e per ogni stato e grado; PROCEDIMENTI SPECIALI e DI URGENZA; SPESE SOCCOMBENZA e LIQUIDATE ALLE PARTI CIVILI; REGISTRAZIONE ATTI GIUDIZIARI; MEDIAZIONE E CONCILIAZIONE ex D. Lgs. N. 5 DEL 17/01/2003 la garanzia comprende il costo dell'Organismo di Conciliazione liberamente scelto dall'Assicurato ex Art. 38 e seguenti del D. Lgs. N. 5 del 17/01/2003

LIBERA SCELTA dei Professionisti (Legale, Perito, Arbitro, Informatore) per **DISTRETTO di CORTE D'APPELLO**

MASSIMALE: Spese Legali Euro 15.000 per vertenza illimitato per anno assicurativo, salvo quanto previsto alla voce "Difesa civile per vertenze per resistere a pretese risarcitorie di terzi". Qualora un unico sinistro coinvolga più Assicurati, il massimo esborso per singola vertenza è dato dal cumulo dei massimali sino ad un massimo di **Euro 50.000**.

Garanzia Retroattiva: 24 mesi PER IMPUTAZIONI PENALI colpose, dolose e contravvenzionali subordinatamente a assoluzione.

Garanzia Postuma: durata pari a 24 mesi per sinistri insorti nel periodo di assicurazione ma denunciati dopo la sua risoluzione e i cui fatti si siano verificati in corso di vigenza della polizza. Massimo esborso per l'intero periodo di garanzia retroattiva e postuma: massimale assicurato per evento.

La Società non effettua alcuna valutazione nel merito, opportunità e convenienza dell'azione giudiziale

SEDE CIVILE

RECUPERO DANNI SUBITI PER FATTO ILLECITO DI TERZI compresa Denuncia-Querela quando vi segua Costituzione di Parte Civile per: **DANNI ALLE PERSONE E ALL'ATTIVITÀ; RECUPERO DANNI PER MALPRACTICE**

DIFESA CIVILE PER VERTENZE PER RESISTERE A PRETESE RISARCITORIE DI TERZI- Se il Contraente deve rispondere per danni arrecati a terzi o è convenuto in giudizio in sede civile per richieste di risarcimento degli stessi, la Società interviene per le Spese Legali, Peritali e di Soccombenza esclusivamente ad esaurimento del massimale della polizza di Responsabilità Civile, sempreché la Garante abbia erogato integralmente il massimale assicurato.

Qualora sia operante polizza di Responsabilità Civile e il Contraente-Assicurato abbia denunciato tempestivamente il sinistro, se la Garante non ha espressamente assunto la gestione della vertenza e/o il rischio, la Società interviene per il pagamento delle Spese Legali per la chiamata in causa della Compagnia.

Nel caso in cui non esista, non sia operante polizza di Responsabilità Civile, o la Garante si costituisca in nome proprio, la Società rimborsa le Spese Legali e Peritali dell'intero giudizio per la difesa del Contraente-Assicurato, comprese le spese di mediazione e conciliazione entro il **massimale di Euro 12.000** per vertenza. La presente garanzia non è operante se il mancato intervento della Garante per la Responsabilità Civile è conseguenza di inadempimento del Contraente/Assicurato in materia di denuncia sinistro, pagamento e/o regolazione premio, nonché per azioni di rivalsa esercitate dalla Garante nei confronti dell'Assicurato.

SEDE AMMINISTRATIVA

DIFESA IN PROCEDIMENTI DI RESPONSABILITÀ' PER COLPA GRAVE AVANTI CORTE DEI CONTI E ALTRE AUTORITA' COMPETENTI PER RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA, PATRIMONIALE E CONTABILE, compreso le vertenze relativa a **MATERIA FISCALE E/O TRIBUTARIA**, nonché difesa relativamente ad addebiti in via amministrativa per pareri espressi su proposte di delibere e di determinazioni dirigenziali, determinazioni, altri atti e provvedimenti assunti in qualità di Dirigente e/o di Responsabile di Servizi, anche con rappresentanza esterna (Legge 142/90, 241/90, D.L.gs 29/93, D.Lgs.77/95 e loro succ. modifiche o integrazioni). **Per i fatti di cui sopra la Società rimborserà le spese legali e peritali una volta ACCERTATA CON SENTENZA LA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA PER COLPA GRAVE. Esclusione: condanna per dolo degli Assicurati.**

SEDE PENALE

DIFESA PENALE per imputazioni colpose e contravvenzionali, anche in qualità di persona informata sui fatti, **DUPLICE DIFESA PENALE** per imputazioni colpose, con Legale liberamente scelto dall'Assicurato, oltre a quello incaricato dalla Compagnia di R.C.

IMPUTAZIONI DOLOSE: difesa penale subordinatamente ad assoluzione o derubricazione del reato.

*La presente SCHEDA ha valore puramente informativo in via generale e pubblicitario e non può essere intesa né costituisce offerta precontrattuale né contrattuale. Per ricevere maggiori informazioni sulle condizioni e delimitazioni di rischio oggetto delle coperture assicurative, nonché ricevere adeguata proposta, è necessario rivolgersi agli Intermediari UCA Assicurazione. Prima della sottoscrizione leggere il Fascicolo informativo contenente la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione Ed. 12/2010. La Nota informativa è consultabile al sito www.uca-assicurazione.com/07_notainformative.php3. Per le garanzie e le delimitazioni di rischio si rinvia al FASCICOLO INFORMATIVO contenente oltre alla Nota precontrattuale anche le Condizioni di Polizza TutelUnica Ed. 12/2010 per il rischio oggetto della presente scheda. In osservanza al disposto Reg. ISVAP 35/2010

Raccomandazioni per la pratica clinica sul taglio cesareo

Ecco il secondo documento dell'Iss

Dopo le linee guida di gennaio 2010, arriva la seconda parte delle indicazioni dell'Iss riguardanti il "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole". Questo secondo documento prende in esame le indicazioni al cesareo programmato e d'urgenza, l'appropriatezza delle procedure diagnostiche e delle manovre impiegate nell'assistenza al parto, i rischi materno-fetali associati al travaglio dopo pregresso Tc e il tema della richiesta materna in assenza di motivazioni cliniche

Raggiunta un'altra tappa della riforma del percorso nascita in Italia. L'area di assistenza, da mesi al centro di polemiche e piani di sviluppo, vede ora la pubblicazione del secondo documento elaborato dal-

l'Istituto Superiore di Sanità per guidare i professionisti sanitari nella pratica clinica in base alle migliori evidenze scientifiche internazionali. Per la prima volta, poi,

il testo delle linee guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - seconda parte"

verrà lasciato in revisione aperta per raccogliere osservazioni, commenti e proposte di modifica da parte dei soggetti interessati. Per ottimizza-

re il processo di revisione, il cui termine è stato fissato al 27 luglio 2011, è stato anche elaborato un altro documento contenente le istruzioni elaborate dal gruppo di lavoro della linea guida.

Quando eseguire il cesareo: LE INDICAZIONI DELLE LINEE GUIDA

La presente linea guida prende in esame le indicazioni al taglio cesareo programmato e d'urgenza, l'appropriatezza delle procedure diagnostiche e delle manovre impiegate nell'assistenza al parto e i rischi materno-fetali associati al travaglio dopo pregresso taglio cesareo. Lo scopo è migliorare l'appropriatezza dell'indicazione al taglio cesareo. La linea guida segue la pubblicazione di un primo documento (gennaio 2010) relativo alla comunicazione tra donne e operatori sanitari, con particolare riferimento alle informazioni da offrire alle gestanti sulle modalità di parto e sui contenuti e i tempi di acquisizione del consenso informato. Questo secondo documento prende in esame anche il tema della richiesta materna di taglio cesareo in assenza di motivazioni cliniche.

Quesito 1 - È utile adottare una classificazione dell'emergenza/urgenza del ricorso al taglio cesareo?

Quesito 2 - Sono disponibili criteri di classificazione standardizzati dell'emergenza/urgenza del ricorso al taglio cesareo?

VC Si raccomanda di documentare in cartella clinica urgenza del taglio cesareo, al fine di facilitare una comunicazione chiara ed efficace tra operatori sanitari.

VC Si raccomanda di utilizzare la seguente versione modificata della classificazione di Lucas:

- codice rosso – pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto
- codice giallo – compromissione delle condizioni materne e/o fetali che non costituisce un immediato pericolo di vita
- codice verde – assenza di compromissione delle condi-

Schema di grading

LIVELLI DI PROVA*	FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI
I Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.	A L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
II Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.	B Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura/intervento debba sempre essere raccomandata/o, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
III Prove ottenute da studi di coorte con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.	C Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
IV Prove ottenute da studi retrospettivi tipo casocontrollo o loro metanalisi.	D L'esecuzione della procedura non è raccomandata.
V Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo.	E Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.
VI Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o in <i>consensus conference</i> , o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di questa linea guida.	

* Buona Pratica Clinica (BPC): l'esecuzione della procedura è raccomandata sulla base del giudizio condiviso del panel, in caso di non disponibilità di studi clinici.

zioni materne e/o fetali, ma necessità di anticipare il parto

• codice bianco – parto da inserire nella lista operatoria in base alle disponibilità del punto nascita.

Quesito 3 - Nel feto singolo la presentazione podalica rappresenta un'indicazione al taglio cesareo elettivo per ridurre la mortalità perinatale e la morbosità neonatale?

IB In caso di gravidanza a termine con feto singolo in presentazione podalica è opportuno offrire un taglio cesareo programmato perché l'intervento diminuisce la mortalità perinatale/neonatale e la morbosità neonatale grave rispetto al parto vaginale. In caso di taglio cesareo pro-

grammato, questo non deve essere effettuato prima delle 39+0 settimane di età gestazionale.

Quesito 4 - Nel feto singolo il rivolgimento per manovre esterne è una procedura efficace per ridurre il rischio di presentazione podalica a termine?

IA In caso di gravidanza senza complicazioni con feto singolo in presentazione podalica deve essere offerta, a partire da 37+0 settimane di età gestazionale, l'opportunità del rivolgimento per manovre esterne al fine di aumentare le probabilità di una presentazione cefalica e di un parto vaginale.

IA Nel rivolgimento per manovre esterne si raccomanda l'utilizzo di un farmaco tocolitico (betamimetici per via endovenosa) in quanto, in assenza di controindicazioni specifiche, aumenta la probabilità di successo della procedura.

IIIB Le manovre di rivolgimento sono controindicate in caso di: travaglio di parto, rottura delle membrane, anomalie cardiocografiche, placenta previa, sanguinamento vaginale, cicatrici e malformazioni uterine e specifiche condizioni cliniche materne e/o fetali.

IIIC In caso di precedente taglio cesareo i dati disponibili circa l'efficacia e la sicurezza del rivolgimento per manovre esterne non sono conclusivi, pertanto la manovra può essere offerta solo dopo avere valutato e discusso con la donna i potenziali benefici e danni.

Quesito 5 - Nel feto singolo l'agopuntura e la moxibustione rappresentano misure efficaci per ridurre il rischio di presentazione podalica a termine?

ID Alla luce delle prove disponibili la moxibustione non deve essere offerta quale tecnica efficace nel ridurre la probabilità di taglio cesareo in caso di presentazione podalica.

IC A tutt'oggi non sono disponibili prove conclusive a

sostegno dell'efficacia della oxibustione nel favorire la versione del feto in presentazione podalica.

Quesito 6 - Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale in caso di gravidanza gemellare, anche in considerazione delle possibili varianti di presentazione del primo e del secondo gemello?

Quesito 7 - Qualora sia indicato il taglio cesareo elettivo, a partire da quale settimana è appropriato effettuarlo?

IVB Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche a termine con presentazione cefalica per entrambi i gemelli, in assenza di fattori di rischio, si raccomanda il parto per via vaginale in quanto non è dimostrata l'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la mortalità e la morbosità neonatali.

IVC Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la morbosità e mortalità neonatale.

BPC Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica l'assistenza al parto per via vaginale deve essere offerta in una struttura ospedaliera che possa garantire una expertise ostetrico-ginecologica e neonatologica appropriata.

IVB Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche senza fattori di rischio, in caso sussistano indicazioni al taglio cesareo programmato, l'intervento non deve essere effettuato prima di 38+0 settimane, per evitare eventi avversi neonatali.

Quesito 8 - Esistono differenze nell'indicazione al taglio cesareo elettivo in caso di gravidanza gemellare monocoriale o bicoriale e monoamniotica o biamniotica?

IVB Nelle gravidanze monocoriali biamniotiche non complicate si raccomanda l'espletamento del parto a 36-37+0 settimane di gestazione.

VB Nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche non complicate si raccomanda l'espletamento del parto mediante taglio cesareo a 32 settimane di gestazione.

Quesito 9 - Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale in caso di prematurità?

IIIC In caso di travaglio pretermine spontaneo senza fattori di rischio materni e/o fetali non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo programmato nel migliorare gli esiti neonatali.

BPC Il parto deve essere effettuato in un punto nascita di livello appropriato per gestire le eventuali emergenze materno-fetali e neonatali e la scelta della modalità del parto deve tener conto dell'esperienza del centro e della casistica trattata localmente.

Quesito 10 - Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale e materna in caso di ritardo di crescita fetale ed esistono predittori validi in grado di influenzare la scelta?

IB Il taglio cesareo programmato non è raccomandato nei feti con ritardo di crescita fetale in assenza di alterazioni della velocimetria Doppler.

BPC In caso di alterazioni della velocimetria Doppler il ricorso al taglio cesareo va valutato in funzione della gravità del caso.

Quesito 11 - La placenta previa (centrale/marginale, maior/minor) rappresenta un'indicazione al taglio cesareo per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale e materna?

VC In caso di placenta previa centrale (totale o parziale) o di placenta previa marginale (<2 cm dall'orifizio uterino interno) è raccomandato il ricorso al taglio cesareo programmato.

BPC Il taglio cesareo deve essere effettuato in un punto nascita di livello appropriato per gestire le eventuali emergenze materno-fetali e neonatali.

Quesito 12 - La valutazione pelvimetrica, la misura del piede, l'altezza materna, la stima delle misure fetali/macrosomia (con ecografia o esame clinico) sono dei determinanti assoluti di sproporzione cefalo-pelvica in base

ai quali si può decidere l'indicazione al taglio cesareo elettivo?

IIID La misura del piede, la pelvimetria, l'altezza materna e la stima delle misure fetali (con esame ecografico o con esame clinico) non sono misure predittive della mancata progressione della parte presentata in travaglio. Pertanto non devono essere utilizzate quale unico criterio per decidere le modalità di espletamento del parto.

Quesito 13 - Quali sono le indicazioni al taglio cesareo elettivo in caso di macrosomia fetale nella gravida diabetica?

IIID Il diabete pregestazionale e gestazionale non rappresenta di per sé un'indicazione al taglio cesareo.

IIIB In caso di feto con peso stimato ≥ 4.500 g è raccomandato il taglio cesareo a partire da 38+0 settimane di gestazione.

IIIB Il diabete pregestazionale e gestazionale non costituisce una controindicazione al parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo.

Quesito 14 - Il taglio cesareo elettivo è efficace nel ridurre la trasmissione di infezioni dalla madre al feto, in particolare da Herpes simplex virus (HSV), virus dell'epatite B (HBV), virus dell'epatite C (HCV) e virus da immunodeficienza acquisita (HIV)?

INFEZIONE DA HERPES SIMPLEX VIRUS (HSV)

VC Il taglio cesareo programmato è raccomandato alle donne con infezione primaria da Herpes simplex genitale che presentano lesioni nel terzo trimestre di gravidanza o al momento del parto, in quanto l'intervento diminuisce il rischio di infezione neonatale da HSV. Il taglio cesareo non deve essere effettuato prima delle 39+0 settimane di gestazione.

VC Le donne in gravidanza, con ricorrenza del virus HSV in prossimità del parto, devono essere informate che vi sono incertezze circa l'efficacia del taglio cesareo programmato nel ridurre il rischio di infezione neonatale da HSV. Pertanto il taglio cesareo non deve essere proposto di routine.

INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE C (HCV)

IIIC Il taglio cesareo programmato non è raccomandato alle donne in gravidanza affette da epatite C in quanto non riduce il rischio di trasmissione del virus dalla madre al neonato.

IIIC Il taglio cesareo programmato è raccomandato in caso di coinfezione da HIV e HCV in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica >50 copie/ml, in quanto l'intervento riduce la trasmissione verticale da madre a neonato.

IVC Le donne in gravidanza con coinfezione HIV/HCV, in terapia HAART e con carica virale HIV plasmatica <50 copie/ml, devono essere informate che vi sono incertezze circa l'efficacia del taglio cesareo programmato nel ridurre il rischio di infezione neonatale da HCV. Pertanto il taglio cesareo deve essere proposto solo dopo avere valutato e discusso con la donna i potenziali benefici e danni.

INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE B (HBV)

I La trasmissione di epatite B dalla madre al figlio può essere ridotta se il neonato riceve sia immunoglobuline sia la relativa vaccinazione.

IIIB Le donne in gravidanza con epatite B non devono essere sottoposte di routine al taglio cesareo programmato in quanto non sono disponibili prove conclusive a sostegno della sua efficacia nel ridurre la trasmissione di epatite B dalla madre al neonato.

INFEZIONE DA VIRUS DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV)

Un taglio cesareo programmato a 38+0 settimane per prevenire il travaglio e/o la rottura delle membrane è raccomandato in caso di:

IA • terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica >50 copie/ml

IA • monoterapia con ZDV quale alternativa alla terapia antiretrovirale altamente attiva

IIIC • coinfezione da HIV ed epatite C in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica >50 copie/ml.

IB Un travaglio di parto può essere offerto alle donne in terapia antiretrovirale altamente attiva con carica vira-

le plasmatica <50 copie/ml, avendo cura di limitare, per quanto possibile, le manovre che aumentano il rischio di contaminazione ematica materno-fetale (amniorexi precoce, ripetute esplorazioni vaginali a membrane rotte, monitoraggio invasivo del benessere fetale, utilizzo di forcipi e ventosa, episiotomia).

BPC In caso di indicazioni ostetriche al taglio cesareo in donne con carica virale plasmatica < 50 copie/ml, questo non deve essere effettuato prima di 39+0 settimane di gestazione per ridurre i rischi neonatali.

Quesito 15 - Quali sono gli interventi e le procedure da effettuare durante l'assistenza intrapartum che si sono dimostrate efficaci nel ridurre la probabilità di un parto mediante taglio cesareo?

TIMING DELL'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

BPC In caso di gravidanza senza complicazioni prima di 41+0 settimane si raccomanda di attendere l'insorgenza spontanea del travaglio. Un'induzione prima di 41+0 settimane aumenta il rischio di ricorso inappropriato al taglio cesareo.

IA In caso di gravidanza senza complicazioni, si raccomanda l'offerta dell'induzione del travaglio tra 41+0 e 42+0 settimane per ridurre il rischio di mortalità e morbosità perinatale.

IB Il momento in cui effettuare l'induzione del parto deve tener conto delle preferenze della donna, dei risultati dei test di sorveglianza fetale adottati e delle condizioni locali punteggiate di Bishop).

BPC Alle donne che a 42+0 settimane di età gestazionale rifiutano l'induzione al parto deve essere offerto un monitoraggio appropriato alle condizioni di benessere materno-fetali.

SOSTEGNO EMOTIVO OFFERTO ALLA DONNA DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

IA Le donne in gravidanza devono essere informate che un sostegno emotivo continuo durante il travaglio di parto, effettuato da persone con o senza una formazione specifica, riduce la probabilità di un taglio cesareo e di parto operativo. Tale sostegno riduce inoltre la probabilità di alcuni interventi medici durante il travaglio di parto (analgesia/anestesia, CTG) e migliora la soddisfazione percepita dalle donne rispetto all'esperienza del parto.

PARTOGRAMMA

IB Le prove attualmente disponibili non permettono di valutare in maniera conclusiva l'efficacia del partogramma nel ridurre il tasso di taglio cesareo.

BPC L'adozione del partogramma è raccomandata per la sua influenza positiva su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida, quali il monitoraggio della progressione del travaglio, la facilitazione della comunicazione tra operatori e l'audit clinico e didattico.

GESTIONE ATTIVA DEL TRAVAGLIO DI PARTO

ID Le prove attualmente disponibili non dimostrano l'efficacia della gestione attiva del travaglio di parto nel ridurre la percentuale di tagli cesarei. Tuttavia tale pratica potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

MONITORAGGIO DEL BENESSERE FETALE DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

Monitoraggio elettronico fetale durante il travaglio di parto

IA Per monitorare il benessere fetale nelle gravidanze a basso rischio è raccomandata la rilevazione intermittente del battito cardiaco fetale a cadenza regolare, sia in periodo dilatante sia in periodo espulsivo.

IA La rilevazione continua del battito cardiaco fetale mediante CTG è associata a un'aumentata probabilità di taglio cesareo.

Tecniche integrative al monitoraggio elettronico fetale durante il travaglio di parto

IIIB Nei casi in cui è indicata la rilevazione continua del battito cardiaco fetale mediante CTG, può essere valutata l'associazione dell'analisi ECG del tratto ST (STAn) per monitorare il benessere fetale, anche se non è stata dimostrata una correlazione tra la STAn e la probabilità del taglio cesareo.

► Segue in ultima

Relazione Pma

Aumentano del 10% le gravidanze assistite: 2 italiani su 100 nascono così

La Relazione annuale al Parlamento mostra indiscutibilmente una crescita del ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Nel 2009 vi hanno fatto ricorso 63.840 coppie (+ 7,8%) e sono state ottenute 14.033 gravidanze (+ 9,9%). Monitorati 10.819 nati vivi (+ 5,9% rispetto al 2008, corrispondente all'1,9% delle nascite in Italia). Cresce anche l'età media della donna che supera ormai i 36 anni, mentre diminuiscono i parti trigemellari e i quadrupli. E infine si registra un boom degli embrioni congelati (+ 861%)



Nel corso del 2009 nei 350 centri italiani autorizzati, sono state trattate con tecniche di procreazione medicalmente assistita 63.840 coppie e sono stati iniziati 85.385 cicli. Le gravidanze ottenute sono state 14.033, facendo registrare un aumento del 10% rispetto al 2008. Dalle 11.691 gravidanze monitorate sono nati vivi 10.819 bambini, con un aumento del 5,9% rispetto all'incremento di gravidanze ottenute. Tra tutti i bimbi venuti al mondo nel 2009, l'1,9% è nato grazie a tecniche di Pma. Sono questi i principali dati contenuti nella relazione del Ministero della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (vedi il testo integrale sul sito ww.aogoi.it), presentati il 28 giugno scorso presso il dicastero di Lungotevere Ripa dal sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella. Proprio il sottosegretario, commentando con soddisfazione i

“dati positivi” di una legge che “si è dimostrata efficace e lungimirante”, ha fatto anche notare l'innalzamento dell'età media delle donne che accedono alle tecniche di Pma che è passata dai 35,9 del 2008 ai 36,2 del 2009. Un dato al di sopra della media europea di 34,3 anni. “Considerando proprio che l'aumento dell'età media delle donne incide negativamente sui risultati delle tecniche di Pma – ha spiegato Roccella – possiamo dire che il tendenziale incremento della percentuale di gravidanze e dei nati vivi può considerarsi un risultato più che soddisfacente per l'applicazione delle tecniche di Pma nel nostro Paese”.

Anche la percentuale dei parti gemellari è risultata costante, mentre si è registrata una diminuzione dei parti trigeni che, dal 2,7% del 2008, è passata al 2,4% del 2009. Il valore europeo di riferimento è pari all'1,5%, ma c'è da dire che il risultato italiano risulta una media di valo-

Legge 40

Soddisfazione della Lega fibrosi cistica su ricorso Corte Europea

L'unica strada oggi possibile in Italia per le giovani coppie portatrici sane di fibrosi cistica è quella di “alimentare, loro malgrado, il turismo riproduttivo recandosi all'estero, dove, a proprie spese, possono ricorrere al Pma. A denunciarlo è Silvana Mattia Colombi, responsabile qualità della vita

per la Lega Italiana Fibrosi Cistica, che ha appoggiato e incoraggiato la causa contro la legge 40 presentata alla Corte Europea di Strasburgo da due coniugi, entrambi portatori sani di fibrosi cistica. E “con entusiasmo” il mondo della fibrosi cistica italiano ha accolto la decisione di ammissibilità della Corte di Europa di

Strasburgo sul ricorso.

“In Italia – ricorda Colombi – la legge 40 del 19 febbraio 2004 non consente ai portatori sani di fibrosi cistica e di tutte le altre malattie genetiche di poter accedere alle tecniche di Pma, e quindi poter avere un figlio non malato di fi-

broso cistica ricorrendo alla diagnosi pre-impianto. Di contro, la legge 194 del maggio 1978 sull'aborto, consente ad una coppia di portatori sani di fibrosi cistica, che ha concepito un figlio per vie naturali, di ricorrere all'esame dei villi coriali (esame da effettuare intorno alla 10ª settimana gestazionale) e decidere di abortire se il feto risulta affetto dalla malattia genetica”.

La Corte sottolinea anche come coppie nella stessa situazione possono già ricorrere alla fecondazio-

ne in vitro, ossia allo screening embrionale, in 15 Paesi europei: Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Grecia, Paesi Bassi, Norvegia, Portogallo, Russia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Regno Unito. “Questo percorso lungo e doloroso – conclude Colombi – è l'unica strada oggi possibile in Italia per le giovani coppie affette da fibrosi cistica: alimentare, loro malgrado, il turismo riproduttivo recandosi all'estero, dove, a proprie spese, possono ricorrere al Pma”.

I risultati dello studio multicentrico Aogoi

Quanto è efficiente il percorso diagnostico delle coppie infertili in Italia?

■ **“La razionalizzazione delle risorse utilizzate nella fase diagnostica può portare ad un notevole risparmio, che consentirebbe di impiegare le stesse risorse in terapie efficaci basate sull'evidenza scientifica”.** È questa una delle principali conclusioni dello studio multicentrico Aogoi, presentato nel corso del Primo Congresso Nazionale della Federazione italiana delle società scientifiche della riproduzione (Fissr) che si è svolto a Riccione a fine maggio

ri che oscillano da 0 a 18,8%, che confermano una enorme variabilità dovuta alle forti differenze nei criteri seguiti e nelle procedure adottate dagli operatori del settore. A tale proposito, si è auspicato un aumento dei centri che effettuano la crioconservazione dei gameti.

Per quanto invece riguarda le conseguenze dell'applicazione della sentenza della Corte Costituzionale 151/2009 sulla possibilità di utilizzo di 4 embrioni, si è registrata una riduzione del congelamento degli ovociti (dal 12% del 2008 al 9,9% del 2009), insieme a un aumento di dieci volte del numero di embrioni crioconservati, passati dai 763 del 2009 ai 7337 del 2009. Proprio su questo Roccella è intervenuta per auspicare che “dopo un assestamento dell'applicazione di questa sentenza della Corte Costituzionale da parte degli operatori del settore, si possa nei prossimi mesi registrare un'inversione di tendenza per questi parametri”. “Bisogna infatti ricordare – ha proseguito Roccella – che il nostro Paese è da sempre stato all'avanguardia sulle tecniche che riguardavano gli ovociti crioconservati, che proprio tali tecniche hanno visto un maggiore aumento del successo delle gravidanze, e che, a differenza del congelamento di embrioni, questa tecnica ha minori complicazioni dal punto di vista etico”.

Infine, il sottosegretario ha annunciato che le nuove linee guida sulla legge 40, in gestazione da tempo, “saranno pronte in autunno”. “Il nuovo documento – ha concluso – implicherà un assestamento in relazione a quanto stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale e anche in merito all'applicazione del decreto sulla tracciabilità di tessuti e cellule crioconservati, dunque anche dei gameti”.

■ I dati si riferiscono in parte ad un periodo antecedente ed in parte al periodo successivo la modifica della legge 40/2004 attuata dalla Corte Costituzionale con la sentenza n.151 del 15 maggio 2009. Essi risentono solo in parte dell'applicazione della sentenza 151/2009, efficace nella seconda metà dell'anno, a partire dal 15 maggio. Una migliore e più esaustiva valutazione degli esiti della sentenza 151/2009 sarà possibile quindi solo a partire dalla prossima raccolta dati, riferita al 2010, il primo anno di applicazione piena della legge 40, così come modificata dalla 151/2009.

Lo studio multicentrico Aogoi, coordinato da Mauro Costa, responsabile del Dipartimento di fisiopatologia preconcezionale e prenatale dell'ospedale Galliera di Genova, Cristofaro De Stefano, della U.O. Fisiopatologia della Riproduzione A.O. San Giuseppe Moscati di Avellino, e Fabio Parazzini, del Dipartimento di Epidemiologia dell'Istituto Mario Negri di Milano, è stato rivolto a valutare i criteri di gradualità, efficacia e costi nella cura dell'infertilità.

L'indagine, condotta in 12 centri per la cura dell'infertilità, uniformemente distribuiti su tutto il territorio, è stata suddivisa in due parti: la prima, retrospettiva, ha valutato il percorso delle coppie dal momento della presa di coscienza della infertilità fino alla presa in carico presso i grandi centri specializzati; la seconda parte, prospettica, attualmente ancora in corso, riguarderà l'iter diagnostico/terapeutico condotto presso i centri stessi nell'anno successivo alla presa in carico delle coppie.

I risultati della fase retrospettiva dello studio, di seguito sinteticamente riassunti, sono estremamente interessanti e, per i non addetti ai lavori, potrebbero essere anche sorprendenti.

1. Le coppie studiate hanno una età media femminile di 34,5 an-

ni; un quarto delle donne e metà degli uomini hanno già superato i 38 anni; nel 10% dei casi hanno già almeno un figlio; la causa dell'infertilità al momento della presa in carico risulta così distribuita tra i casi: femminile 21.3%, maschile 34.3%, mista 20.5%, inspiegata 23.9%

2. Le coppie hanno chiesto in media il primo aiuto ad un medico dopo una ricerca di gravidanza infruttuosa di 18 mesi; ma questo tempo necessario a prendere coscienza del problema e affrontarlo risulta più lungo per le coppie con basso livello di scolarità, sia maschile che femminile, e con lavori a basso reddito. Non risulta nel nostro campione una influenza significativa dei precedenti ostetrici della donna, quale si è rilevata in ricerche analoghe in altri paesi. Purtroppo risulta chiaro dai dati che l'età avanzata della donna non stimola una accelerazione della richiesta di aiuto.

3. Il medico più consultato in prima battuta è un ginecologo privato, seguito dal medico di medicina generale o da un ginecologo con note competenze nel campo dell'infertilità, ma la maggior parte degli esami vengono prescritti poi dallo specialista ginecologo di una struttura specialistica pubblica.

4. Dal primo contatto con un medico all'arrivo al centro spe-

cialistico passano poi in media altri 14 mesi, con oscillazioni a seconda del tipo di medico che conduce il caso (lo specialista pubblico risulta il più rapido nel riferire i pazienti ad un centro specializzato). Purtroppo anche in questo caso l'età avanzata della paziente non stimola un più rapido invio ai centri di II livello, sembra anzi paradossalmente che le pazienti di età maggiore siano il gruppo che attende più a lungo questo passaggio finale.

5. Quanto agli esami con cui i pazienti arrivano ai centri, essi coprono in modo soddisfacente le possibili diagnosi: vi è ancora una eccessiva enfasi sui dosaggi ormo-

Le coppie hanno chiesto il primo aiuto ad un medico dopo una ricerca di gravidanza infruttuosa di 18 mesi. Dal primo contatto con un medico all'arrivo al centro specialistico passano poi in media altri 14 mesi

nali femminili, pur con il rilievo positivo che esami molto moderni di recente introduzione, come il dosaggio dell'ormone Antimulleriano, stanno entrando rapidamente nel repertorio dei medici. Purtroppo, invece, ancora più del 50% dei mariti arriva ai centri specialistici senza aver eseguito uno spermogramma.

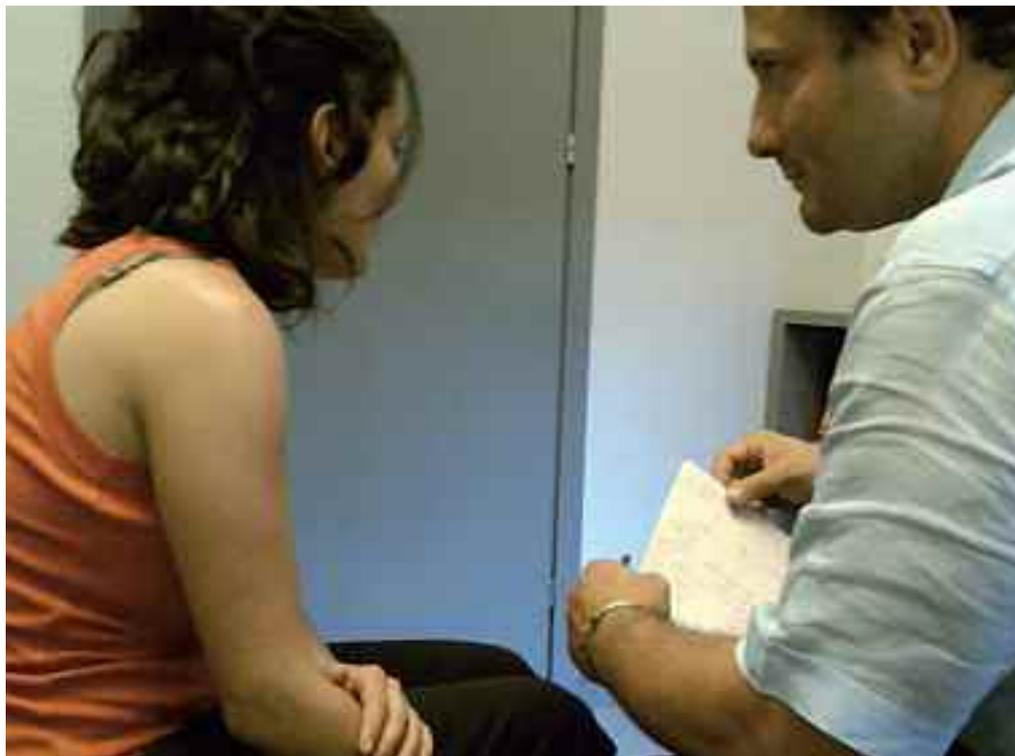
6. In ultimo, verificando quali provvedimenti terapeutici sono stati applicati prima dell'arrivo ai centri, si evidenzia la persistenza di una focalizzazione sulle pratiche di monitoraggio ovulatorio con rapporti programmati, che, pur avendo una utilità iniziale, spesso vengono reiterate troppo a lungo, rappresentando una inutile e frustrante perdita di tempo per le coppie.

Quali indicazioni utili emergono dallo studio

Per le coppie la prima indicazione è che dovrebbero essere informate sul fatto che un mancato concepimento dopo un anno di tentativi richiede di iniziare un percorso diagnostico, pur in presenza di possibilità realistiche residue di un concepimento spontaneo. Deve essere chiaro che la infertilità è un sintomo, quindi può sottendere una malattia, spesso curabile: questo può far uscire le persone, soprattutto di minor livello culturale, da un atteggiamento fatalistico controproducente. Deve essere chiaro che l'iter diagnostico e terapeutico deve avere tempi ragionevoli e che l'età avanzata e la lunga durata dell'infertilità richiedono un più rapido impegno. Deve poi esistere una chiara informazione sull'offerta di assistenza specialistica nel proprio territorio.

Per i medici coinvolti è necessario riconoscere che il problema riguarda la coppia (troppi maschi ancora non effettuano spermogramma), differenziare l'iter diagnostico in base all'età della donna, completarlo in un tempo ragionevole (oggi un iter diagnostico di primo livello si può completare in due mesi), abbandonare pratiche time consuming, focalizzate sulla sola individuazione reiterata della ovulazione, abbandonare le pratiche terapeutiche empiriche di non dimostrata efficacia, evitare la ripetizione di esami, facendo in modo di eseguirli sempre nella sede più affidabile. Ogni ritardo nella fase diagnostica aumenta i costi e diminuisce i risultati delle terapie successive.

In conclusione, hanno affermato i coordinatori dello studio, “la razionalizzazione delle risorse utilizzate nella fase diagnostica può portare ad un notevole risparmio, che consentirebbe di impiegare le stesse risorse in terapie efficaci basate sull'evidenza scientifica”.



La salute delle gengive è una sicurezza in più.



Attenzione ai sintomi.

Cambiamenti fisiologici come quelli che avvengono durante la gravidanza possono favorire l'insorgenza di disturbi gengivali e un maggiore accumulo di placca.

Più protezione durante la gravidanza.

È importante prendersi cura delle gengive: ogni donna in gravidanza, infatti, può sviluppare una forma di "gengivite gravidica". Se non si rimuove regolarmente la placca, il processo infiammatorio può estendersi alla struttura di sostegno del dente (parodontite). In tal senso un'igiene orale quotidiana e specifica aiuta a ridurre il rischio di gengivite.

Il Sistema meridol® a base di fluoruro amminico/fluoruro stannoso, aiuta a prevenire e trattare i disturbi gengivali. È scientificamente testato e non presenta controindicazioni o limitazioni d'uso.

meridol® 

Balsamo per le gengive

Per saperne di più: www.gengivesane.it



Cancro della cervice up to date

■ I rappresentanti della oncologia italiana, europea e americana si sono confrontati a Catania sul tema del trattamento del cancro cervicale avanzato. Un incontro di alto profilo culturale e scientifico, organizzato dal professor Paolo Scollo presso l'Azienda ospedaliera Cannizzaro

Il 18 giugno si è svolto a Catania un incontro internazionale sul tema dei "tumori della cervice uterina", con la partecipazione della professoressa **Gillian Thomas** dell'Università di Toronto (Canada) - oncologo-radioterapista di fama mondiale, autrice di numerose pubblicazioni internazionali che hanno segnato i percorsi di trattamento delle neoplasie ginecologiche e membro del "National Cancer Institute" di Bethesda (Usa) - invitata dal professor **Paolo Scollo**, direttore del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania, ad un confronto culturale e scientifico tra rappresentanti della oncologia italiana, europea e americana. All'incontro hanno partecipato attivamente anche la professoressa **Nicoletta Colombo**, direttore della U.O. di Ginecologia oncologica medica dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano e presidente eletto dell'European Society of Gynecological Oncology (Esgo); il professor **Sandro Pignata**, direttore della U.O. di Oncologia medica dell'Istituto Tumori "Pascale" di Napoli e presidente del Gruppo cooperativo MITO (Multi Italian Trial in Ovarian Cancer, gruppo di ricerca dedicato ai tumori ginecologici che unisce circa 105 centri di oncologia medica, ginecologia oncologica e radioterapia in Italia); la dottoressa **Roberta Lazzari**, responsabile della U.O. di Radioterapia e brachiterapia ginecologica presso l'Istituto Europeo di Oncologia di

Milano; il professor **Roberto Angioli**, direttore della U.O. di Ginecologia presso l'Università Campus Biomedico di Roma; il presidente Aogoi **Vito Trojano**, direttore del Dipartimento Donna dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" IRCCS di Bari e membro della commissione Sanità presso il Ministero della Salute; il dottor **Franco Marletta**, direttore della U.O. di radioterapia dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro. Il professor Paolo Scollo ha aperto i lavori scientifici fornendo l'attuale scenario della distribuzione della patologia neoplastica della cervice uterina in Sicilia e di come l'Ospedale Cannizzaro si pone al primo posto come numero di accessi per patologia neoplastica invasiva e trattamenti chirurgici radicali. La nuova realtà della U.O. di radioterapia presso questa Azienda (da dicembre 2010), completa la possibilità di eseguire "in loco" anche trattamenti adiuvanti e/o esclusivi. Vengono anche comunicati i risultati della U.O. di ginecologia (on press) su 12 anni di trattamenti neoadiuvanti della cervice uterina con chemioterapia antitumorale e successiva chirurgia radicale. La professoressa Colombo ha poi descritto la realtà internazionale dei trattamenti del carcinoma invasivo della cervice uterina, con particolare attenzione alla integrazione terapeutica e alle strategie di combinazione degli approcci chemioterapico, chirurgico radicale e radioterapico. La chirurgia radicale e la radio-

terapia o chemio-radioterapia sono i trattamenti di scelta nella patologia infiltrante della cervice uterina con risultati confrontabili in termini di tempo libero da malattia e sopravvivenza globale. La chemioterapia oggi risulterebbe non evitabile nei trattamenti della patologia avanzata, ma associata alla chirurgia o alla radioterapia, in modi e tempi diversi. Obiettivo fonda-



mentale è quello di evitare la eccessiva morbidità che deriva dalla associazione di chirurgia e radioterapia nella stessa paziente o di aggiungere un terzo trattamento. La realtà italiana, in termini di centri di radioterapia con brachiterapia (fondamentale per il trattamento esclusivo la neoplasia cervicale) è stata illustrata dalla dottoressa Lazzari, che ha sottolineato come un approccio multidisciplinare sia fondamentale e come molta strada sia ancora da percorrere prima di avere strutture numericamente e qualitativamente pronte a supportare il carico di trattamenti richiesti in tutte le regioni italiane. Anche la chemioterapia antitumorale, tema affrontato dal professor Pignata, ha un ruolo sempre più importante: da radiosensibilizzante, a neoadiuvante alla chirurgia radicale, a esclusi-

vo in casi di recidive locali o a distanza in pazienti già radio trattate. Molti farmaci sono stati studiati, ma molte nuove molecole sono ancora in fase di studio, in protocolli di ricerca di fase II come il protocollo CERV 2 del gruppo MITO.

Infine la professoressa Thomas ha riportato su un piano pratico di risultati le fila del discorso scientifico e delle proiezioni di linee di ricerca e potenzialità dei trattamenti attuali e futuri, come da pragmatismo proprio di chi coordina linee guida e con la maturità di parecchi decenni di competenza in materia, fornendo dati e attuali indicazioni e ribadendo il ruolo fondamentale della radioterapia e soprattutto di una corretta radioterapia in termini di quantità e qualità. Le apparecchiature fornite oggi ai radioterapisti sono sempre più sicure, precise e risolvono molte problematiche di complicanze iatrogene legate al trattamento stesso. Questo non deve esimere il medico dal mettere a punto strategie e modalità di trattamento sempre più precise e efficaci.

I take home messages

Le principali conclusioni del meeting possono essere così riassunte:

- I risultati dei trattamenti chemio-radioterapico o chemio-chirurgico sono simili in termini di risultati in pazienti con carcinoma della cervice localmente avanzato (overall survival 83% e disease-free survival 74%).
- La chirurgia radicale nel trattamento delle pazienti giovani permette di ottenere i seguenti vantaggi:
 - preservare la funzione ormonale
 - evitare la atrofia vaginale
 - superare i problemi psicologici (asportazione del tumore)
 - evitare le complicanze a lungo termine della radioterapia
 - ridurre le complicanze urologiche della radioterapia.
- L'uso combinato di chirurgia e radioterapia è accompagnato ad aumento di costi e morbidità e dovrebbe essere evitato.
- La brachiterapia deve essere utilizzata nel trattamento del tumore cervicale localmente avanzato.
- Sono in studio nuove moleco-

le di chemioterapici antitumorali per il trattamento in prima linea o sulla malattia metastatica o recidivata con buone prospettive di impiego clinico;

- Sono in studio nuove strategie terapeutiche che integrando chemioterapia, valutazioni intermedie strumentali e/o chirurgiche e radioterapia, cercano di ottenere migliori risultati in quel gruppo più complesso di pazienti con stadi localmente avanzati o con recidive di malattia.
- In centri di riferimento esistono in atto protocolli sperimentali di trattamento conservativo di neoplasie cervicali infiltranti in stadi iniziali al fine di garantire la conservazione dell'apparato genitale per una futura gravidanza.
- La radioterapia rimane il principale riferimento terapeutico nel trattamento della malattia neoplastica della cervice in fase avanzata (in attesa dei risultati dello studio randomizzato dell'EORTC che valuta il confronto della radioterapia esclusiva con la chemioterapia neoadiuvante seguita da chirurgia radicale) ma va comunque ottimizzata sia grazie a nuove apparecchiature che consentono maggiore precisione nel trattamento del volume bersaglio e quindi nella riduzione delle complicanze sia con programmi di terapia adeguati con adeguate dosi di trattamento.
- Bisogna sviluppare la ricerca di altri farmaci chemioterapici in combinazione con la radioterapia.
- Bisogna ricercare ancora le strategie più efficaci o crearne nuove nel trattamento della malattia metastatica e nel trattamento dell'adenocarcinoma della cervice.
- Bisogna identificare la popolazione di pazienti con caratteristiche che si associano a maggiori fallimenti terapeutici e studiare nuove strategie terapeutiche.
- In una vision globale, è fondamentale mettere a punto sistemi organizzativi per poter trattare o trattare meglio il cancro della cervice nei Paesi in via di sviluppo dove la percentuale di incidenza e di mortalità legate alla malattia sono ancora molto elevate. ■



Da sinistra: Roberto Angioli, Vito Trojano, Gillian Thomas, Sandro Pignata, Nicoletta Colombo, Paolo Scollo, Giuseppe Scibilia

WWW.SIOG.INFO/

■ La mattinata congressuale, alla quale hanno partecipato numerosi addetti ai lavori - radioterapisti, oncologi e ginecologi dedicati al trattamento di questa patologia tumorale, provenienti da Sicilia e Calabria - ha rappresentato un importante momento di aggiornamento e ha consolidato una collaborazione fattiva dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro con gli Istituti Oncologici Italiani e Canadese rappresentati dai relatori intervenuti. I materiali relativi all'incontro (con le slides delle presentazioni) verranno pubblicati prossimamente nell'area riservata agli iscritti sul sito della Società Italiana di Ginecologia Oncologica (Siog).



promensil®

CONTRO I DISTURBI DELLA MENOPAUSA

- Quattro differenti isoflavoni
- 45 volte più efficace degli isoflavoni di soia
- Massima biodisponibilità grazie alla forma agliconica degli isoflavoni
- Una sola compressa al giorno
- Alta compliance: azione efficace per l'intera giornata
- Protezione osteo-articolare
- Azione anti-invecchiamento per pelle e mucose
- Tre differenti formulazioni per rispondere ad ogni tipo di esigenza
- Efficacia e sicurezza documentate da oltre 30 pubblicazioni scientifiche internazionali

Riduce i disagi
Protegge dall'invecchiamento
Integra le carenze

 **IN FARMACIA**

promessa di benessere



**Promensil®,
integratore a base di Trifoglio rosso,
la fonte naturale più ricca,
pregiata e sicura di isoflavoni.**

Numero Verde
800-900064 promensil.it



Ssn e malattie croniche

Cronicità: nuova frontiera del terzo millennio

di **Vania Cirese**
Avvocato, Foro di Roma

L'organizzazione del Sistema sanitario italiano si è finora dimostrata più adatta ad affrontare malattie acute piuttosto che malattie croniche in quanto nel tempo si è sempre adottato un modello di assistenza reattiva all'urgenza, alle acuzie. Un modello incentrato su formazione del personale, presidi, terapie, protocolli e linee guida atti a fronteggiare, nelle varie branche, situazioni di emergenza e gravità immediate. I pazienti cronici, d'altro canto, anche mediante organismi rappresentativi dei loro interessi, sollevano il problema delle difficoltà di accesso alle terapie, ad informazioni tempestive, a modelli di cura adeguati. Tenendo conto delle caratteristiche della popolazione della nostra epoca, non v'è dubbio che occorra pensare a sistemi più strutturati per i pazienti con disturbi cronici, introducendo un monitoraggio sui rischi per ridurli e sistemi di prevenzione di ricadute, aggravamenti e disabilità per quei malati la cui prognosi non è di guarigione, che non versano in una situazione di urgenza e che necessitano di cure nel tempo, anche a domicilio, nel proprio ambiente. I sistemi sanitari di tutte le nazioni sono confrontati inevitabilmente col problema di rispondere in modo costruttivo e sostenibile al carico delle malattie croniche e alla loro gestione. Occorre trovare risposte più equilibrate tra i problemi di salute dei pazienti acuti e di quel-

■ In Europa il 77 per cento delle spese sanitarie è oggi devoluto alle malattie croniche. E le cifre sono destinate a crescere, richiamando l'attenzione sulla necessità di interventi efficaci nei vari sistemi socio-sanitari

li cronici. Non v'è dubbio che queste nuove esigenze pongano richieste di altro tipo al personale sanitario, che deve necessariamente munirsi di abilità e competenze più ampie e specifiche, lavorando in un modello di assistenza integrato, orientato su una differente tipologia di pazienti che ha comunque diritto a qualità, sicurezza e accessibilità di cure.

Promuovere una "cultura della cronicità"

I malati cronici necessitano di un approccio specifico e nel contesto ambientale di cui fanno parte. Il percorso di terapia non può che essere personalizzato e condiviso con i familiari del paziente chiamati a collaborare e dare riscontri. Si tratta di interventi a lunga durata, che implicano continuità e devono evitare il più possibile

una gestione frammentata della malattia, tenuto conto che molto spesso patologie complesse e patogenesi multifattoriali presuppongono un sistema multidisciplinare di assistenza, nell'obiettivo di creare gradualmente una rete di sostegno all'autogestione della malattia da parte del paziente e dei suoi familiari, seguiti con continuità e competenza dai medici curanti.

L'organizzazione della medicina del territorio e l'integrazione fra i vari servizi dovrebbe essere ripensata e valorizzata con un sostegno istituzionale normativo e finanziario più rispondente ai bisogni e ai diritti dei pazienti cronici e maggiormente teso a sviluppare specifiche competenze del personale sanitario. Non v'è dubbio che occorrono investimenti mirati alla cultura della qualità di cure per i malati cronici; si renda necessaria la

creazione di team multidisciplinari e l'integrazione tra i vari servizi per promuovere un approccio sistematico, centrato specificamente sul paziente cronico così da ridurre significativamente i ricoveri di emergenza.

L'assistenza individualizzata del paziente cronico chiama in causa il valore della persona e il riconoscimento della sua unicità.

Medicina territoriale, un riferimento imprescindibile

Il rispetto per lo stato di vulnerabilità, di cui il sistema socio-sanitario deve farsi carico nella consapevolezza che la fragilità e l'inabilità non diminuiscono il valore della vita, nell'ambito di un'assistenza personalizzata per i malati cronici, chiama in causa la medicina territoriale che diventa un punto di riferimento imprescindibile della rete di assistenza e cura nel percorso costituito dal rapporto continuativo con l'assistito a tutela della sua salute psico-fisica e per fornirgli l'ausilio tecnico, scientifico e umano più adeguati per sviluppare le capacità di gestione auto responsabile, nella privacy, in assenza del sanitario. È agevole intuire la delicatezza e la particolarità della relazione che si instaura tra i medici a ciò preposti e i pazienti cronici e loro familiari.

Altrettanto evidente è la necessità che i medici di famiglia e i medici specialisti del territorio

seguano dei programmi formativi adatti a sviluppare specifiche competenze che includono la capacità di favorire la partecipazione del paziente e dei suoi cari, di saper comunicare realmente, per interagire, di tener conto dello stato di accettazione della malattia da parte di chi ne è portatore, della situazione sociale, culturale, familiare, le abitudini, le carenze educative e cognitive da colmare per conseguire una soddisfacente collaborazione nella più significativa alleanza terapeutica ed esperienza umana di profonda condivisione di difficoltà e traguardi.

Lo sviluppo di una assistenza territoriale che garantisce la copertura di tante necessità dei malati cronici nelle cure primarie costituisce oggi un obiettivo improcrastinabile e doveroso e pone agli operatori sanitari nuove responsabilità e nuove opportunità, chiamandoli a scelte coscienti verso l'integrazione delle attività, il lavoro d'équipe, la gestione condivisa del paziente e la comunicazione efficace e completa tra medici e con gli assistiti.

Le istituzioni dal loro canto non possono esimersi di adottare provvedimenti adeguati per incrementare le strutture e la formazione di personale dedicato che deve lavorare sul territorio nelle diverse (e purtroppo disomogenee) realtà. La completezza dell'assistenza territoriale per i malati cronici passa attraverso il dialogo fra i medici delle cure primarie e la collaborazione di equipe multidisciplinari. La pianificazione e l'attuazione dei programmi terapeutici vanno necessariamente concordate tra paziente, familiari, medico di famiglia e specialista territoriale e l'organizzazione del Ssn, così come quella degli altri Stati membri dell'Ue dovrà adottare modelli di assistenza più flessibili, nella reale considerazione delle due categorie di pazienti: acuti e cronici, meglio identificando e fronteggiando i loro diversi bisogni. **Y**



► **Segue da pagina 7**

Ricoveri ospedalieri in diminuzione del 4,9%

ti in regime per acuti il parto vaginale senza diagnosi complicanti, l'insufficienza cardiaca e shock e il parto cesareo senza Cc.

La degenza media è rimasta sostanzialmente stabile da diversi anni posizionandosi su 6,7 giorni. Effettuando una standardizzazione per case-mix si è potuto

osservare un minimo di 6,13 giorni in Umbria, e un massimo di 7,78 giorni in Valle d'Aosta. La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, è risultata lievemente in calo scendendo a 1,87 giorni (1,99 nel 2007, 1,97 nel 2008 e 1,88 nel 2009). I valori più elevati sono stati rilevati nel Lazio e Molise (rispettivamente 2,51 e 2,42 giorni) ed in Basilicata e Liguria (rispettivamente 2,38 e 2,30 giorni). I più bassi sono nelle Marche (1,23 giorni) e in Toscana (1,41).

Parti & co.

L'elevata incidenza di parti cesarei ha mostrato solo una lieve diminuzione, nonostante siano stati messi in atto dalle Regioni ripetuti e significativi interventi. La percentuale rispetto al totale dei parti è del 38,2% nel 2010, contro un 38,4% nel 2009 e 38,3% del 2008, con valori massimi registrati in Campania (61,6) e Sicilia (52,8). In particolare valori superiori al 40% di parti cesarei si sono registrati in tutte le regioni del Centro-Sud ad eccezione della Sardegna (dato 2009).

L'indicatore sulla percentuale di interventi di colecistectomia laparoscopica rispetto al totale degli interventi di colecistectomia è in costante aumento: 88,72% nel 2010, 87,26% nel 2009, 86,79% nel 2008 e 85,96% nel 2007. Il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia si è mantenuto intorno al valore osservato l'anno precedente: 70,45 nel 2010, 70,2 nel 2009, rispetto ai valori più elevati degli anni precedenti: 71,51 nel 2008 e 86,44 nel 2007 (per 100 mila abitanti).

ti). Un trend che dimostra un miglioramento nel merito dell'appropriatezza. Diminuiscono anche altri indicatori come la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti chirurgici (è passata dal 35,7% del 2008 al 34,7% del 2009 e al 33,5 del 2010), e quella di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con Drg medico (dal 56,1% del 2008 al 54,7% del 2009 al 51,5 del 2010). **Y**

L'ostetrica legale e forense: è nato un nuovo Albo

■ È importante poter offrire alla nostra categoria una specifica consulenza tecnica in ambito legale e forense. Per questo l'Aio ha istituito il primo Albo per periti e consulenti nella categoria "Ostetrica con specializzazione in medicina legale e funzioni peritali in ambito giudiziale"

di Antonella Marchi

L'ostetrica legale e forense è una professionista sanitaria che dopo aver conseguito la laurea in Ostetricia, ha frequentato un Master universitario in Ostetricia legale e forense e una specializzazione nell'ambito delle "Valutazioni cliniche-forensi". Ciò che ha portato l'Ostetrica a conseguire tali titoli è senz'ombra di dubbio l'aspirazione ad ampliare i concetti di "autonomia e responsabilità" acquisite in relazione al loro evolversi in un tempo sostanzialmente breve.

L'Ostetricia legale e forense è una disciplina che trae la sua chiave di lettura dalla bibliografia anglosassone: "l'ostetricia legale e forense consiste nell'applicazione della Midwifery alle procedure giudiziarie, si occupa inoltre di aspetti giuridici della pratica sanitaria congiunti alla preparazione bio-psicosociale dell'ostetrica e li affida all'indagine scientifica ed al trattamento dei traumi (o della morte) di vittime (o degli attori) di abusi, violenze, attività criminali ed incidenti".

È una disciplina in fase di sviluppo e, tra le specializzazioni accademiche, si pone come obiettivo lo studio degli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza ostetrica e ha come finalità quella di "formare" professionisti in grado di operare in maniera adeguata in contesti giudiziari, consulenziali e preventivi nell'ambito delle questioni inerenti ai maltrattamenti, alle violenze sessuali e all'accertamento delle responsabilità professionali degli operatori sanitari.

In particolare forma professionisti in grado di effettuare valutazioni cliniche-forensi in punto di condotte illecite e di fatti penalmente rilevanti commessi in violazione delle procedure ostetriche con imperizia, impru-

denza, negligenza e inosservanza di leggi e regolamenti. Tali accertamenti sono volti soprattutto a determinare il nesso di causalità all'interno dell'azione, necessario per mettere in relazione la condotta dell'indagato con l'evento.

I principali contesti di attività ed esercizio dell'ostetrica legale e forense sono quelli peritali e consulenziali, presenti sia in sede penale che civile.

I primi, vale a dire quelli peritali, consentono di svolgere attività consulenziale tecnica per il giudice, di Consulente Tecnico d'Ufficio (Ctu) in ordine a determinate problematiche (questi); i secondi, ossia i contesti consulenziali, permettono di effettuare valutazioni tecniche su incarico del Pubblico Ministero o delle altre parti del processo (Parte civile, Difesa, Attore, Convenuto) nel ruolo di Consulente Tecnico di Parte (Ctp).

La scelta dei periti e dei consulenti di parte si basa essenzialmente sul fatto che questi siano

esperti della materia in questione e che, oltre che affidabili e capaci professionalmente, abbiano specifiche competenze cliniche-forensi.

Un nuovo "Albo": come e perché

Al fine di dare il giusto valore a questi professionisti, l'Aio ha deciso di istituire un Albo, con lo scopo di creare un elenco di "esperti qualificati" dal punto di vista formativo (possesso dei titoli), dell'esperienza clinica essenziale e delle capacità specialistiche nel settore delle valutazioni cliniche-forensi, con conseguente capacità di stesura di elaborati peritali. Infatti, nel ca-



so di procedimento penale e/o civile, è bene che una professionista ostetrica sottoposta a giudizio debba essere valutata (sotto il profilo clinico forense) da un'Ostetrica Legale e Forense in qualità di consulente tecnico del Tribunale. All'Ostetrica Ctu, in caso di denuncia per malpractice, viene affidato il compito di accertare e dare pareri sul comportamento del professionista. Il giudizio tecnico del Ctu è quindi elemento fondamentale del procedimento giudiziario. Verificare l'esistenza di un comportamento colposo o doloso comporta la ricostruzione dei fatti per verificare l'iter della procedura assistenziale attuata e l'influenza dell'operato dei professionisti nel determinare il danno. In mancanza di un comportamento colposo, di un danno e di un nesso di causalità tra questi elementi, ad esempio, non si può parlare di responsabilità professionale per malpractice.

Per iscriversi all'Albo, che verrà inviato nei Tribunali e nelle Corti di Appello, sono necessari:

- Laurea in Ostetrica/o
- Master in Ostetricia Legale e Forense
- Valutazioni cliniche forensi
- 7 anni di esperienza clinica nei

vari settori della professione oltre ad aver frequentato corsi scientificamente accreditati

I nostri obiettivi

Lo scopo dell'Aio è di rappresentare i colleghi nelle sedi istituzionali, in modo che questa figura venga riconosciuta e valorizzata nella legislazione e nei contratti nazionali di lavoro; far riconoscere nei tribunali la figura dell'Ostetrica legale e forense, con un albo Periti/Ctu specifico; dare sostegno e indicazioni agli studenti e a tutti coloro che sono interessati all'ambito dell'Ostetricia legale e forense di quelli che sono i percorsi accreditati; offrire consulenza tecnica in ambito legale e forense ai colleghi; promuovere e specializzare la figura dell'Ostetrica legale e forense nell'ambito delle violenze sessuali, in collaborazione con lo specialista ginecologo, quale unica professionista garante della corretta gestione delle vittime e della raccolta, preparazione e conservazione delle prove; riunire i professionisti specializzati in questa nuova branca dell'Ostetricia Legale e Forense a livello nazionale e internazionale per lo scambio di progetti, esperienze e la crescita professionale; favorire l'accesso ad un vasto archivio di materiale.

Le novità molte volte generano atteggiamenti di difesa, ma il cambiamento è ormai nelle nostre mani e se sapremo guidarlo in modo efficace, anche realizzando iniziative importanti come questa, riusciremo a dimostrare tutto il nostro valore! **Y**

Corso di formazione per studentesse di ostetricia patrocinato da AIORCE e AIO

Utilizzo dei rimedi omeopatici nella preparazione al parto: il ruolo dell'ostetrica

di Claudia Cambiaghi
Studentessa di ostetricia

L'11 giugno scorso è stata organizzata, presso l'Università degli Studi di Pavia, una giornata di formazione sull'utilizzo dei rimedi omeopatici nella preparazione al parto rivolta alle studentesse del Corso di Laurea in Ostetricia. Le motivazioni che hanno animato questo evento, patrocinato da Aiorce e Aio e abilmente coordinato dalla docente e presidente dell'Aio Antonella Marchi e dalla Segretaria dell'Aior-

ce Elsa Del Bo, sono state essenzialmente di due ordini:

- l'impossibilità da parte dell'Università di fornire conoscenze in ambito di omeopatia per la tempestiva ristretta entro cui si connota la programmazione dei piani didattici;
- l'importanza di promuovere, fin dalla formazione, la cultura della condivisione in relazione all'incisività delle Società scientifiche per un percorso di crescita professionale.

La partecipazione di 78 studentesse provenienti dai Corsi di Laurea in Ostetricia delle Università degli Studi di Pavia, Piemonte Orientale, Torino, Parma e Milano ha dato vita ad una fresca rappresentazione di ciò che è il significato essenziale dei contenuti trasmessi attraverso la voce delle stesse studentesse.

"Avviandoci al corso, interrogandoci su ciò che ci sarebbe stato spiegato, ci siamo rese conto di avere

un'idea molto vaga di che cosa fosse l'omeopatia: ce la immaginavamo come una medicina un po' magica, più come una sorta di strana 'stregoneria, basata sull'effetto placebo', che come una scienza precisa. È vero che si sente parlare spesso di rimedi omeopatici come alternativa alla medicina tradizionale, ma è vero anche che, frequentemente, l'utilizzo di questi prodotti avviene senza troppa cognizione di causa. Così anche noi, che pure ne avevamo già sentito parlare e che avevamo già visto utilizzare farmaci omeopatici, ci apprestavamo al convegno da una parte con spirito curioso, speranzose di colmare i nostri dubbi e il vuoto di informazioni relativo a questa disciplina, e dall'altra anche un po' scettiche e sospettose. Le nostre aspettative non erano molto precise, ma la giornata ci ha regalato tutte le risposte che cercavamo: abbiamo imparato che l'omeopatia è una medicina che agisce sul 'terreno costituzionale' dell'individuo, stimolando le forze di auto-guarigione, proprie di cia-

scun organismo; abbiamo imparato che in ogni soggetto possiamo individuare tre livelli (fisico, emozionale, mentale) distinti ma interagenti tra loro, e che la causa principale delle malattie sta nell'alterazione dell'equilibrio, nelle perturbazioni dell'energia vitale, a qualsiasi livello; abbiamo scoperto che l'omeopatia è una scienza complessa, con diluizioni e dosaggi precisi, forme farmaceutiche differenti e diversi metodi di assunzione. Sono state sottolineate le profonde differenze con la medicina tradizionale, l'allopattia, che cura per soppressione dei sintomi, mentre l'omeopatia cura mandando fuori, agendo dall'interno all'esterno; ci sono stati insegnati i principi dell'omeopatia (di similitudine - il simile cura il simile, principio base di tutta questa scienza; di diluizione; di dinamizzazione; di sperimentazione su individuo sano); ci sono state segnalate le differenze con la naturopatia (comprendente fitoterapia, gemmoterapia e floriterapia); ci sono stati illustrati alcuni rimedi

► Segue a pagina 24





Responsabilità professionale

La responsabilità dell'ostetrica in sala parto

di Pier Francesco Tropea

Nonostante i numerosi contributi interpretativi comparsi in questi ultimi anni ad opera di giuristi, medici-legali e ginecologi non sembrano definitivamente chiariti i limiti di attività autonoma dell'ostetrica (con le connesse responsabilità professionali della stessa) e il momento nel quale è al ginecologo che spettano le decisioni diagnostico-terapeutiche del caso in esame. Inoltre, non è stato ancora compiutamente stabilito quali siano gli strumenti diagnostici di cui l'ostetrica può e deve farsi carico ai fini della sorveglianza del feto in corso di travaglio, con particolare riguardo al ricorso alla cardiocografia (e all'interpretazione del tracciato) e all'esecuzione di un esame ecografico di I° livello.

Riguardo a tale ultimo strumento diagnostico, la distinzione, ormai accettata in ambito internazionale, tra ecografia office o di base ed ecografia di screening e/o diagnostica ha aperto la strada all'affidamento all'ostetrica, oltre che al ginecologo non esperto di tale strumento, dell'ecografia di I° livello che, com'è noto, non necessita di refertazione scritta, rappresentando tale esame sol-

Il ruolo assunto dall'ostetrica nel controllo del benessere materno-fetale in corso di travaglio di parto assume oggi una rilevanza particolare in riferimento alla normativa vigente che conferisce all'Ostetrica stessa una piena autonomia nella conduzione della gravidanza e del parto fisiologici

tanto un supporto alla diagnostica clinica in ambito ostetrico. La dimostrazione dell'assenza di una definizione precisa dei compiti dell'ostetrica in sala travaglio rispetto a quelli tradizionalmente affidati al ginecologo di turno in sala da parto ci proviene dall'analisi di alcune pronunce giurisprudenziali nelle quali è dato osservare che, in caso di evento dannoso

occorso in occasione di un parto, viene tuttora chiamato in causa il ginecologo, anche nei casi in cui è ipotizzabile una responsabilità personale dell'ostetrica cui era affidato il compito di sorvegliare in autonomia il benessere fetale in corso di travaglio di parto. È ben vero che, non soltanto il ginecologo, ma anche l'ostetrica, possono essere chiamati in causa, in caso

di contenzioso giudiziario, in modo del tutto indipendente, come dimostra una pronuncia della Corte di Cassazione nella quale si afferma che "non è ravvisabile un contrasto tra il riconoscimento della colpa del ginecologo e quello della colpa dell'ostetrica, trattandosi di soggetti distinti con autonomia professionalità ai quali possono essere contestate condotte colpose diverse" (Cass. pen. Sez. IVa, maggio 1992).

Appare dunque di grande interesse la revisione della letteratura giurisprudenziale su questo argomento, estendendo tale analisi anche ad alcuni Paesi europei, come la Francia, che, sul tema della colpa medica, possiede forti analogie con l'Italia, sia sul piano legislativo sia su quello delle pronunce della Giurisprudenza in materia.

In qual misura dunque il Ginecologo risponde di un evento dannoso prodottosi in occasione del parto di una paziente (e presuntivamente collegato casualmente con la condotta sanitaria) quando la gestante era affidata soltanto all'ostetrica incaricata di controllare le modalità del travaglio?

Il caso

Una sentenza emessa da una Corte d'Appello francese, apparsa sulla pubblicistica internazionale, risponde a tale interrogativo, definendo compiti e comportamenti delle due figure sanitarie (Ostetrica e Ginecologo) che intervengono, ciascuno per la propria competenza, nello svolgimento dell'evento parto. Nel caso specifico, il ginecologo, chiamato nell'imminenza del parto, in periodo espulsivo, pur constatando l'esistenza di una severa bradicardia fetale, aveva potuto soltanto assistere all'espletamento del parto per via vaginale, con la nascita di un feto che si dimostrò successivamente affetto da gravi sequele neurologiche. In corso di procedimento giudiziario, fu dimostrato che l'ostetrica non aveva portato a conoscenza del ginecologo, non presente durante il travaglio di parto, due dati fondamentali costituiti dalla comparsa di una bradicardia fetale e dalla costatazione di un liquido amniotico tinto di meconio, elementi

che avrebbero portato, se comunicati per tempo, a diagnosticare l'esistenza di una sofferenza fetale, orientando verso l'espletamento rapido del parto mediante taglio cesareo. Nel puntualizzare la negligenza e l'imperizia dell'ostetrica cui, secondo l'attuale normativa, è affidato il compito di sorvegliare il benessere fetale in utero avvisando in tempo il medico di una modificazione del travaglio in senso patologico, i giudici hanno escluso la colpa del ginecologo, attribuendo alla sola ostetrica la responsabilità colposa dell'evento dannoso e precisamente delle lesioni cerebrali neonatali conseguenti ad una sofferenza fetale intrapartum non tempestivamente fronteggiata.

Il dato significativo sottolineato nella pronuncia in oggetto riguarda l'affermazione dell'assenza di un obbligo del ginecologo di essere presente in corso di travaglio di parto, in una fase cioè nella quale il controllo dell'andamento del travaglio e conseguentemente delle condizioni di salute del feto, è affidato in via esclusiva all'ostetrica. Inoltre, pur dovendo presenziare al parto della paziente, come da impegno assunto con quest'ultima, il medico non è tenuto ad informarsi telefonicamente dell'andamento del travaglio, il cui controllo rimane di competenza dell'ostetrica, obbligata ad avvisare il sanitario (e non viceversa) dell'insorgenza di eventuali complicanze. In relazione a tale assunto, la condotta del ginecologo è stata ritenuta nella fattispecie corretta e quindi esente da censure o colpe giudiziariamente perseguibili. Si conferma quindi la tendenza a riconoscere all'ostetrica piena autonomia nella conduzione del travaglio fino all'espletamento attivo del parto (ovviamente nei limiti della fisiologia), con le responsabilità personali connesse con tali mansioni. Da ciò deriva un orientamento giurisprudenziale, di cui sono riscontrabili precisi segnali in recenti pronunce giudiziarie, tendente ad affermare la colpa in via esclusiva dell'ostetrica per mancata sorveglianza strumentale del benessere fetale in utero e ciò indipendentemente da un coinvolgimento del ginecologo nel determinismo di un evento dannoso occorso in sala parto. **Y**

► Segue da pagina 23

Utilizzo dei rimedi omeopatici nella preparazione al parto: il ruolo dell'ostetrica

quali l'arnica, la calendula, l'actaea racemosa, la pulsatilla: ci è stato spiegato per quali persone è più adatto ciascun rimedio, quali sintomi va a curare, per quali quadri clinici è adeguato e per quali no.

Il convegno ci ha fornito informazioni generali, basilari sull'omeopatia, ma per ogni parola detta andrebbe aperta una parentesi, perché i rimedi omeopatici non sono semplici prodotti naturali da pren-

dere 'a casaccio' ma sono prodotti precisamente selezionati, dosati e combinati, capaci di curare se assunti correttamente e nella giusta quantità, ma inutili se presi in modo scorretto. Abbiamo compreso che bisogna apprendere la farmacopressia, la metodologia e approfondire i principi di questa scienza, prima di pensare di poterla usare abilmente".

La partecipazione a questo convegno ci ha aperto una porta importante, sia dal punto di vista della conoscenza, sia sul piano pratico, come spunto per andare avanti e continuare questo percorso di formazione. **Si ringraziano i membri del Direttivo AIORCE: Antonella Toninato, Patrizia, Chiesa Baslino e Ilaria Orzi per aver contribuito alla realizzazione dell'evento formativo.**

AGITE Sicilia

La contracccezione e i servizi territoriali: linee guida e prospettive future

■ L'obiettivo del corso è il confronto e il colloquio tra tutte le figure professionali che lavorano in consultorio, al fine di rendere più omogenea la formazione, contribuendo a creare un "unico linguaggio"

La direzione regionale di Agite Sicilia, coordinata dal segretario regionale Francesca Cappello, in sinergia con Aogoi Sicilia e in collaborazione con i segretari provinciali, ha in programma un corso di aggiornamento rivolto a tutti gli operatori consultoriali dal titolo "La contracccezione e i servizi territoriali: linee guida e prospettive future", che si terrà a Caltanissetta il 9 settembre 2011. Agite Sicilia già nel 2010 ha organizzato un corso di aggiornamento per operatori consultoriali sul tema del trattamento della menopausa in consultorio, un evento che ha riscosso notevole successo tanto che ne sono state svolte due edizioni: una a Palermo, per l'area geografica della Sicilia occidentale, e una a Messina per la Sicilia orientale. Quest'anno abbiamo voluto continuare la fortunata esperienza scegliendo come argomento la contracccezione, che sicuramente costituisce una delle tematiche di lavoro più importanti per chi lavora in consultorio; Caltanissetta è stata scelta come sede in quanto favorita dalla sua posizione centrale e quindi equidistante o facilmente raggiungibile da tutte le altre province. Il corso vanta come docenti alcuni tra i maggiori esperti di contracccezione in Italia, cattedratici che da anni svolgono studi su questo argomento e che quindi porteranno il loro vasto ambito di esperienza unitamente alle ultime novità sul tema.

L'obiettivo del corso è il confronto e il colloquio tra tutte le figure professionali che lavorano in consultorio al fine di rendere più omogenea la formazione, e contribuire a creare un unico linguaggio

L'obiettivo del corso è il confronto e il colloquio tra tutte le figure professionali che lavorano in consultorio al fine di rendere più omogenea la formazione, e contribuire a creare un unico linguaggio. Sappiamo infatti che il "counselling" è un momento fondamentale per le donne che devono iniziare la contracccezione: la disponibilità degli operatori consultoriali, le informazioni fornite con semplicità e competenza, e soprattutto in modo univoco, aumentano sensibilmente la percentuale di adesione e di fidelizzazione al trattamento.

Inoltre alcune Asp siciliane riforniscono i Consultori di contraccettivi ormonali e Iud, che vengono dispensati gratuitamente alle utenti delle fasce socialmente deboli, e si vuole condividere questa esperienza con i colleghi mettendone in rilievo gli aspetti positivi ed analizzandone le criticità per ottenere risultati di qualità sempre più elevata. Ci aspettiamo una notevole affluenza di partecipanti da tutte le province siciliane e di tutte le figure professionali che lavorano in consultorio, affinché il dibattito, lo scambio di idee, opinioni ed esperienze sia proficuo.



Dopo questa iniziativa rivolta agli operatori del territorio, stiamo progettando di organizzare nel 2012 un corso di aggiornamento sulla contracccezione ri-

volto ai medici di medicina generale di ciascuna provincia, facendo così confluire i comuni obiettivi che Agite e Smic hanno in tema di contracccezione. ■

Consultorio immigrati

Nuove cittadine: uno spazio che promuove salute

Il progetto muove dall'esigenza di offrire un percorso assistenziale alle donne immigrate che garantisca, oltre all'ambulatorio ostetrico-ginecologico, l'accoglienza e la presa in carico globale della persona. Da molti anni il servizio si rivolge prevalentemente alla popolazione femminile "non regolare", e quindi più fragile e isolata, e le richieste riguardano non solo aspetti sanitari ma anche la sfera psico-sociale e familiare

■ Questo progetto, in corso di realizzazione a Pisa nella U.F. Consultoriale Zona Pisana grazie a finanziamenti regionali, ha lo scopo di garantire alle donne straniere gli stessi standard di cura e promozione della salute di cui godono le donne italiane. L'obiettivo è quello di fornire una risposta alla solitudine e all'isolamento delle donne, creando uno spazio di ascolto per i bisogni inespressi di integrazione, corsi di accompagnamento alla nascita che sostengano la genitorialità futura superando le barriere linguistiche e incontri informativi per facilitare l'accesso alle strutture amministrative e ai servizi. L'equipe consultoriale che verrà impiegata nel progetto è composta da una ginecologa, due ostetriche, un'assistente sociale, una psicologa e una mediatrice culturale. Questo progetto dedicato alle



donne e le coppie straniere è articolato in 3 percorsi, in due spazi pomeridiani.

Il percorso A prevede servizio di ambulatorio ostetrico-ginecologico e di accoglienza nella sala d'attesa attiva: uno spazio di accoglienza, consulenza e informazione che precede la visita. L'obiettivo è di offrire informazioni semplici, chiare e precise su servizi, risorse e op-

portunità presenti nel territorio in ambito di salute, casa, lavoro, istruzione, oltre a creare uno spazio di ascolto e consulenza privata individuale sia sociale che psicologica. **Il percorso B**, dedicato alle donne e alle coppie in attesa, è finalizzato all'accompagnamento durante la gravidanza e al sostegno della genitorialità. Gli incontri di gruppo con ostetrica, mediatore cultu-

rale e operatore interculturale prevedono una prima fase di alfabetizzazione e un successivo momento di informazione, condivisione di esperienze e di preparazione all'evento nascita, con la possibilità di inserire un breve lavoro corporeo che aumenti la consapevolezza di sé e delle proprie potenzialità. Al termine dell'incontro di gruppo le donne e le coppie potranno accedere ad uno spazio di consulenza individuale con l'ostetrica. **Il percorso C** prevede attività formativo-informative in piccolo gruppo omogeneo (specifiche comunità) per sensibilizzare le donne su temi di prevenzione, promozione della salute, stili di vita corretti ed integrazione.

Agite intende promuovere e sostenere su tutto il territorio iniziative come questo progetto, mirato all'accoglienza, l'ascolto e l'empowerment della donna e della coppia straniera con problematiche e richieste in ambito ostetrico-ginecologico - in quanto strumenti importanti per favorire l'inclusione e la cittadinanza degli immigrati nella multiculturalità.

■ **INF@**
Responsabile del progetto: Società della Salute della Zona Pisana - Pisa
www.sds.zonapisana.it/sdspisa/home
Referente tecnico del progetto: Dott.ssa Giuseppina Laura Trimarchi
g.trimarchi@usl5.toscana.it

CONTRACCZIONE

Un metodo tecnologico nato pensando alla donna

INNOCUO

senza effetti collaterali

REVERSIBILE

utilizzabile in qualsiasi momento come aiuto per la procreazione

ACCETTABILE

di facile impiego e non interferisce con la spontaneità dei rapporti

CONVENIENTE

senza acquisti di stick per il suo utilizzo

DINAMICO

anche per donne con cicli irregolari e/o che fanno i turni di notte

CON UTILITA' DIAGNOSTICA

per il Controllo della Fertilità: complemento per il ginecologo ad analisi e monitoraggi clinici

Di cosa si tratta?

Tecnologia tedesca d'avanguardia, anni di ricerca nella pianificazione familiare naturale hanno reso possibile la realizzazione di strumenti per la determinazione dei giorni fertili e infertili del ciclo mestruale.

Gli apparecchi a disposizione sono tre: BabyComp, LadyComp e Pearly.

Perché tre apparecchi?

Le esigenze delle donne sono diverse.

Pearly è per la sola contraccezione

LadyComp per la contraccezione e il controllo dell'ovulazione

BabyComp per contraccezione, pianificazione mirata, monitoraggio completo del ciclo e dell'ovulazione.

Come funzionano?

Facilità e comodità di utilizzo sono le caratteristiche dei nostri apparecchi.

Per sapere se è fertile o no, la donna deve misurare - in modo sublinguale - con l'apposito termistore, la sua temperatura basale e, quando presente, confermare la mestruazione.

Il software fa il resto: memorizza e analizza i dati riconoscendo quelli non attendibili (ad es. per febbre elevata) e, in tempo reale, le indica se quel giorno può essere fertile oppure no. L'indicazione di fertilità è valida per 24 ore.

Fiducia in un metodo, che soddisfa le aspettative

La sicurezza di metodo di BabyComp, LadyComp e Pearly risulta essere del 99,3% quando il metodo è usato secondo le istruzioni e come unico metodo contraccettivo.

Gli apparecchi non offrono alcuna protezione dalle infezioni trasmesse per via sessuale o dall'HIV.

www.babycomp-medical.it



Sono dispositivi medici CE 0124. Aut. Min. del 24/06/2009
Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.



► Segue da pagina 5

Manovra economica 2011: tutte le misure per sanità e pubblico impiego

La stretta sulla sanità

rientro, per le quali è stata tra l'altro prevista una deroga per assegnare incarichi per dirigenti di struttura complessa per garantire il mantenimento dei Lea (vedi art. 17, comma 4, lettera f).

A parte questo dubbio, la manovra prevede che le norme riguardanti il pubblico impiego con riferimento al personale dipendente del Ssn dipendente si ap-

plichino anche al personale convenzionato.

Obiettivo delle misure sul personale pubblico, per tutto il settore della pubblica amministrazione, è quello di un'ulteriore riduzione della spesa di 30 milioni per il 2013, di 740 per il 2014, di 340 per il 2015 e di 370 a decorrere dal 2016.

Le misure previste che, il decreto specifica, saranno disposte

con successivi regolamenti concernono:

- la proroga a tutto il 2014 del blocco del turn over (e qui per la sanità valgono i dubbi interpretativi di cui abbiamo parlato);
- la proroga del blocco dei trattamenti economici anche accessori sempre fino al 2014;
- la fissazione delle modalità di calcolo relative all'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale per gli anni 2015/2017;
- la semplificazione delle procedure di mobilità.

La manovra prevede anche la proroga per il 2013 e 2014 delle disposizioni contenute nella finanziaria 2010 (legge 191 del 2009) che prevedevano che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superassero nel triennio 2010/2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%. La diminuzione, ora confermata anche per il 2013/2014, si applica anche al personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con

contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o convenzionato. Sono anche escluse le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa nel campo della ricerca.

La manovra conferma anche la norma, sempre contenuta nella finanziaria 2010, che prevede la messa a punto da parte delle Regioni di un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale e al ridimensionamento dei fondi per la contrattazione integrativa.

Liberalizzazione dei servizi: le professioni sanitarie non saranno toccate (art. 29, comma 2)

Viene istituita presso il mini-

sterio di Giustizia un'Alta commissione per formulare proposte in materia di liberalizzazione dei servizi. Ne faranno parte esperti della Commissione UE, dell'Ocse e del Fondo monetario internazionale oltre che esperti nominati dal ministro della Giustizia, dell'Economia, dello Sviluppo economico e del Lavoro e Politiche Sociali. I lavori della commissione dovranno concludersi entro 180 giorni dall'entrata in vigore del decreto. Da sottolineare che in una nota del ministero dell'Economia in riferimento a questa Alta commissione si parla anche di liberalizzazione delle professioni.

Ma la novità sta anche in un emendamento che ha previsto che tutte le professioni per il cui accesso è necessario l'esame di Stato (e quindi tutte quelle sanitarie) saranno escluse dai provvedimenti di liberalizzazione dei servizi e delle attività economiche che invece saranno oggetto di specifiche proposte alle categorie interessate da parte del Governo. **Y**



Lavanda Vaginale

Eutrofico Igienizzante Intimo



Eutrofico - Multifunzionale il primo probiotico - antiossidante a difesa dell'ecosistema vaginale

Meditazioni

di Giuseppe Cragnaniello



Medico in famiglia

Quando poi, come nel mio caso, di medici in famiglia ce ne sono due, entrambi costretti alla turnazione, le cose si complicano...

In televisione è passata l'ennesima serie di "Un medico in famiglia", storia sdolcinata con immancabili finali "a tarallucci e vino". Più che altro si parla di aspetti sentimentali e domestici, ben poco della professione, che fa capolino sempre in maniera piuttosto sfumata, e di quanto essa incida sulla vita, non solo quella di ogni giorno ma tutta nel suo complesso, per una serie di scelte che, spesso a malincuore, sei costretto a fare.

Quando poi, come nel mio caso, di medici in famiglia ce ne sono due, entrambi costretti alla turnazione, le cose si complicano. E di molto. Vi sono giorni e giorni che ci si incrocia a stento all'ora del cambio. Chi va, mangia appena pronto, di solito insieme ai figli. Chi torna, lo fa da solo, accontentandosi della minestra riscaldata.

A pensarci, è meglio, perché così i tanti problemi del lavoro restano

più facilmente fuori della porta di casa, come dovrebbe essere sempre. Ma non lo è mai del tutto. Perché le inevitabili tensioni, che sul lavoro non mancano mai - dalle scorrettezze dei colleghi alle perenni carenze di una sanità sempre più povera e confusa - te le porti appresso, finché, prima o poi, non affiorano, facendoti sbottare per una qualunque banalità. E a farne le spese è il rapporto coniugale o, molto peggio, quello con gli incolpevoli figli.

Non ci sono santi, né feste. Natale

e Pasqua si passano da soli, tra le quattro mura dell'ospedale, a combattere con i problemi che proprio allora si acuiscono e l'unica consolazione di qualche soldo in più, sempre e comunque troppo poco in rapporto al sacrificio che ti si chiede e alla grande responsabilità che grava sulle tue spalle. Restano soltanto i quindici giorni di ferie estive - come da contratto, ma il più delle volte da contrattare - per ripensare di essere una famiglia e serbarne il ricordo fino alla volta successiva.

I figli, almeno i miei, si sono saputi adattare. Anzi, sono stati così bravi da riuscire a prendere il meglio. Un po', com'era inevitabile, se ne sono approfittati. Ciò per le ovvie carenze del controllo parentale, ma anche per quel senso di colpa che ti porta a dargliene vinta qualcuna di troppo. Per quanto possibile, da piccoli abbiamo cercato di seguirli, come aiutandoli a fare i compiti, pur reclinando il

capo più di una volta davanti a loro, dopo micidiali notti insonni. Ma gli anni passano, anzi volano. E alla fine ti resta il rimpianto dei momenti che non hai vissuto, delle occasioni irripetibili che ti sei perso, come la recita scolastica o la consegna delle pagelle. Ora è troppo tardi per tutto. I figli, ormai grandi, hanno la loro vita, com'è giusto che sia. A Dio piacendo, forse ci sarà il tempo per i nipoti, se verranno. Nessuno dei due ha voluto fare medicina. È pur vero che non è il momento migliore, mentre fra qualche anno

sicuramente ci saranno maggiori possibilità. Però la loro scelta può anche essere significativa del fatto che una vita come la nostra non avrebbero voluto farla.



Utile per migliorare la qualità dello sperma

PROXEED® NF

INTEGRATORE ALIMENTARE

a base di L-carnitina,
Acetil-L-carnitina,
Fruttosio, Acido citrico,
Coenzima Q₁₀,
Vitamine ed
Antiossidanti



in caso di infertilità maschile

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



La fine del mondo

Prepariamoci, la fine del mondo è vicina! Secondo il calendario dei Maya ci restano solo pochi mesi prima dell'apocalisse: tutto finirà il 21 dicembre 2012

Per quel giorno non prendete impegni, non affannatevi per i regali dell'imminente Natale. Tutto inutile. Quel giorno sarà l'ultimo. Poi il mondo perirà inesorabilmente e in grande stile: eruzioni vulcaniche, tsunami, tempeste magnetiche, uragani devastanti, radiazioni dallo spazio, persino la comparsa di un fantomatico pianeta, così si scatterà l'apocalisse. Questo almeno è quanto prevedono centinaia di siti internet, qualche decina di libri, una serie di trasmissioni televisive che su questa profezia strabiliante hanno fatto valanghe di denaro e avvinto gli appassionati del mistero. Ma cosa c'è alla base della convinzione che nel 2012 il mondo finirà? Ecco i principali eventi prospettati: il 20 dicembre 2012 si concluderà il ciclo del "Lungo Computo" del calendario Maya; il giorno successivo a tale data, ci sarà il solstizio d'inverno e il Sole si troverà in una rara posizione: allineato con il centro della Via Lattea, un evento che non si ripete addirittura da 26mila anni! Nel 2012, inoltre, l'attività solare avrà un picco e si aspettano tempeste solari in grado di paralizzare la nostra vita; il polo nord e il polo sud

potrebbero invertirsi. Il finimondo, insomma! Sicuramente, poi, in qualche sua illuminata quartina anche il celebre Nostradamus avrà predetto un evento di tale ancorché infausta portata per il genere umano. Di fronte ad una simile ed ormai imminente prospettiva le reazioni possibili sono certamente due: o fragorosi scongiuri (con tutto il corteo di immaginabili opzioni tattili e

representative) o lo sconforto più totale: arrendiamoci all'inevitabile destino e prendiamo atto che se tutto ha avuto un inizio dovrà ineluttabilmente avere una fine! È come per la nascita (e noi in merito siamo esperti) e per la morte: è il nostro destino, amen. A dire il vero forse una terza possibilità potrebbe essere considerata: se la fine del mondo è prossima, gaudeamus igitur (reminiscenze goliardiche...),

insomma spassiamocela visto che del diman non v'è certezza (liceo...), anzi non v'è proprio futuro! In questa prospettiva ci sarebbe spazio per vivere più sereni la nostra professione, rifiutandoci di sottostare alle quotidiane angherie che ci vengono da un'organizzazione sanitaria in cui ai medici, cioè agli esperti, viene scientemente negato il debito ruolo di governance: tutti sanno come si fa, tutti ci regolano vita e professione, tutti capiscono tranne i medici! Ebbene, in attesa della fine del mondo, potremmo provare ad infischiarcene e fare con soddisfazione crescente il nostro bel mestiere, alla faccia di chi... ci vuol male! Ad ogni modo, se il giorno del Giudizio s'appressa ed è il momento in cui Dio scenderà in terra e distruggerà ogni cosa per colpa dei peccati dell'umanità, il mondo deve prepararsi e convincersi che il giorno fatale s'avvicina. E mimando la grande Tina Pica dovremmo gravemente ripeterci: "Fratello, ricordati che devi morire!", l'ammonimento dei frati Trappisti. Ohibò, è dura ma se i Maya hanno fatto bene i loro conti è il caso di dire che non c'è scampo! Dunque

nel tempo che ci rimane ciascuno provi a fare un sincero esame di coscienza e valuti il bene e il male compiuto nella propria vita. E si penta, affinché la sua anima sia mondata. E inevitabilmente, da medico e da ginecologo, penso anche a quanto male abbiamo ricevuto nella nostra professione, a quanti con accanimento hanno tentato di colpire i miei fratelli e le mie sorelle di questa specialità sanitaria e dico loro: pentitevi, il Dies Irae è prossimo, tutti saremo giudicati dall'Ente Supremo (mica dall'Asl!). Ma anche noi, colleghe e colleghi, dovremmo forse riflettere su come ci siamo gestiti in questi ultimi decenni, sugli errori compiuti, sulla necessità di rimediare alle nostre manchevolezze! Pentiamoci, fratelli e sorelle della medicina e in particolare della ginecologia italiana! Per quando abbiamo accettato il ricatto della politica, quando abbiamo taciuto davanti alle oscenità della gestione clientelare della Sanità, quando abbiamo barattato le promozioni con la connivenza, quando non abbiamo rivendicato la dignità della nostra figura professionale, sopportando senza reagire di essere persino 'parificati' ad altre figure sanitarie... Che dire? Ippocrate, se tornasse in vita in Italia oggi, sono certo che - disgustato - caccerebbe i mercanti dal Tempio; e imprecherebbe contro la deriva della figura e dell'immagine dei medici in una società che forse pretende troppo da professionisti che pur dovendo confrontarsi con tecnologie perfettissime, restano comunque insostituibili ma... inevitabilmente "umani" e quindi anche a rischio d'errore! Riflettete gente, riflettete... PS: Qualora i Maya si fossero sbagliati, non c'è bisogno di aspettare il 21 dicembre del prossimo anno... pentirsi e cercare di riequilibrare i rapporti tra noi e... il resto del mondo!



► Segue da pagina 11

Dalle società scientifiche una guida per conoscerla meglio

Comitato nazionale di Bioetica (Cnb), appellarsi alla cosiddetta "clausola di coscienza", così come può farlo, secondo il Cnb, anche il farmacista che deve dispen-

sare la pillola. A una condizione, però: l'obiezione di coscienza non deve nuocere al cittadino. "Il medico e/o farmacista hanno il dovere - spiegano le due Società scientifiche - di fornire le informazioni necessarie affinché la donna possa ottenere la prescrizione o il farmaco nei tempi utili, in modo da garantire la massima efficacia contraccettiva". Elemento fondamentale di tutto il processo, comunque, è il

dialogo medico-paziente. La Sic e la Smic denunciano invece che "la contraccezione d'emergenza, per le sue stesse caratteristiche, viene per lo più prescritta in situazioni in cui non vi è tempo per effettuare un counselling adeguato e completo". Ma lanciano un appello affinché il medico, "al di là di fornire le dovute informazioni pratiche relative all'uso del farmaco prescritto, colga l'occasione della richiesta

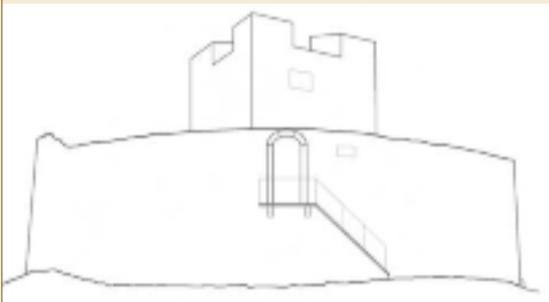
della contraccezione d'emergenza per indirizzare la donna/la coppia, verso momenti successivi di riflessione finalizzata a farle comprendere chiaramente l'importanza di utilizzare un metodo contraccettivo stabile, efficace e sicuro; motivarla alla scelta del metodo contraccettivo più idoneo al suo caso specifico". "Inoltre - conclude il documento -, sarebbe auspicabile che il medico", nel colloquio che effettua

con le proprie pazienti in occasione della loro scelta contraccettiva, sottolinei alla paziente che "la contraccezione d'emergenza non deve mai sostituire le metodiche contraccettive primarie, evitando che tale mezzo anticoncezionale perda il suo ruolo di rimedio d'emergenza per assumere quello improprio di metodo ripetitivo e abituale di contraccezione". ■ Il testo del documento è disponibile sul sito www.aogoi.it

Congressi convegni  Tutti i congressi su www.aogoi.it

SAVE THE DATE Evoluzione dei controlli in gravidanza
Ospedale di San Polo, Monfalcone (Go) - 22 ottobre 2011

**Congresso Regionale AOGOI
del Friuli Venezia Giulia**



**Evoluzione
dei controlli
in gravidanza**

**22 ottobre 2011
Ospedale di San Polo
Monfalcone (Go)**



PROGRAMMA

Iª Sessione

Moderatori: *Antonio Chiantera - Tiziano Maggino*

Le linee guida del Ministero della salute sulla "Gravidanza fisiologica" (*Lorenza Driul*)

La gestione della gravidanza fisiologica secondo l'accordo sul percorso nascita (*Simona Melazzini*)

Integrazione delle figure professionali nella gestione della gravidanza e parto fisiologici:
Il punto di vista del medico (*Giuseppe Ettore*)

Il punto di vista dell'ostetrica (*Antonella Marchi*)

IIª Sessione

Tavola rotonda: Proposte per la "cartella unica di gestione integrata della gravidanza"

Conduce: *Carmine Gigli*

Partecipano: *Valter Adamo, Giovanni Del Frate, Giuseppe Ettore, Anna Ferrante, Diego Marchesoni, Antonella Marchi, Carlo Zompicchiatti*

IIIª Sessione

Moderatori: *Attilio D'Atri - Silvio Giove*

La supplementazione con folati in gravidanza (*Vesna Cescutti*)

La qualità dei prodotti detergenti per la gravida (*Roberta Giornelli*)

Presentazione dell'Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.) (*Antonella Marchi*)

COMITATO SCIENTIFICO

V. Adamo - Pordenone
D. Bassini - Tolmezzo (UD)
E. Campagnutta - Aviano (PN)
A. D'Atri - Monfalcone (GO)
G. Del Frate - S. Daniele del Friuli (UD)
S. Giove - San Vito al Tagliamento (PN)
C. Zompicchiatti - Palmanova (UD)

DIRETTORE SCIENTIFICO:

Dott. Carmine Gigli carminegigli@tin.it
Segretario regionale AOGOI
Via dei Piccardi, 70 - 34170 Trieste

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

THE OFFICE aogoi@theoffice.it
Via S. Nicolò, 14 - 34121 Trieste
Tel. 040 368343, Fax 040 368808

La scheda di iscrizione può essere scaricata dal sito www.theoffice.it/aogoi2011

Con il patrocinio del Collegio dei Primari di Ostetricia e Ginecologia del Triveneto

Si ringraziano le ditte:
Rottapharm, Ferring e Gedeon Richter

► Segue da pagina 15

Ecco il secondo documento dell'Iss

III B In caso di anomalie sospette del tracciato cardiocografico, in assenza di controindicazioni e ove tecnicamente realizzabile, è raccomandato valutare l'utilizzo di altre tecniche diagnostiche integrative (test di Clark, prelievo di sangue dallo scalpo fetale) prima di procedere con un taglio cesareo d'urgenza.

IB In presenza di decelerazioni variabili ripetitive è raccomandato valutare l'utilizzo dell'amnioinfusione per ridurre l'ipossia e il ricorso al taglio cesareo d'urgenza.

ANALGESIA PERI-MIDOLLARE DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

ID Le donne devono essere informate che, durante l'assistenza intrapartum, non è stata dimostrata una correlazione tra l'analgesia peri-midollare durante il travaglio e la probabilità del taglio cesareo. Tuttavia tale procedura potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

IMMERSIONE IN ACQUA DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

ID Le donne devono essere informate che, durante l'assistenza intrapartum, non è stata dimostrata una correlazione tra l'immersione in acqua durante il travaglio e la probabilità del taglio cesareo. Tuttavia tale procedura potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

POSIZIONE E MOBILITÀ DELLA DONNA DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

ID Le donne devono essere informate che, durante l'assistenza intrapartum, non è stata dimostrata una correlazione tra la posizione e la mobilità della donna e la probabilità del taglio cesareo. Tuttavia la posizione e la mobilità della donna potrebbero avere un'influenza su altri esiti

che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

AMNIOTOMIA PRECOCE

ID L'amniotomia precoce non è raccomandata per ridurre l'incidenza di tagli cesarei da distocia. Tuttavia tale procedura potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

TERAPIE COMPLEMENTARI DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

ID Non sono disponibili prove di efficacia conclusive per raccomandare alcuna delle terapie complementari prese in esame al fine di ridurre il tasso di taglio cesareo. Tuttavia tali procedure potrebbero avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

Quesito 16 - Informare le gestanti che hanno effettuato un pregresso taglio cesareo circa la possibilità di accedere a un travaglio nei diversi luoghi del parto (ospedale, casa di cura accreditata e non, casa del parto, domicilio) può essere utile per favorire scelte consapevoli?

Quesito 17 - Quali sono i potenziali benefici e danni per la salute materna e fetale associati al travaglio (insorto spontaneamente o indotto) dopo pregresso taglio cesareo?

Quesito 18 - Esistono criteri accurati di predizione dei rischi materno-fetali associati al travaglio dopo pregresso taglio cesareo?

Quesito 19 - Quali sono le informazioni da fornire alle donne in stato di gravidanza che vogliono avere un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo?

Quesito 20 - Quali sono le informazioni da fornire alle donne in stato di gravidanza che vogliono avere un parto vaginale dopo aver avuto sia un taglio cesareo sia un parto vaginale?

Quesito 21 - Quali sono i requisiti assistenziali e clinico-

organizzativi in grado di garantire la sicurezza del travaglio dopo pregresso taglio cesareo?

I Sulla base delle prove scientifiche disponibili, sottoporre la donna a tagli cesarei ripetuti aumenta la morbosità e la mortalità materne e perinatali.

IA L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche e in presenza di un'organizzazione assistenziale adeguata, deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo.

BPC In relazione all'aumentato rischio assoluto di rottura d'utero, la possibilità di un parto vaginale dopo taglio cesareo è controindicata in caso di pregressa rottura d'utero, regressa incisione uterina longitudinale e in caso di tre o più tagli cesarei precedenti.

BPC Alle donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio. La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni, nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.

BPC È necessario che i professionisti sanitari forniscano alla donna con pregresso taglio cesareo informazioni rispetto alla probabilità di partorire per via vaginale in base alla sua storia clinica e in base alla casistica della struttura ospedaliera.

BPC In aggiunta alle informazioni cliniche sulle modalità di parto, è necessario fornire alle donne con pregresso taglio cesareo indicazioni relative alle caratteristiche e all'organizzazione della struttura e informazioni specifiche sulle modalità assistenziali in uso (induzione del travaglio, utilizzo di ossitocina, uso di parto-analgesia, uso del parto operativo vaginale profilattico), in quanto tali aspetti possono condizionare gli esiti relativi alla salute materna e feto-neo natale.

Il testo del documento è disponibile su www.aogoi.it



La serenità nasce dalla sicurezza.

SCOPRI LA TECNOLOGIA SPECIFICA LINES PER PERDITE DI URINA.



- **Esclusivo** controlla odori **NATURACTIVE**
- Microcanali ad **assorbenza rapida**
- Struttura **ultra flessibile** e **ultra sottile**
- **Filtrante morbido** al contatto con la pelle

Per ricevere una **campionatura gratuita** e maggiori informazioni
Lines Perla vi invita
al Congresso SIGO 2011 dal 25 al 28 settembre a Palermo
stand n° 32





GEDEON RICHTER



Più di 100 anni
di esperienza
in Ricerca e
Sviluppo

Un'azienda
leader nel
settore della
Salute della
Donna



Terapie
all'avanguardia in
più di 100
paesi nel mondo



Terapie di qualità da diverse generazioni