G Y N E C O

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

AOGOI

RAPPORTO OSSERVASALUTE 2009

La salute degli italiani

Presentato il Settimo "Osservasalute", la ricerca curata dalla Cattolica di Roma che ci consente di conoscere da vicino le principali caratteristiche dei sistemi sanitari regionali e la loro evoluzione nel tempo. Regione per Regione.

■ **Malattie rare**
Celebrata la giornata mondiale. Le iniziative, i disegni di legge e il parere degli esperti

■ **Otto marzo / 1**
La festa delle donne sotto i l segno della salute e dell'integrazione. Il convegno di Milano

■ **Otto marzo / 2**
Donne medico.
I tempi di vita e i tempi di lavoro. Viaggio in una professione sempre più "rosa"

■ **Senato**
Inchiesta di Gyneco su quali disegni di legge sanitari riusciranno effettivamente a vedere la luce entro la legislatura

3
2010

MENSILE ANNO XXI N. 3 - 2010 - POSTE ITALIANE SPA - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE D.L. 353/03 (CONV. L. 46/04) ART. 1, COMMA 1, ROMA/AUT. N. 48/2008 CONTIENE I.P.

Sensilube

RITROVA LA TUA FEMMINILITÀ

E' un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso. Autorizzazione del 5 agosto 2009

RISPOSTA INNOVATIVA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA SECCHEZZA VAGINALE

Una formula che previene ed aiuta ad eliminare i disagi causati dalla secchezza vaginale perché:

- favorisce il ripristino del trofismo della mucosa vaginale
- agisce come umettante e lubrificante delle mucose vaginali
- crea un ambiente favorevole per ristabilire la naturale secrezione vaginale
- aiuta a ristabilire l'integrità della mucosa vaginale.

Testato da:

AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

durex®

Editoriale

Le nuove Regioni per una nuova Sanità

di Giovanni Monni

Mentre scrivo queste righe siamo alla vigilia del voto regionale di fine marzo. Al di là di come andrà a finire e di quanto muteranno o meno gli attuali assetti politici di governo nelle 13 Regioni chiamate al rinnovo delle rispettive Giunte, un dato è certo: la sanità sarà presente tra i primi punti di iniziativa dei nuovi governi regionali.
Una certezza motivata prima di tutto dall'esigenza di recuperare efficienza, sostenibilità e soprattutto fiducia da parte dei cittadini, ma anche di noi operatori.
Che, dal canto nostro, non abbiamo mancato di far pervenire sul tavolo dei candidati governatori di tutti gli schieramenti le nostre proposte e i nostri "valori" sui quali pensiamo si debbano agganciare le future iniziative di riassetto e rilancio dei diversi servizi sanitari regionali.
Lo abbiamo fatto in modo inusuale, inviando una lettera aperta da sottoscrivere quale impegno verso gli elettori il 9 marzo scorso a Roma, in occasione dell'ultima manifestazione della vertenza salute della dirigenza medica e sanitaria del Ssn cui ha aderito anche l'Aogoi.
Sono 9 punti/obiettivo che vanno dalla difesa della sanità pubblica al miglioramento delle condizioni di lavoro nelle strutture sanitarie, ma che toccano anche nervi scoperti del settore come quello delle nomine dei primari e dei direttori generali.
Ve li propongo tutti, qui di seguito, per condividere con voi le nostre idee e le nostre battaglie, con l'augurio che, indipendentemente dal colore politico che prevarrà al governo regionale, possano diventare effettivamente fonte di ispirazione per una nuova politica della sanità italiana. Perché ce n'è veramente bisogno!

Elezioni regionali 28-29 marzo 2010
IMPEGNO PER LA SANITÀ PUBBLICA
Su richiesta delle organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Ssn promotrici della Vertenza Salute
SE ELETTA/O PRESIDENTE DELLA REGIONE MI IMPEGNO A:
• difendere e migliorare la sanità pubblica, senza tagli indiscriminati di servizi e di personale, attraverso un processo di

▶ Segue a pagina 30

Indice numero 3-2010

Primo piano

4 **Le eccellenze e le miserie della "devolution" sanitaria**
La fotografia, Regione per Regione, scattata dall'ultimo Rapporto Osservasalute 2009

7 **L'Analgesia epidurale in Italia, un diritto ancora poco garantito**

7 **Una task force contro la dislessia**

8 **Malattie rare: un universo dimenticato**
di Antonino Michienzi
Interviste a Bruno Dallapiccola e Domenica Taruscio
Le iniziative per la Giornata internazionale delle malattie rare

10 V CONFERENZA AMBIENTE E SALUTE
Stop ai rischi ambientali entro il 2020
di Ester Maragò

12 8 MARZO/DONNEINRETE.NET
L'integrazione parte dalla salute
di Stefano Simoni

14 **Cosa bolle in Senato**
Prima parte dell'inchiesta di GynecoAogoi sul futuro delle leggi per la sanità. Interviste ai senatori Bianchi (Udc), Bosone (Pd), Mascitelli (Idv), Rizzi (Lega) e Tomassini (Pdl)

16 **Obama ce l'ha fatta: la riforma sanitaria è legge**
di Stefano Simoni

Professione

18 **Il dolore pelvico: da sintomo ad entità nosologica**
di Sandro Viglino

19 **Il ruolo dei periti nell'accertamento della colpa medica**
di Pier Francesco Tropea

20 **Donne medico: i tempi di vita e i tempi di lavoro**
di Vania Cirese

22 AGITE
Tre obiettivi su cui orientare la nostra azione futura
di Maurizio Orlandella

23 **La questione della colpa grave**
di Carmine Gigli

24 **La polizza convenzione per la colpa grave messa a punto dalla Fesmed**

Aggiornamenti

25 **Prolasso del pavimento pelvico: epidemiologia, eziopatogenesi, classificazione e diagnostica**
di Davide De Vita

Rubriche

28 Meditazioni di G. Gragnaniello / **29 Fatti & Disfatti** di C. M. Stigliano / **31 Congressi** / **31 Borsa di studio "Ugo Tropea"**

GYNECO AOGOI

NUMERO 3 - 2010
ANNO XXI

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

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

Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
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: marzo 2010
Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale
AOGOI
Testata associata
A.N.E.S.
Editore
Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Rapporto Osservasalute 2009

Le eccellenze e le miserie della "devolution" sanitaria

Presentato a Roma il Settimo "Osservasalute", la ricerca curata dalla Cattolica di Roma che ci consente di conoscere da vicino le principali caratteristiche dei sistemi sanitari regionali e la loro evoluzione nel tempo. Regione per Regione.

Piemonte

La Regione con il maggiore numero di posti letto per lunghe degenze. Ma dove vivono meno non fumatori. È la Regione che ha sviluppato di più i presidi residenziali per la *long-term care*. Presenta nel 2005 un tasso complessivo di questi presidi pari a 23,04 per 100 mila abitanti contro una media nazionale di 11,17 e il maggior tasso in Italia di posti letto, pari a 1082,21 per 100 mila abitanti contro una media nazionale di 511,49. Il Piemonte è invece fanalino di coda per i non fumatori: è la Regione con la minore percentuale, il 50,3% della popolazione, di non fumatori.

Valle d'Aosta

La Regione dei bambini, con la minore mortalità infantile e neonatale. Ma ha il più alto tasso di Ivg tra le minorenni. Risulta la prima per quanto riguarda la salute dei bambini. Nel 2006 si registrano i tassi minori d'Italia sia per la mortalità neonatale (0,8 casi per mille nati vivi), contro un valore medio italiano di 2,5, sia per la mortalità infantile, pari a 0,8 casi per mille nati vivi contro una media italiana di 3,4 casi. Male però sul fronte dell'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg): infatti è alto il tasso di aborto per le giovanissime (15-19 anni), pari a 10,26 per mille; in particolare alla Valle D'Aosta spetta il primato negativo per il tasso di Ivg per le minorenni (15-17 anni) pari a 6,6 per 1000, a fronte di una media nazionale di 4,1 per 1000.

Lombardia

La Regione con le offerte più sviluppate per gli screening preventivi dei tumori. Ma la Regione presenta il maggiore tasso di incidenza di Aids insieme alla Liguria. È la prima per quanto riguarda le offerte in ambito di prevenzione secondaria oncologica: ha un'elevatissima adesione ai programmi di screening mammografico. Nella fascia di età 50-69 anni l'estensione effettiva del programma è pari al 99,2% contro il 62,3% medio nazionale nel 2007. Bene la Lombardia anche per la prevenzione del cancro del colon-retto: nel 2007 ha screenato ben 535.956 persone, il maggior numero di individui rispetto alle altre Regioni d'Italia. Ma per quanto riguarda le malattie infettive la Regione presenta il maggior tasso di incidenza di Aids in Italia (pari merito con la Liguria) pari a 3,4 per 100.000 per l'anno 2008.

P.A. Bolzano

I cittadini più soddisfatti del Servizio sanitario nazionale. È anche il territorio con la fecondità maggiore, ma a maggior rischio alcol. La Provincia Autonoma presenta il maggior grado di apprezzamento e soddisfazione da parte dei cittadini per il Servizio sanitario del proprio territorio: solo il 6,4% della popolazione ha espresso un giudizio insufficiente (da 1 a 4), il 18,2% un punteggio appena sufficiente (da 5 a 6), ben il 68,5% ha dato un punteggio alto (da 7 a 10); i corrispettivi valori medi nazionali sono 17,2%, 43,4%, 34,0%. Bocciata però per quanto riguarda il consumo di alcol: la P.A. di Bolzano nel 2007 presenta una quota di non consumatori pari al 20,2%. Il dato italiano per i non consumatori è nel 2007 il 29,1%. I consumatori sono il 76,3%, la quota più alta in Italia, contro un valore medio nazionale di 68,2%.

P.A. Trento

La più generosa per la donazione di organi. Ma nella Provincia Autonoma c'è il maggior numero di anziani che vivono da soli. Gli abitanti della Provincia Autonoma, insieme a quelli di Bolzano, sono i più generosi: è nulla la percentuale di opposizioni alla donazione d'organi, contro una percentuale di opposizioni media italiana di 32,6%. Un primato negativo si riscontra nella per la quota di anziani che vivono soli: la percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola nella P.A. di Trento è pari al 17,4% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 13,6%), al 44,4% delle femmine (valore medio italiano 36,9%), per un totale del 33,4% delle persone in questa fascia d'età, contro una media nazionale di 27,1%.

Veneto

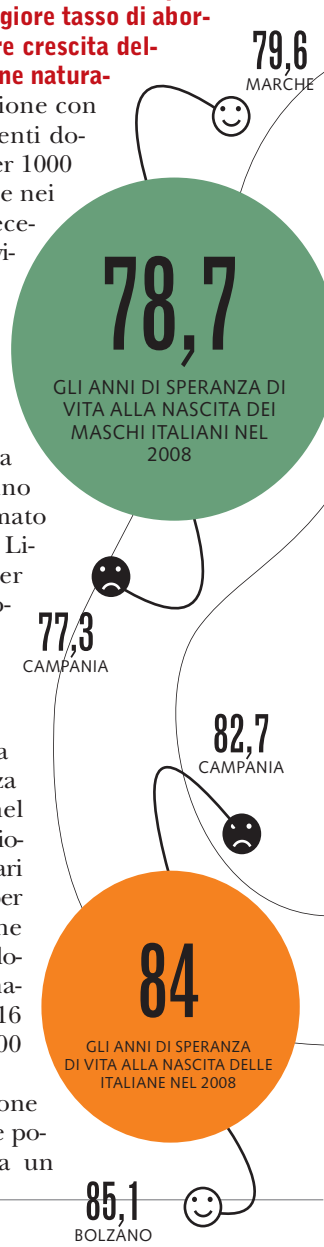
La Regione più sportiva. Ma ha il triste primato della maggiore frequenza di incidenti stradali. Risulta essere la Regione più sportiva con il 26,4% della popolazione dai 3 anni in su che pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 20,6%; il 36,6% fa qualche attività fisica contro il 29,6% degli italiani, mentre il 24,8% non ne pratica affatto (39,5% media italiana). Il Veneto però ha un triste primato: il più alto tasso di incidenti stradali, nel 2007 pari a 6,21 per 1000, contro un tasso medio italiano di 2,9.

Friuli Venezia Giulia

Prima per attività di trapianto e con il tasso minore di tagli cesarei. Ma è la Regione con la più alta la mortalità per i tumori tra le donne. È prima per attività di trapianto: con 78,3 trapianti per milione di popolazione (Pmp) eseguiti nel 2008 (62,6% eseguiti su pazienti regionali, 37,4% su pazienti extra regionali), è la Regione con i più elevati livelli di donatori utilizzati, 31,8 Pmp, contro il 18,3 Pmp italiano.
È la Regione con la più alta mortalità per tumori femminili, ma anche con buone offerte in ambito di prevenzione secondaria oncologica: nella fascia di età 50-69 anni è superiore rispetto alla media nazionale l'estensione effettiva del programma (proporzione di donne effettivamente invitate rispetto a quelle previste dalla popolazione obiettivo annuale) pari al 94,2% contro il 62,3% medio nazionale nel 2007.

Liguria

La Regione con il minore tasso di incidenti domestici. Ma presenta il maggiore tasso di aborti e la minore crescita della popolazione naturale. È la Regione con meno incidenti domestici: 8 per 1000 (persone che nei tre mesi precedenti l'intervista hanno subito incidenti in ambiente domestico), contro una media italiana di 11,9 (anno 2007). Primato negativo in Liguria per l'aborto volontario: il tasso standardizzato di interruzione volontaria di gravidanza è stato nel 2006 il maggiore d'Italia, pari a 11,87 casi per 1.000 donne contro un valore medio nazionale di 9,16 casi per 1.000 donne.
La popolazione ligure cresce poco: presenta un



saldo medio annuo nel biennio 2007-2008 pari a +2,2 persone per 1.000 residenti per anno, contro una media italiana di 7,7%. Il saldo naturale è il più basso d'Italia, infatti la Liguria, con la sua popolazione molto invecchiata e con i suoi comportamenti riproduttivi assai contenuti, presenta nel periodo 2007-2008 un saldo naturale medio particolarmente negativo e pari a -5,6‰; mentre il saldo migratorio è pari a +7,8‰.

Emilia Romagna

La Regione che cresce di più. Ma si registra un'impennata nel consumo di antidepressivi. È la Regione la cui popolazione cresce di più, infatti, anche se solo grazie alla componente migratoria della popolazione, risulta il territorio con il saldo medio annuo nel biennio 2007-2008 più elevato in Italia, pari a +13,4 persone per 1.000 residenti per anno contro una media italiana di +7,7‰. Buone sono le offerte in ambito di prevenzione secondaria oncologica e la riduzione del consumo di alcol. L'Emilia Romagna è però la Regione dove si registra il peggior aumento nel consumo di antidepressivi: è più che quadruplicato dal 2000 al 2008, passando da 7,48 dosi definite giornaliere (DDD) per 1000 abitanti a 39,23 per 1000 (+424,5%). A livello nazionale si è passati da 8,18 a 33,55 (+310,1%).

Toscana

Si conferma la Regione con il tasso di dimissioni ospedaliere più basso d'Italia e con il maggior consumo di farmaci non griffati. Ma i toscani hanno il consumo maggiore di antidepressivi. Prima anche quest'anno sul fronte dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera, infatti la Regione presenta nel 2007 il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere più basso d'Italia, pari a 153,8 per mille contro una media italiana di 193. Si conferma al primo posto sul fronte del consumo di farmaci generici: la Toscana anche nel 2008 presenta il maggior consumo di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte, pari al 48,4% del totale dei consumi, contro una media italiana del 43,2%. Ma nel 2008 fa registrare un consumo di antidepressivi aumentato di oltre quattro volte dal 2000 al 2008: si va da 10,01 dosi definite giornaliere (DDD) per 1000 abitanti nel 2002 a 52,37 per 1000 nel 2008 (maggiore consumo in Italia) che corrisponde a un aumento del 423,2%. A livello nazionale invece i consumi sono più che triplicati, si è passati da 8,18 a 33,55 (+310,1%).

Umbria

La Regione con la migliore copertura vaccinale antinfluenzale per gli over-65enni. Bassa la natalità. Prima in Italia l'Umbria per la copertura vaccinale antinfluenzale per la stagione 2008-2009 per gli over-65enni: si è vaccinato il 74,7% delle persone in questa fascia d'età, per la quale l'obiettivo minimo è raggiungere un tasso di copertura del 75%, contro una media nazionale di 66,2%. Inoltre l'Umbria nel 2006 presenta un tasso di mortalità neonatale molto basso, 1,4 casi per mille nati vivi), contro un valore medio italiano di 2,5; un tasso di la mortalità infantile di 3 casi per mille nati vivi contro una media italiana di 3,4 casi.

Marche

La Regione dove gli uomini muoiono meno in assoluto. Ma ha perso il primato della longevità per le donne. Non sono solo la Regione che da anni detiene il primato della longevità, ma anche il territorio dove la vita degli uomini è più al riparo da tutte le cause di morte: infatti la mortalità complessiva oltre il primo anno di vita per gli uomini è pari a 104,75 per 10 mila abitanti contro una media italiana di 113,91. Mentre è pari a 61,77 per 10 mila tra le donne, contro una media italiana di 70,37. Si noti che per le donne, le Marche, che vantavano il primato della sopravvivenza negli ultimi anni (circa 84,9 anni), vengono superate da quelle della P.A. di Bolzano (85,1 anni) mantenendosi solo di poco superiori al valore registrato nella P.A. di Trento (84,8 anni).

GIUNTO ALLA SETTIMA EDIZIONE, il Rapporto Osservasalute fornisce annualmente i risultati del check-up della devolution in sanità, corredando dati e indicatori con un'analisi critica sullo stato di salute degli italiani e sulla qualità dell'assistenza sanitaria a livello regionale. L'obiettivo è evidenziare le aree di eccellenza della sanità pubblica che possano essere esempio di realtà organizzative e strumento di valutazione comparativa.
Il Rapporto è suddiviso in due parti principali - la prima dedicata alla salute e ai bisogni della popolazione, la seconda ai sistemi sanitari regionali nonché alla qualità dei servizi.
Il volume è frutto del lavoro di 176 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano, che collaborano con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma) e che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Ministero della Salute, Agenzia Italiana del Farmaco, Istat.

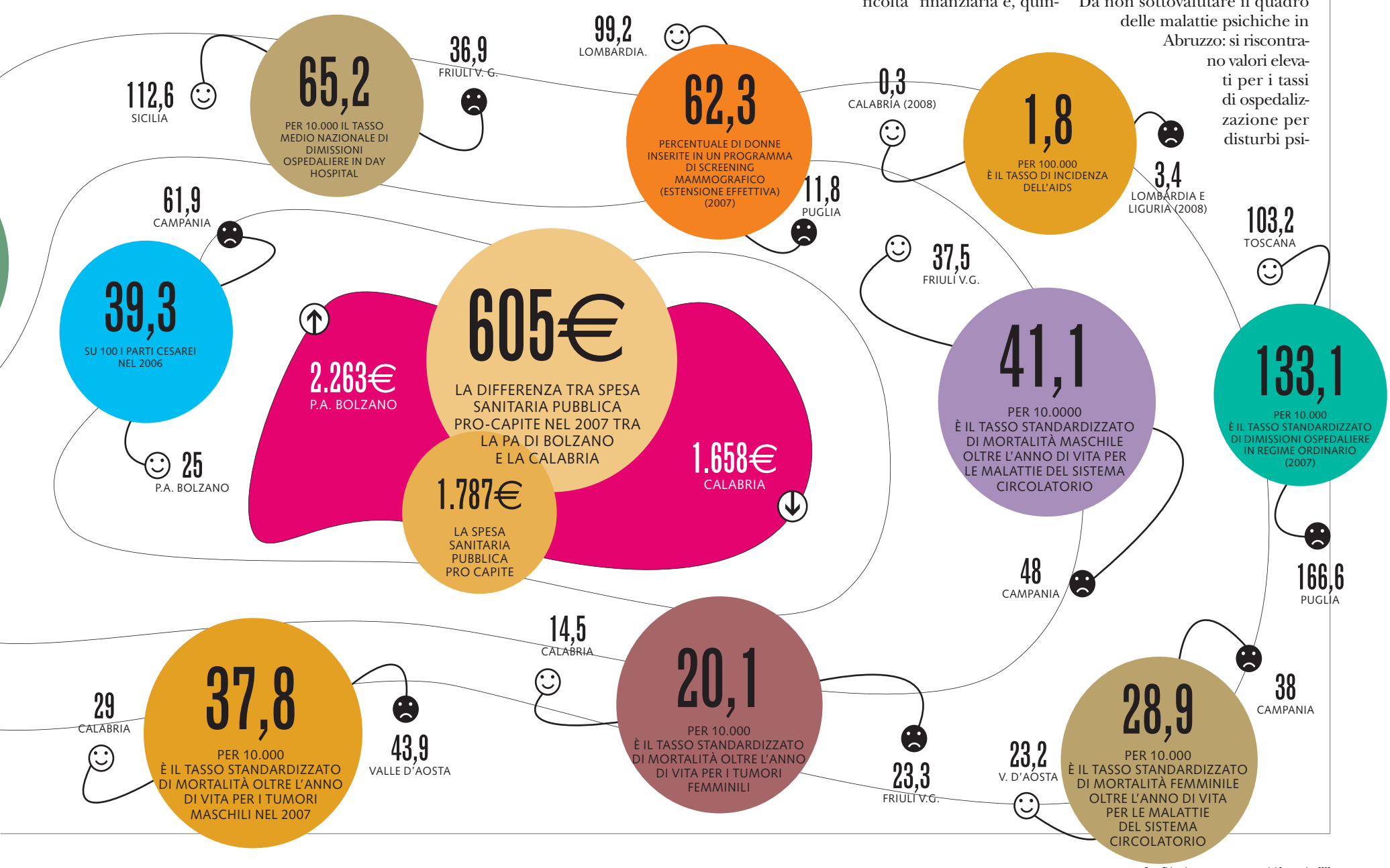
Lazio

Ha la quota maggiore di medici di famiglia. È la Regione con il peggiore disavanzo sanitario pro capite. I cittadini del Lazio sono quelli che possono contare su un maggior numero di medici di famiglia, con un tasso di Medici di Medicina Generale (Mmg) più elevato d'Italia, 1,06 per 1.000 residenti nella Regione, contro un valore medio nazionale di 0,91 per 1000. La spesa sanitaria pro capite nel Lazio è superiore alla spesa media italiana e pari a 2007 euro, a fronte di una spesa media italiana di 1787 euro nel 2008. Sebbene sia tra le regioni in "difficoltà" finanziaria e, quindi, soggette a piano di rientro, il Lazio ha aumentato (+40,06% dal 2002) la spesa pro capite. Il Lazio è la Regione col peggior disavanzo sanitario d'Italia: il debito pro capite del 2008 ammonta a 297 euro. Il Lazio è inoltre la Regione che ha accumulato il maggior disavanzo sanitario pro capite dal 2001, 2036 euro.

Abruzzo

La Regione che ha ridotto di più i tassi di ospedalizzazione. Ma ha il maggiore tasso di dimissioni per disturbi psichici tra i maschi. Si presenta come la Regione che in due anni ha ridotto di più il tasso standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere (ovvero in regime ordinario e in day hospital): la Regione è passata da un tasso di 263,2 per mille nel 2005 a 217,4‰ nel 2007, anno in cui il valore medio italiano è di 193. Da non sottovalutare il quadro delle malattie psichiche in Abruzzo: si riscontrano valori elevati per i tassi di ospedalizzazione per disturbi psi-

La galassia sanità



Fonte: Elaborazione *Gyneco Aogoi* su dati Osservasalute 2009

chici (includendo in questa definizione un'ampia gamma di disturbi tra cui le psicosi, le nevrosi, i disturbi della personalità ed altre patologie, anche correlate all'abuso di sostanze): 87,82 maschi per 10.000 nel 2006, il valore maggiore in Italia (vs 50,64 medio in Italia), 75,27 femmine per 10.000 nel 2006 (vs 48,73 medio in Italia).

Molise

Ottima la copertura vaccinale pediatrica e over 65. Ma la Regione ha la maggiore percentuale di adulti obesi. Vanta un ottimo livello di copertura vaccinale per i bambini di età inferiore ai 24 mesi (anno 2008): nella Regione, infatti, si registra una copertura del 98,2% per Poliomielite, del 98,2% per anti-Difterite e Tetano (DT) o DT e Pertosse (DTP), del 98,2% per Epatite B, del 91,8% per una dose di vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR) e del 98,2% per Haemophilus influenzae di tipo b (Hib), contro i valori medi italiani rispettivamente di 96,3%, 96,7%, 96,1%, 89,5%, 95,7%.
Ma i molisani sono i più obesi d'Italia: infatti, la percentuale di individui in sovrappeso è pari a 37,8%, due punti sopra la media nazionale (35,6%). È obeso il 13,2%, contro il valore medio italiano di 9,9%. Grassi anche i bambini (di 8-9 anni): il 16,1% gli obesi, contro una media italiana dell'11,5% (anno 2008). I bambini in sovrappeso in questa fascia d'età sono invece il 26% contro un valore medio italiano del 23,1%.

Campania

La Regione dove si consumano meno antidepressivi. Continua ad aumentare il ricorso ai cesarei. È la Regione che nel 2008 fa registrare il minor consumo di antidepressivi e anche il minor incremento dei consumi di questi farmaci dal 2002 al 2008: si va da 8,23 dosi definite giornaliere (DDD) per 1000 abitanti nel 2002 a 26,32 per 1000 nel 2008 con un raddoppio quindi dei consumi (+219,8%). A livello nazionale invece i consumi sono più che triplicati, si è passati da 8,18 a 33,55 (+310,1%). La Campania resta maglia nerissima per l'eccesso di parti cesarei: registra una proporzione dei parti con taglio cesareo (TC), pari a 61,86% (totale TC sul totale dei parti - anno 2006), contro la già alta media nazionale di 39,30%.

Fecondità in crescita, seppure lieve

Il confronto tra il tasso di fecondità totale (Tft) stimato per il 2007 e quello degli anni precedenti mostra come, per l'Italia nel suo complesso, continui la ripresa (seppur lieve) dei livelli del Tft imputabile sia all'aumento della fecondità delle donne in età avanzata che all'apporto delle madri straniere, per le quali l'Istat ha stimato un tasso di fecondità totale sistematicamente superiore a quello delle residenti con cittadinanza italiana.
Ciò nondimeno il tasso di fecondità totale si attesta su valori particolarmente bassi ed inferiori al livello di sostituzione (ossia quello, circa 2,1 figli per donna, che garantirebbe il ricambio generazionale). Secondo le stime più recenti, il tasso di fecondità totale si attesta, infatti, su un livello prossimo a 1,4 figli per donna in età feconda.
Il numero medio di figli per donna nel 2007 ha mostrato una lieve ripresa ed è passato da 1,35 dell'anno precedente a 1,373.
Da un punto di vista territoriale, i valori del Tft più elevati si registrano nelle province autonome del Trentino Alto Adige, mentre valori particolarmente contenuti sono stati osservati in tre regioni del Mezzogiorno (Sardegna, Molise e Basilicata).
Il tasso di fecondità totale calcolato con riferimento alla popolazione straniera è sistematicamente più elevato di quello riferibile alle donne di cittadinanza italiana: se si considera l'Italia nel suo complesso il primo è, infatti, pari a 2,4. figli per donna, mentre il secondo è pari a meno di 1,3 figli per donna.
Infine in forte crescita, specie nel Centro-Nord, è la quota di nati vivi da madri straniere: quasi 15 nascite ogni 100 avvenute in Italia sono ascrivibili a madri straniere.
Si noti pure che, in base ai dati sulla procreazione medicalmente assistita (Pma) forniti nel Rapporto, in Italia ogni 1.000 nati vivi 16,2 nascono da gravidanze ottenute con la fecondazione artificiale. Si noti anche, però, che, a fronte di una domanda crescente di Pma in Italia, il nostro Paese presenta un'accessibilità alle tecniche ancora molto bassa rispetto a quella di altri Paesi, dove con accessibilità, si intende l'interazione tra domanda offerta.

Puglia

Meno morti per infarto tra gli uomini. La Regione in cui è minore l'adesione ai programmi di screening mammografico. È la Regione dove si registra la minore mortalità per infarto del miocardio tra gli uomini, pari a 5,85 per 10.000, contro un tasso medio in Italia di 7,32. In Puglia si registra un basso valore per la mortalità per i tumori per entrambi i sessi: per i maschi (2007) è pari a 34,2 per 10 mila (contro la mortalità media italiana di 37,84), e per le femmine è pari a 17,18 per 10 mila (mortalità media italiana di 20,12). Poco sviluppate sono le offerte in ambito di prevenzione secondaria oncologica: per esempio la Regione ha un'adesione ai programmi di screening mammografico basso. Nella fascia di età 50-69 anni l'estensione effettiva del programma (proporzione di donne effettivamente invitate rispetto a quelle previste dalla popolazione obiettivo annuale) è pari all'11,8% (il valore minore in Italia) contro il 62,3% medio nazionale nel 2007.

Basilicata

La Regione con meno anziani che vivono soli. Ma la sua popolazione continua a diminuire. Sono pochi gli anziani che in Basilicata vivono soli: la percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola è pari al 13,5% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 13,6%), al 30,2% delle femmine (valore medio italiano 36,9%), per un totale del 22,9% delle persone in questa fascia d'età (la percentuale minore d'Italia), contro una media italiana di 27,1%. Inoltre, la popolazione della Basilicata non cresce, infatti è l'unica Regione che presenta un saldo totale negativo (saldo medio annuo nel biennio 2007-2008) pari a -0,7 persone per 1.000 residenti per anno, contro una media italiana di 7,7%, confermando quanto si era rilevato nel biennio precedente. Il saldo naturale è pari a -1,3‰, mentre il saldo migratorio è pari a +0,6‰.

Calabria

La Regione con la minore mortalità per tumori e dove si fuma meno. Ma si registra la maggiore mortalità infantile e neonatale e il maggiore consumo di farmaci al dì. È la Regione in cui si registra la minore mortalità per i tumori per entrambi i sessi: per i maschi (2007) è pari a 28,96 per 10 mila abitanti (contro la mortalità media italiana di 37,84), e per le femmine è pari a 14,47 per 10 mila (mortalità media italiana di 20,12). Si conferma inoltre la Regione d'Italia in cui si fuma meno: la percentuale di fumatori è pari al 17% della popolazione regionale over-14 contro una media nazionale del 22,1%. La Calabria è maglia nera per mortalità infantile e neonatale: nel 2006 presenta un tasso di mortalità neonatale di 3,7 casi per mille nati vivi, contro un valore medio italiano di 2,5; un tasso di la mortalità infantile di 5,5 casi per mille nati vivi contro una media italiana di 3,4 casi. Primato negativo anche sul fronte della spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del Ssn in Calabria: è pari a 277 euro nel 2008 (vs la media nazionale di 213,4 euro), presentando il maggior incremento di spesa (+16,5%) dal 2001.

Sicilia

La Regione con le neomamme più giovani. Ma presenta il tasso di ospedalizzazione più alto d'Italia. È la Regione dove l'età media al parto è più ridotta, 30,3 anni contro una media nazionale di 31,1 anni. Inoltre in molte province siciliane (esclusa Messina), si riscontrano i tassi di fecondità più elevati, per quanto il tasso di fecondità totale (ovvero il numero medio di figli per donna) non sia altissimo: è pari a 1,396 figli per donna contro un valore medio italiano di 1,373. Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario nel 2007 è pari a 140,1 per 1.000, contro una media italiana di 133,1 e il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di day hospital è pari a 101,6 per 1.000 (il più alto in Italia), mentre la media italiana è di 59,9. Nel 2007 in Sicilia si registra un primato nazionale per la degenza media standardizzata che è pari a soli 6,2 giorni (media italiana 6,7). Quanto alla Degenza Media Preoperatoria standardizzata in Sicilia è pari a 2,18 giorni, contro una media italiana di 1,99 nel 2007.

Sardegna

La Regione dal cuore più sano. Ma è la meno feconda. È la Regione dal cuore più sano, infatti presenta la più bassa mortalità tra le donne per malattie del sistema circolatorio (25,86 per 10.000 contro una media italiana di 28,86 – anno 2007); ed è bassa anche la mortalità tra gli uomini per queste malattie (37,73 per 10.000 contro una media italiana di 41,11).

RISULTATI GESTIONALI E DI SALUTE A CONFRONTO

Fonte: *Il Sole 24 Ore Sanità*, 23-24 marzo 2010, su dati Osservasalute 2009

Regioni	Spesa sanitaria pro capite 2008 (in euro)	Disavanzo pro capite 2008 (in euro)	Ore Adi per caso 2007	Ricoveri per 1.000 ab. 2007	Ricoveri per 1.000 ab. per prestazioni a rischio inappropriatezza	Spesa farm. lorda pro capite Ssn 2008 (in euro)	% Consumo farmaci generici 2008	Diff. % 2007-2008 spesa per farmaci Ssn	Speranza di vita		Mortalità per 10.000 ab.		% parti cesarei 2006	% alcol consumatori	% obesi >18 anni	% fumatori	% di cittadini che hanno dato al Ssn un voto da 10 a 7
									M	F	M	F					
Piemonte	1.843	-1	21	168,40	9,90	197,20	43,90	1,10	78,40	83,60	117,24	70,85	32,51	72,30	8,90	22,30	43,5
Valle D'Aosta	2.079	123	152	185,90	9,50	176,80	42,90	-3,10	-	-	124,55	67,67	33,58	72,70	9,80	19,70	59,5
Lombardia	1.738	-2	17	179,80	17,00	195,20	45,20	-1,20	78,70	84,10	114,79	68,37	28,46	70,10	9,00	21,80	42,0
P.A. Bolzano	2.263	-31	n.d.	206,70	25,10	149,10	44,90	-1,60	79,00	85,00	110,55	63,60	25,01	72,20	8,50	20,40	68,50
P.A. Trento	1.948	4	20	179,30	12,00	164,10	-	-2,50	-	-	-	-	25,59	-	-	-	58,9
Veneto	1.754	-3	10	161,10	11,70	185,40	45,00	-1,60	78,90	84,70	110,42	65,01	29,03	74,90	9,40	18,90	39,8
Fiurli V.G.	1.912	-6	7	149,20	10,00	185,50	43,60	-3,10	78,30	83,90	108,62	66,17	23,93	71,20	9,30	21,00	43,0
Liguria	1.976	68	25	205,70	23,00	200,60	43,20	-1,20	78,40	83,70	114,90	69,06	32,22	69,70	9,70	23,20	34,4
E. Romagna	1.868	-2	22	168,90	11,10	177,40	44,90	-2,90	79,00	84,10	110,53	68,67	29,56	71,50	10,50	21,70	47,2
Toscana	1.816	-11	24	153,80	10,70	175,20	48,40	-1,30	79,30	84,30	110,44	67,20	26,17	70,70	9,70	22,60	39,0
Umbria	1.772	-19	33	175,80	16,20	183,00	44,70	-2,60	79,00	84,20	110,17	66,48	32,31	70,30	10,70	22,60	37,2
Marche	1.707	-12	27	173,20	10,40	195,20	42,30	-1,90	79,60	84,90	104,75	61,77	35,37	73,40	10,90	22,50	36,0
Lazio	2.007	297	19	204,30	24,00	250,90	42,90	-3,30	78,80	83,90	114,09	71,92	44,42	68,00	8,10	24,40	25,0
Abruzzo	1.775	97	27	217,40	21,90	220,20	40,70	2,30	78,70	84,70	109,11	66,15	46,88	63,60	11,40	20,90	31,7
Molise	2.033	228	15	228,20	31,20	217,50	39,60	2,50	-	-	112,39	68,65	49,77	65,90	13,20	20,50	30,7
Campania	1.670	86	60	233,80	34,90	239,80	38,70	1,70	77,30	82,70	124,77	81,84	61,86	63,80	11,20	26,20	22,9
Puglia	1.724	102	50	220,30	29,00	248,20	41,50	4,00	79,10	84,10	112,07	72,66	50,00	66,20	11,70	20,80	23,9
Basilicata	1.712	44	40	195,90	22,60	210,20	39,80	0,70	79,00	84,20	110,49	69,85	40,39	65,70	12,60	23,20	26,1
Calabria	1.658	57	15	218,00	31,20	277,00	38,70	2,50	78,80	84,00	109,03	70,53	46,83	64,00	10,10	17,00	15,3
Sicilia	1.661	66	32	241,70	32,50	265,00	43,50	-2,70	78,20	83,20	120,04	80,00	53,14	58,50	10,90	22,50	21,4
Sardegna	1.694	23	72	197,00	22,60	223,60	42,10	-1,00	78,50	84,40	111,83	68,00	38,31	63,00	9,80	21,20	26,4
Totale	1.787	54	22	193,00	20,30	213,40	43,20	-0,70	78,70	84,00	113,91	70,37	39,30	68,20	9,90	22,10	34,0

Analgesia epidurale in Italia

Un diritto ancora poco garantito

Il diritto all'epidurale, che allevia il dolore nelle diverse fasi del parto, è stato inserito nei Lea fin dal 2008. Eppure l'accesso a questa tecnica da parte delle partorienti, secondo alcune stime, è garantito solo dal 16% degli ospedali italiani. L'offerta di questo servizio varia da regione a regione: Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna sono le più virtuose

La moderna analgesia epidurale, che consente un parto senza dolore, mantenendo allo stesso tempo la sensibilità e la capacità di muoversi della donna durante il travaglio, secondo alcune stime, è offerta solo dal 16% delle strutture ospedaliere pubbliche e convenzionate italiane. Eppure nelle strutture che offrono questo servizio, in modo gratuito e continuativo, in media il 90% delle partorienti ne fa richiesta. Un parto senza dolore è un diritto, sancito nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), ma di fatto la sua attuazione varia da regione a regione. Tra le più virtuose ci sono la Lombardia, il Veneto e l'Emilia Romagna. La Lombardia, per esempio, stanzia 5 milioni di euro all'anno distribuiti a tutti i punti nascita mediante integrazione del Drg del parto vaginale al fine di promuovere l'analgesia in travaglio, aumentandone di fatto le richieste dall'8% del 2005 al 16% del 2007. Il Veneto, con un meccanismo distributivo analogo, solo nello scorso anno, ha stanziato fondi per 1 milione di euro. L'Emilia Romagna ha invece emesso delle linee guida per avere un punto nascita che offra l'analgesia epidurale in ogni Provincia. È questo il quadro attuale nel nostro Paese, emerso in occasione del convegno "Il dolore al femminile – Partorire senza dolore" tenutosi a fine febbraio presso la Sala Capitolare del Senato della Repubblica a Roma.

Un diritto sancito nei Lea

A fare il punto sul fronte legislativo è stato il professor Guido Fanelli, coordinatore della Commissione ministeriale sulla terapia del dolore e cure palliative: "Esiste un Decreto del Consiglio dei Ministri che, inserendolo nei Lea, sancisce il diritto delle donne al parto in analgesia epidurale. Tale decreto – aggiunge Fanelli – da un lato va nella direzione di riallineare l'Italia agli altri Paesi europei nella gestione del dolore delle donne partorienti; dall'altro lato si propone di riportare il nostro Paese all'interno del corretto standard di ricorso al parto con taglio cesareo." Eppure l'Italia è all'avanguardia per quanto riguarda l'applicazione degli ultimi sviluppi tecnici in ambito di analgesia epidurale. "In Europa il nostro è il primo Paese a introdurre la nuova tecnica PIEB associata alla PCEA (vedi box) – spiega il professor Giorgio Capogna, presidente Comitato scientifico per l'Anestesia Ostetrica, Società Europea di Anestesiologia, Primario Anestesiologia e Rianimazione – Gruppo Garofalo. "Le nuove tecniche permettono alla donna di ottenere un effetto di analgesia costante e di personalizzare la somministrazione dell'analgesico a seconda delle proprie esigenze. Vengono così evitati anche i brevi momenti di dolore che potevano insorgere con la tecnica epidurale tradizionale, quando la partoriente doveva attendere l'intervento del medico per ricalibrare la dose di analgesico."

Senza partoanalgesia non è *women friendly*

Affinché il parto in analgesia diventi un effettivo diritto delle donne, si muove con forza anche l'O.N.Da, l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna. "Abbiamo sviluppato il progetto Ospedale Donna - sottolinea la Presidente Francesca Merzagora – che prevede la ricerca, attraverso una attenta valutazione, delle strutture ospedaliere a misura di donna. O.N.Da. assegna uno, due o tre bollini rosa ai centri di cura che mostrino un particolare interesse alla salute femminile. Dallo scorso anno – continua Merzagora – un requisito fondamentale per l'ottenimento di 3 bollini è proprio la presenza del parto in analgesia epidurale come possibilità offerta gratuitamente alle donne. L'elenco di questi ospedali è pubblicato in una nostra guida."

Un'iniziativa importante è inoltre quella portata avanti dall'Aipa, l'Associazione Italiana Parto in Analgesia. Come afferma la Presidente Paola Banovaz, "Stiamo raccogliendo le firme necessarie a sostenere una petizione per far sì che tutti gli enti ospedalieri siano indotti dal ministero della Salute ad accogliere la richiesta delle donne partorienti alla scelta della partoanalgesia. Inoltre chiediamo maggiore chiarezza sui servizi effettivamente forniti alle partorienti soprattutto per quelle strutture riconosciute come women friendly. L'idea è che tutti i centri nascita si dotino di una carta dei servizi rivolta alle gestanti dove i servizi non siano solo nominati ma anche garantiti". Y

LA TECNICA PIEB

(Programmed Intermittent Epidural Boluses - Somministrazione a boli intermittenti programmati) prevede la somministrazione a intervalli regolari di piccole dosi di analgesico, così da produrre un livello di anestesia stabile e continuo, prevenendo l'insorgenza di dolore. A questa tecnica viene associata oggi la PCEA (Analgesia Epidurale Controllata dalla Partoriente) che permette alla donna stessa di calibrare il livello di analgesico necessario, in base alle sue esigenze, ovviamente in tutta sicurezza.

Miur, Fondazione Telecom Italia e Aid insieme per due progetti nazionali nelle scuole

Una task force contro la dislessia

Formare 6000 insegnanti "referenti" e saper riconoscere e contrastare la patologia: questo l'obiettivo dei due importanti accordi

Circa 350.000 studenti italiani fra i 6 e i 19 anni (mediamente uno studente ogni classe di 20 alunni) soffrono di dislessia, causa frequente di abbandono scolastico e di correlati problemi di autostima e di motivazione all'apprendimento. Per offrire un sostegno a questi ragazzi, il ministro dell'Istruzione Mariastella Gelmini, il presidente di Fondazione Telecom Italia Joaquín Navarro-Valls e il presidente dell'Associazione Italiana Dislessia Rosabianca Leo hanno firmato il 3 marzo scorso un Protocollo d'Intesa finalizzato a realizzare due progetti operativi su tutto il territorio nazionale, uno per riconoscere precocemente e combattere la dislessia nelle scuole italiane e l'altro per la formazione specifica di 6000 insegnanti "referenti". "Il Miur non poteva rimanere indifferente di fronte ad un problema che incide negativamente sulla capacità di apprendimento degli studenti e rappresenta una delle cause più frequenti dell'abbandono scolastico", ha dichiarato il ministro Gelmini. Navarro-Valls ha quindi posto l'attenzione sui disagi derivanti dalla dislessia, che "spesso vengono sottovalutati, ma che possono influire negativamente sulla crescita dei giovani e su una loro completa integrazione nella scuola e nella società". L'intesa si inquadra in un più ampio programma di interventi già avviato da Fondazione Telecom Italia e Associazione Italiana Dislessia nel 2009 per la durata di tre anni scolastici e un investimento, da parte di Fondazione Telecom Italia, pari a 1,5 milioni di euro.

Il progetto per la diagnosi precoce del disturbo, denominato "Non è mai troppo presto", coinvolgerà circa 7000 bambini delle scuole pubbliche e private. Per 3 anni sarà analizzata l'evoluzione delle competenze di lettura e scrittura degli studenti, individuando gli indicatori di rischio più sensibili e verificando l'efficacia di interventi didattici mirati e precoci. Il secondo progetto previsto dall'accordo, "A Scuola di Dislessia", è invece finalizzato alla formazione specifica degli insegnanti e alla sperimentazione di modalità didattiche inclusive basate sull'utilizzo del personal computer. Sarà attivata una rete di 6000 insegnanti "referenti" coinvolgendo, nell'arco di 3 anni, istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado in tutte le Regioni italiane. Grande soddisfazione è stata espressa da Rosabianca Leo, presidente AID e madre di due ragazze dislessiche. "Dopo anni drammatici, finalmente le istituzioni scolastiche rispondono alla richiesta di aiuto delle famiglie dei bambini con dislessia. Ma il vero riconoscimento arriverà dai nostri figli e dal successo scolastico che altrimenti non avrebbero avuto". Y

Malattie rare: sotto i riflettori, almeno per un giorno

Un universo

Sono tra sette e ottomila patologie che colpiscono almeno trenta milioni di persone in Europa. Rare se prese singolarmente, ma che insieme fanno quasi il 10 per cento del carico di malattia totale. Lo scorso 28 febbraio si è celebrata la giornata a esse dedicata per fare il punto sui progressi compiuti nella ricerca e nell'assistenza negli ultimi anni e per porre l'attenzione su un universo spesso dimenticato

A cura di Antonino Michienzi

Difficoltà di diagnosi così come difficile reperibilità di terapie, anche farmacologiche, che possano se non guarire, almeno alleviare le sofferenze e i disagi indotti dalle varie patologie. È questa, in sintesi estrema, la situazione nella quale si trovano oggi i pazienti affetti da una malattia rara. Cioè da una di quelle patologie che – a seconda delle norme adottate da ciascun Paese – colpiscono una percentuale estremamente bassa di pazienti. Gli **Stati Uniti**, che in questo settore rappresentano in qualche modo il Paese di riferimento, con l'Orphan Drug Act del 4 gennaio 1983, hanno definito "rare" le malattie che colpiscono meno di 200 mila abitanti (7,5 abitanti su 10 mila). Il **Giappone**, che ha seguito l'esempio americano dotandosi di un'apposita normativa in materia, definisce "rara" una malattia che colpisca meno di 50 mila persone (4 abitanti su 10 mila). L'**Unione Europea**, giunta senza dubbio in ritardo in questo campo, ha emanato la sua prima disposizione, cioè il Regolamento n. 141/2000, il 16 dicembre del 1999, definendo "rare" le patologie che colpiscono 5 pazienti ogni 10 mila abitanti. Va ricordato che i criteri per questa designazione sono stati definiti da un successivo Regolamento Ue, il n. 847/2000 del 27 aprile 2000.

Come già detto la normativa statunitense appare essere quella di riferimento per molti motivi: intanto non pone limiti alle terapie: oltre ai farmaci, vengono infatti inseriti nella definizione di "orfani" o "rari" anche i dispositivi medici o i prodotti dietetici destinati a chi soffre di queste patologie. Ed è stato creato all'interno della Fda un apposito ufficio, l'Office of Orphan Products Development, Oopd, che vigila sulla disponibilità di questi prodotti oltre che sulla loro sicurezza ed efficacia. L'Unione Europea in proposito non è stata altrettanto lungimirante: il Regolamento europeo, infatti, definisce farmaco orfano solo quello destinato ad uso umano ed esclude i farmaci veterinari, i dispositivi medicali, gli additivi alimentari e i prodotti dietetici.

Ma andiamo oltre. Com'è facile desumere la "rarità" è attributo anche dei farmaci destinati alla cura di queste malattie: pochi malati vogliono dire anche pochi ritorni per l'industria del farmaco che dovrebbe comunque sostenere spese di ricerca praticamente impossibili da ammortizzare considerando anche la particolarità di queste patologie. L'Orphan Durg Act ha comunque segnato il cammino anche in questo senso, riconoscendo ai produttori che avessero impegnato risorse e competenze nella ricerca e nella produzione, particolari vantaggi sia sul fronte fiscale (crediti di imposta fino al 50%), sia su quello della protezione brevettuale del prodotto (vigenza brevettuale di sette anni successivi all'immissione in commercio). E ha anche previsto procedure di registrazione accelerate da parte della Fda.

A questi stessi obiettivi si è richiamata la normativa europea: il regolamento 141/2000, infatti, mirava a fornire forme particolari di sostegno alle aziende che avessero avviato attività di ricerca e di commercializzazione dei farmaci orfani. A questo scopo è stato anche creato un Comitato (il Committee for Orphan Medicinal Product - Comp) che, all'interno dell'Emea, l'Agenzia europea per la valutazione dei prodotti medicinali, si occupa dell'esame delle richieste di designazionee assiste la Commissione nell'assunzione di provvedimenti in questa materia.

Cosa prevede la normativa italiana

Questa, insomma, la situazione a livello di legislazione extranazionale. Ma cosa accade in casa nostra? Il primo riferimento legislativo importante in Italia è il Decreto ministeriale n. 279 del 18 maggio 2001 (Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie) nel quale sono confluite le indicazioni fornite dal precedente decreto legislativo 124/1998 (del 29 aprile 1998, poi integrato dal Decreto ministeriale n. 329 del 28 maggio 1999) e il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Con il Dm 279/2001 viene istituita la Rete nazionale dedicata alle malattie rare che ha tra i suoi compiti quello di "sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia, e promuovere l'informazione e la formazione".

A comporre la rete sono i presidi accreditati dalle Regioni (loro compito quello di effettuare diagnosi e trattamento delle malattie rare) e chiamati a collaborare con i medici di famiglia e i servizi territoriali. Il loro coordinamento è affidato al Registro nazionale delle malattie rare presso l'Istituto Superiore di Sanità. Di particolare importanza la previsione, sempre contenuta nel Regolamento, del diritto all'esenzione per le prestazioni sanitarie correlate alla malattia, selezionate dal medico curante tra quelle incluse nei Lea, "secondo criteri di appropriatezza ed efficacia rispetto alle condizioni cliniche individuali e, per quanto possibile, sulla base di protocolli clinici concordati con il presidio di riferimento competente". Esiste poi un ulteriore organismo che ha il compito di rafforzare le disposizioni del Dm 279/2001: si tratta della Consulta per le malattie rare della quale fanno parte rappresentanti delle Associazioni di malati, collegata al Centro nazionale malattie rare dell'Iss.

L'esistenza di questi organismi sembrerebbe dunque mettere in una situazione positiva i pazienti italiani affetti da malattie rare. In realtà il sistema si è avviato con lentezza e le differen-

LE INTERVISTE

Scavare fino alle basi biologiche della malattia

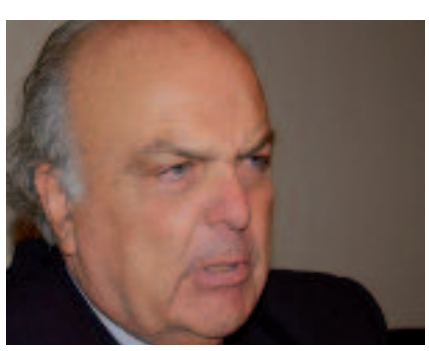
A colloquio con Bruno Dallapiccola
Direttore Orphanet

Professor Dallapiccola negli Usa c'è un provvedimento, l'Orphan drug act, che stabilisce, tra l'altro, vantaggi economici e fiscali per le aziende che investano in ricerche sui farmaci da destinare alle malattie rare, oltre a una protezione brevettuale rafforzata. Qualcosa di simile è previsto anche da una direttiva Ue del 2000. Sarebbe necessario adottare un provvedimento con misure specifiche anche nel nostro Paese?

Non c'è dubbio che la risposta alla sua domanda non può che essere affermativa. L'Italia si sta muovendo molto bene attraverso Farmindustria. Negli ultimi tempi sta recependo le direttive di tipo europeo. Credo che ci sia un problema riguardante i farmaci che non è relativo solo alla produzione ma anche la sua distribuzione e la possibilità di avervi accesso.

Lei si riferisce al fatto che la gestione delle malattie rare è affidata alle Regioni che offrono risposte diverse?

Certo, un malato che vive in una Regione può avere dei servizi migliori rispetto a chi vive in un'altra. Circa la ricerca devo dire che la sensibilità negli ultimi tempi è aumentata anche in Italia. Ci sono circa 6/8 mila malattie rare, ci sono farmaci disponibili, non solo gli orphan drug, ma anche molecole che si comprano in farmacia, nate per altre destinazioni, di cui possono beneficiarne anche altri pazienti che riguardano probabilmente 350 malattie. Il percorso per arrivare a sviluppare un farmaco è drammaticamente lungo può anche durare 10 anni.



Nel suo intervento ha richiamato l'attenzione sulla ricerca clinica...

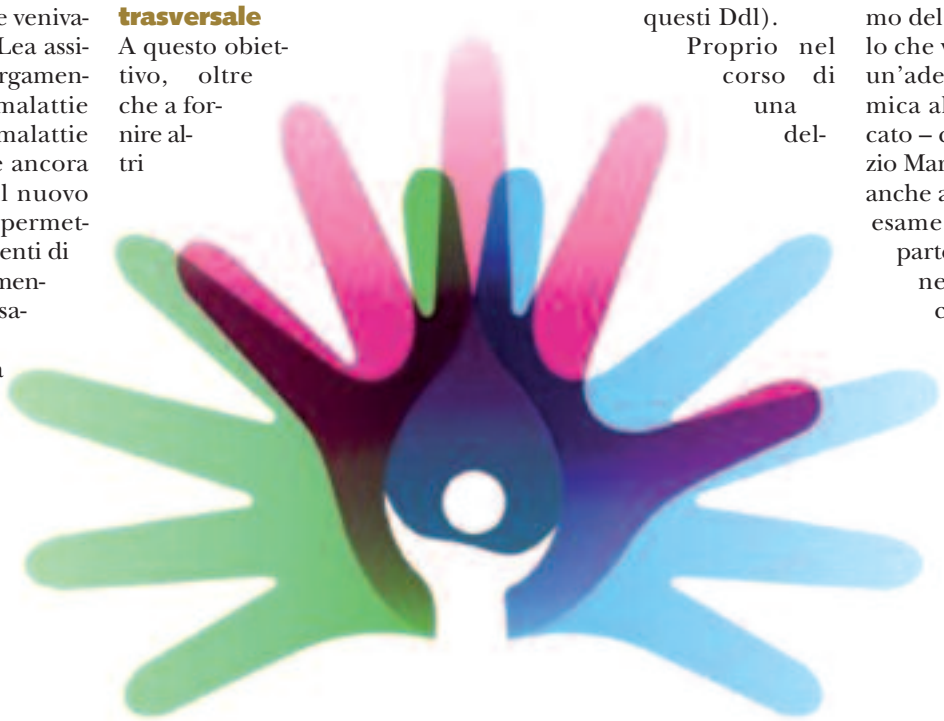
Voglio ricordare che il 75% delle malattie rare non ha una base biologica nota. Senza una ricerca clinica che ci permette di arrivare alla base biologica della malattia non si può pensare qual è la molecola che può interagire con quel difetto caratteristico di una specifica malattia.

dimenticato

ze tra le varie disposizioni regionali sono notevoli. Tanto che ancora in alcune Regioni mancano i presidi per determinate malattie rare. E l'invio dei dati al Registro nazionale non è ancora sufficiente a offrire un quadro completo delle situazioni nelle varie Regioni.
A determinare ulteriore incertezza c'è poi l'attuale situazione dei Livelli essenziali di assistenza: il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 21 marzo 2008 con il quale venivano individuati i nuovi Lea assicurati dal Ssn con l'allargamento dell'elenco delle malattie esentate a 109 nuove malattie rare, è stato bloccato e ancora non è stato emanato il nuovo decreto che dovrebbe permettere anche a questi pazienti di poter accedere gratuitamente ai trattamenti necessari.
Ovviamente il problema dei costi e della spesa è quello che genera maggiori incertezze: le terapie delle malattie rare sono in genere assai costose, trattandosi in gran parte di malattie di origine genetica. Allo stesso modo è importante avviare processi nazionali che offrano (in particolare alle aziende farmaceutiche medio-piccole peraltro già prese in considerazione dal decreto del ministro dell'Università 8 agosto 2000 che prevede incentivi sconti fiscali e sovvenzioni per attività di ricerca) sostegni al settore produttivo spingendo sull'acceleratore della ricerca.

Sui molti Ddl "giacenti" il consenso è trasversale

A questo obiettivo, oltre che a fornire altri punti di riferimento ai malati, puntano i molti disegni di legge giacenti in Parlamento. Il ramo più attivo sul fronte delle malattie rare è certamente il Senato dove al momento giacciono cinque Ddl (quattro quelli presentati alla Camera) e dove il dibattito presso la commissione Igiene e sanità è da tempo avviato (ricordiamo che lo stesso presidente della Commissione, Antonio Tomassini (PdL) è firmatario di uno di questi Ddl).
Proprio nel corso di una delle più recenti sedute della XII commissione di Palazzo Madama il tema è stato nuovamente affrontato: in quella occasione Laura Bianconi (Pdl) ha fatto riferimento alla possibile predisposizione di un testo unificato nel quale raccogliere i vari Ddl attualmente presenti in Parlamento: un'ipotesi che ne dovrebbe consentire anche un iter più rapido. Un percorso che, come ha rilevato lo stesso Tomassini al momento segna il passo anche perché i testi di legge sono fermi presso la Commissione Bilancio che dovrebbe fornire indicazioni circa la loro copertura economica. Un ostacolo questo non da poco se si considera quanto abbiano inciso le rilevazioni della commissione Bilancio nel rallentare il cammino della legge sulle cure palliative recentemente licenziata dall'altro ramo del Parlamento. Un ostacolo che va superato assicurando un'adeguata copertura economica all'eventuale testo unificato – come ha auspicato Ignazio Marino (Pd) – ma che lascia anche aperta la possibilità di un esame in sede deliberante da parte della stessa commissione del Senato, poiché sui contenuti e sugli scopi dei vari Ddl si riscontra un consenso trasversale a maggioranza e opposizione. Un'eventualità questa che accelererebbe ulteriormente un provvedimento atteso con ansia dai tanti italiani che soffrono di malattie rare e dalle loro famiglie. (M.R.)



Malattie rare in Parlamento

Ecco i disegni di legge presentati a Montecitorio e a Palazzo Madama

Camera
AC 2770 – Domenico Scilipoti (IdV) e al. "Incentivi per la ricerca e disposizioni per favorire l'accesso alle terapie nel settore delle malattie rare ai sensi dell'art. 9 del regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999" presentato il 2.10.2009
AC 2038 – Rocco Buttiglione (UdC) e al. "Disposizioni in materia di consenso informato e di indicazioni anticipate di cura, di accesso alle cure palliative e di assistenza e cura dei pazienti affetti da malattie rare" presentato il 22.12.2008
AC 2017 – Savino Pezzotta (Udc) e al. "Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, per l'istituzione di un fondo a ciò destinato nonché per l'estensione delle indagini diagnostiche obbligatorie" presentato il 16.12.2008
AC. 1646 – Mariella Bocciardo (Pdl) e al. "Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare e della loro cura" presentato il 12.09.2008

Senato
AS. 727 – Dorina Bianchi (PD) "Istituzione di un Fondo di cura e sostegno a vantaggio dei pazienti affetti da malattie rare e misure per incentivare la ricerca industriale sui farmaci orfani" presentato il 30.5.2008
AS. 728 – Dorina Bianchi (PD) "Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, nonché per l'estensione delle indagini diagnostiche obbligatorie" presentato il 30.05.2008
AS. 52 Antonio Tomassini (PdL) "Incentivi alla ricerca e accesso alle terapie nel settore delle malattie rare. Applicazione dell'art. 9 del regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999"
AS 146 – Laura Bianconi (PdL) e al. "Norme a sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani e della cura delle malattie rare" presentato il 29.04.2008
AS. 7 Ignazio Marino (PD) e al. "Norme a sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani e della cura delle malattie rare" presentato il 29.04.2008

L'Italia: un'eccellenza

A colloquio con Domenica Taruscio Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità

Qual è la situazione italiana nella tutela dei "malati rari" rispetto al contesto europeo?
L'Italia è indubbiamente un Paese all'avanguardia per gli strumenti di cui si è saputa dotare negli ultimi anni in questo settore. Innanzitutto una rete dedicata alle persone con malattie rare, istituita con decreto ministeriale nel 2001 e che prevede la presenza di centri di diagnosi e cura distribuiti in tutte le Regioni. Esiste poi un registro delle persone con malattie rare che da ottobre a oggi ha raccolto 94 mila schede e che rappresenta uno strumento essenziale per la programmazione regionale. Il registro, infatti, oltre ad aiutarci a quantificare il fenomeno, ci consente di individuare le caratteristiche dell'offerta come i tempi della diagnosi o fenomeni come la migrazione sanitaria. E di partire da questi dati per un'ottimizzazione delle risorse e dei servizi. Terzo aspetto, i pazienti sono esentati dal ticket.
Fornire diagnosi e assistenza su tutto il territorio nazionale, studiare il fenomeno e correggere le lacune del sistema attraverso il registro, sgravare i malati dai costi economici della malattia. Sembra una forma di eccellenza. Ma un miglioramento è sempre possibile...
Qualcosa, di certo, ancora manca. Per esempio occorrerebbe dare una cornice più unitaria alle iniziative messe in atto dai diversi attori, istituzionali e non. Bisognerebbe dare ancora più spazio alla ricerca scientifica, alleandosi con il settore privato, ma finanziando il pubblico. Per quanto concerne l'assistenza, invece, già oggi è a un buon livello, ma va ottimizzata colmando per esempio i ritardi accumulati da alcune aree del Paese.

Infine la disponibilità di farmaci. Sempre carente rispetto ai bisogni
Dalla pubblicazione del Regolamento europeo che istituiva la procedura comunitaria per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano, 600 nuovi prodotti hanno ricevuto questa designazione, ma soltanto 60 sono arrivati sul mercato. È lampante che si tratta di un numero insufficiente. E va da sé che sia il settore pubblico sia quello privato, ciascuno con le sue competenze, debbano investire in questo settore. Però bisogna accettare il fatto che non sempre le malattie rare hanno un farmaco risolutivo. Per alcune esiste, per altre bisogna fare ricorso a una terapia sintomatica. E non si tratta di un intervento secondario. Né c'è da pensare che la terapia si esaurisca con il farmaco: spesso sono necessari interventi di supporto come la riabilitazione o la logopedia. E su questo fronte è difficile riscontrare unitarietà sul territorio nazionale e chiarezza sulle competenze tra i vari livelli amministrativi. (A.M.)

LE INIZIATIVE

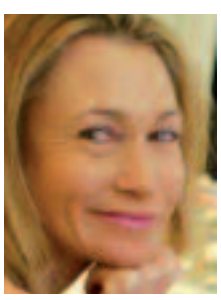
Quando il diritto alla cura è un dovere sociale

In occasione della giornata delle malattie rare 2010 la Fondazione Luca Barbareschi ha organizzato al teatro Valle di Roma, l'evento "Figli di un male minore?" per sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema e non lasciare soli coloro che sono affetti da queste patologie. Al centro dell'iniziativa la partnership "per la vita" tra pazienti e ricerca.

Il diritto alla cura è un diritto irrinunciabile, una sfida che ha come protagonisti non solo i malati, ma anche le Istituzioni, i medici, le associazioni dei malati, le imprese del farmaco e i centri di ricerca. Tutti questi soggetti si sono alternati sul palco del Teatro Valle di Roma per discutere, riflettere e confrontarsi sulle malattie rare. Obiettivo: non lasciare "orfane" di farmaci queste patologie.
Padrone di casa **Luca Barbareschi**, attore e deputato, che con la Fondazione che porta il suo nome per il secondo anno consecutivo ha promosso l'iniziativa, con il sostegno di Farmindustria, il patrocinio del Senato, della Camera e dei ministeri dell'Istruzione e della Salute.
Sensibilizzare l'attenzione dell'opinione pubblica sulle patologie rare, fenomeno che rappresenta circa il 10% di tutte le malattie che oggi affliggono l'umanità, con una frequenza inferiore ai 5 casi su 10.000 abitanti. Il problema riguarda circa 30 milioni di malati in Europa, l'80% dei quali sono bambini, con 20 mila nuovi casi ogni anno e circa 5 nuove malattie descritte ogni settimana nelle pubblicazioni scientifiche.
Le malattie rare si stima siano tra 6.000 e 8.000 e in Italia colpiscono circa 2 milioni di persone che si ritrovano, molto spesso sole, a dover combattere contro malattie di cui non si conoscono le cure e il più delle volte nemmeno il decorso.
"Nostro scopo – ha spiegato Luca Barbareschi presentando la giornata – è favorire il dialogo tra pazienti, medici e istituzioni e promuovere la formazione e l'informazione per ridurre il carico che oggi ricade sui pazienti e le loro famiglie".
"Non potevamo non essere presenti anche quest'anno – ha dichiarato **Sergio Dompè**, presidente di Farmindustria – perchè è grazie a iniziative come questa se la rete di solidarietà e di collaborazione scientifica che ruota intorno ai malati rari si fa ancora più stretta". Quale dunque il ruolo delle imprese? "Le imprese del farmaco – ha proseguito Dompè – hanno un ruolo importante. Una ricerca che non termina mai e mette insieme le conoscenze che già ci sono e sulle quali si continua ad investire.
In proposito Dompè ha ricordato che "da ottobre 2009 sono 5 i prodotti in sviluppo da parte di aziende italiane che hanno ottenuto la designazione di 'farmaco orfano' a livello europeo. Un impegno questo confermato anche dalla prima posizione nel mondo che l'Italia occupa per l'indice di specializzazione di pubblicazioni su queste malattie". (S.S.)

Noi quelli delle malattie rare

Dopo "Siamo solo noi", pubblicato nel 2008, esce nelle librerie "Noi, quelli delle malattie rare": storie di vita, d'amore e di coraggio raccontate dalla giornalista del *Corriere della Sera* **Margherita De Bac** *(nella foto)*. L'universo delle malattie rare è sconosciuto ai più. È costellato da persone che ogni giorno combattono strenuamente per la loro sopravvivenza. Spesso ignorate dalla società e dalle istituzioni. Persone che arrancano per arrivare ad una diagnosi, perché la loro malattia è così poco frequente da non essere riconosciuta. Malati per cui nascere in una Regione anziché in un'altra può fare la differenza in termini di accesso alle poche e costose cure farmacologiche. Quando ci sono. Ma anche da medici che non rinunciano, nonostante la scarsità di investimenti nella ricerca, a individuare soluzioni. È questo l'universo che Margherita De Bac, giornalista del Corriere della Sera ha fotografato nel libro "Noi, quelli delle malattie rare storie di vita, d'amore e di coraggio" edito da Sperling & Kupfer e il cui ricavato sarà interamente devoluto a sostegno della lotta alle malattie rare. Il secondo dedicato alle malattie rare dopo il libro dal titolo "Siamo solo noi" uscito nelle librerie nel 2008. "Noi, quelli delle malattie rare" nasce dall'esigenza di richiamare l'attenzione su queste malattie molto più diffuse di quanto si pensi: ogni anno si registrano infatti, 20mila nuove diagnosi. Il nucleo del volume è costituito da storie di genitori, ragazzi, associazioni, medici e ricercatori con i quali la giornalista è entrata in contatto attraverso il blog da lei ideato **www.lemalattierare.info**.
Racconta così di Elena che affronta i problemi legati alla malattia del papà con la filosofia di Giulio Cesare, di Laura che invece trova nel buddhismo l'ispirazione per affrontare la sua vita e di Lorenzo che cammina per otto ore al giorno perché non può stare seduto. E anche della "botta di fortuna" del ricercatore Mario e della missione del chirurgo Ronald che restituisce il sorriso ai bambini. Tutte storie raccontate, come ha ricordato De Bac "per dare voce a chi non ne ha mai avuta e ha trovato la forza per tirarla fuori confidandosi con una giornalista". (E.M.)



Parma, Quinta Conferenza su Ambiente e Salute

Stop ai rischi ambientali entro il 2020

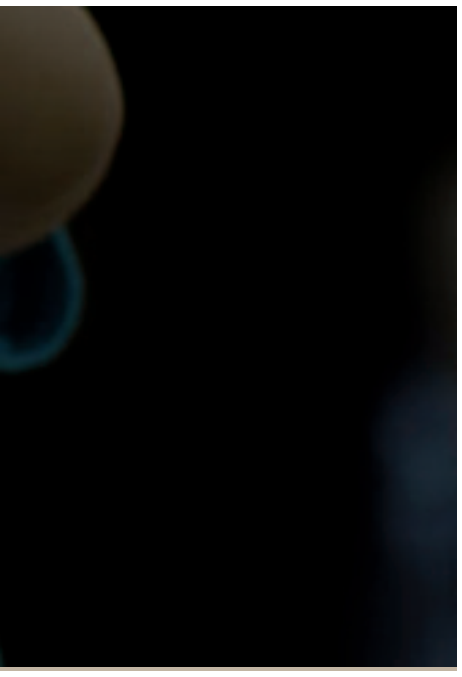
Potenziare i sistemi e i servizi sanitari, di welfare sociale e ambientali per migliorare "la loro capacità di risposta tempestiva all'impatto dei cambiamenti climatici, come eventi atmosferici estremi e ondate di calore". È questo l'impegno prioritario assunto dai ministri di 53 Stati membri della regione europea dell'Oms riuniti a Parma in occasione della Quinta Conferenza su Ambiente e Salute

di Ester Maragò

È un legame strettissimo quello tra salute e ambiente. Nessuno è immune dalle "rivoluzioni" climatiche che mettono a rischio la salute. E sono soprattutto i bambini a pagare il prezzo più alto, anche nel vecchio continente. Per questo occorre arginare drasticamente gli impatti negativi dell'ambiente sulla salute.
È questo l'obiettivo ambizioso da raggiungere entro il 2020 a cui puntano i ministri di 53 Stati membri della regione europea dell'Oms riuniti a Parma in occasione della Quinta Conferenza su Ambiente e Salute dedicata alla protezione della "salute dei bambini in un ambiente che cambia". E per non lasciare nulla all'improvvisazione, per la prima volta, le date precise entro cui realizzare gli impegni sono state messe nero su bianco in quella che verrà ricordata come la "Dichiarazione di Parma".
La Conferenza, organizzata nella città emiliana dal 10 al 12 marzo, si è conclusa quindi con una svolta importante per la salute che entra a pieno titolo nelle strategie e nelle politiche volte a mitigare i cambiamenti climatici. Nella dichiarazione finale della kermesse parmense – sottoscritta dai ministri della Salute Ferruccio Fazio, dell'Ambiente Stefania Prestigiacomo e

Ferruccio Fazio: La prevenzione è la prima arma contro inquinamento e rischi ambientali

Il 24% delle malattie e il 23% delle morti nel mondo sono attribuibili ai fattori ambientali che causano più del 33% delle malattie nei bambini al di sotto dei 5 anni. Non solo, si stima che durante i tre giorni della Conferenza di Parma moriranno in Europa circa 345 bambini a causa di un incidente. Sono queste le cifre allarmanti snocciolate dal ministro della salute Ferruccio Fazio in occasione della presentazione della Quinta conferenza ministeriale Ambiente e Salute della città emiliana. Numeri che fanno tremare i polsi, soprattutto se sommati alle cifre relative agli incidenti domestici che causano in Italia almeno 4.500 decessi, 130 mila ricoveri ospedalieri e 1,3



da Zsuzsanna Jakab dell'Ufficio regionale europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità, al termine – i Paesi si impegnano infatti a potenziare i sistemi e i servizi sanitari, di welfare sociale e ambientali per migliorare "la loro capacità di risposta tempestiva all'impatto dei cambiamenti climatici, come eventi atmosferici estremi e ondate di calore".

Un impegno che si traduce nell'adozione di misure adeguate di protezione per acqua, servizi igienici e cibo. Non solo, in un capitolo dedicato specificatamente a clima e salute, è previsto il potenziamento e lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e di allerta precoce per gli eventi climatici estremi e l'insorgenza di epidemie. Azioni che contemplano la promozione di programmi educativi per un uso efficiente dell'energia e l'aumento del contributo del settore sanitario alla riduzione delle emissioni di gas serra.

"Abbiamo bisogno di una visione completamente nuova - ha detto Zsuzsanna Jakab, direttrice Regionale dell'Ufficio Oms Europa – perché la politica sanitaria europea possa affrontare le più grandi sfide sanitarie della nostra regione. Questa conferenza ha aperto un nuovo interessante capitolo nella modalità con cui i governi europei lavoreranno sui temi di ambiente e salute, spingendo questi temi così strettamente correlati fra loro sempre più in alto nell'agenda politica".

Gli obiettivi prioritari assunti dai Governi coinvolgono in particolare i più piccoli, tra le principali vittime dei cambiamenti climatici. Basta pensare che ogni anno in Europa le ondate di freddo causano la morte di 13 mila bambini, mentre l'asma colpisce il 9,5% dei più piccoli e il 10,4% degli adolescenti. Non solo, ad aggravare il quadro, si aggiungono patologie infantili legate alle mutazioni del clima come le infezioni da salmonella, yersinia, listeria e leptospirosi, bronchite cronica, oltre alle malattie trasmesse dalla scarsità di acqua. Mentre, nel mondo, per circa 908 milioni di bambini servizi igienici di qualità sono una chimera. Nel documento sottoscritto i ministri si impegnano quindi a "fornire a ogni bambino, entro il 2020, l'accesso ad acqua e a servizi igienico-sanitari sicuri nelle abitazioni, nei nidi, negli asili, nelle scuole, nelle istituzioni sanitarie e negli impianti acquatici ricreativi pubblici, e per migliorare le pratiche igieniche".

L'impatto del cambiamento climatico sulla salute

Il fenomeno del riscaldamento globale è inequivocabile, tant'è che gli effetti sulla salute sono già visibili. Disastri naturali, quali ondate di calore, inondazioni e siccità sono la causa di gravi sofferenze umane e di cospicui danni finanziari. Dal 1990 ad oggi, il database internazionale dei disastri naturali ha registrato nella regione europea dell'Oms più di 1.200 calamità naturali le cui conseguenze si sono ripercosse su oltre 48 milioni di persone, causando più di 112mila morti, per una perdita totale stimata oltre i 241 miliardi di dollari. Il più alto tributo di vittime è stato pagato per i livelli estremi raggiunti dalla temperatura. Negli ultimi cento anni la temperatura media globale della superficie terrestre è, infatti, cresciuta di circa 0,74° C. Tra la fine del XX e l'inizio del XXI secolo le proiezioni sull'aumento in Europa variano da 2,3° C a 6° C, a seconda degli scenari. Le emissioni di gas serra prodotte dall'uomo hanno subito un incremento del 70% negli ultimi 40 anni, intrappolando più calore nella bassa atmosfera. E anche se dovessero essere interrotte istantaneamente, in questo secolo, le temperature crescerebbero comunque di oltre 0,6° C. Soprattutto aumentano le evidenze scientifiche che provano l'esistenza di una correlazione tra cambiamenti climatici e la crescita della frequenza di disastri. Nel 2005, 40 Stati membri europei hanno dovuto fare i conti con un totale di 500mila morti premature ogni anno derivanti da inquinamento atmosferico da particolato. Le alterazioni nello schema dei venti, l'aumento della desertificazione e gli incendi alimentano il trasporto degli agenti inquinanti a lungo raggio. Si prevede che l'aumento delle ondate di calore in Europa renderà più frequenti gli episodi di inquinamento da ozono. Durante le ondate di calore la mortalità è più alta a fronte di un livello alto di particolato fine e ozono. Nell'estate del 2003 a causa dell'ondata di calore si sono registrate 70mila morti in eccesso in 12 Paesi europei. Ci si aspetta che entro la metà di questo secolo livelli di temperatura simili diventino la norma in Europa. I cambiamenti climatici pongono inoltre anche la questione della sicurezza alimentare. Temperature terrestri più alte favoriscono la diffusione di batteri nel cibo e infezioni causate dalla salmonella spp. che crescono del 5-10% per ogni aumento di un grado nella temperatura settimanale, a condizioni climatiche sopra i 5 °C.

milioni di accessi al pronto soccorso. Bisogna quindi intervenire, e rapidamente. Come? Con l'arma della prevenzione. "A più di 20 anni dalla conferenza di Francoforte – ha detto Fazio – sono stati compiuti progressi ma ci sono ancora questioni aperte. Tra queste, il problema dell'inquinamento indoor, del fumo passivo, dell'obesità, alcool e incidenti. Parliamo di effetti importanti sulla salute". Anche se l'Italia nonostante le cifre preoccupanti, ha ricordato ottimisticamente il ministro, mostra performance non trascurabili: "Siamo un Paese longevo perché abbiamo un buon servizio sanitario e anche abitudini di vita abbastanza buone". Rimane perciò da superare lo scoglio delle problematiche di tipo ambientale. E qui entra in campo la prevenzione. "La prevenzione è essenziale – ha sottolineato Fazio – e il nostro Paese si è mosso in modo mirato con il Piano nazionale di prevenzione, fiore all'occhiello delle politiche sanitarie del Governo che, per quanto riguarda quella primaria, affronta le problematiche correlate alla corretta alimentazione, allo smog, agli incidenti compresi quelli domestici". Uno strumento in grado di ridurre il gap tra le Regioni. "Il Piano concordato e approvato in sede di Conferenza Stato Regioni – ha detto Fazio – propone un metodo di lavoro che favorisce l'integrazione istituzionale scientifica tra i livelli del governo centrale e quelli territoriali. Il suo scopo principale è proprio quello di facilitare le politiche multi-settoriali e i processi attraverso cui gli impatti sulla sanità pubblica possono essere effettivamente presi in considerazione. E su questo fronte un organismo molto utile è il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, che porta avanti esperimenti pilota nelle Regioni al fine di includere anche quelle meno virtuose proprio per verificare che tipo di azioni si possano attuare per uniformare la condizione a livello regionale". Anche i fondi ci sono, gran parte del Piano è finanziato, di fatto, con i Lea, ha ricordato il Ministro. E in maniera adeguata. Insomma, l'Italia è pronta a giocare i suoi *atout*.

Gli obiettivi della Dichiarazione di Parma

■ **Entro il 2020 acqua e igiene per ogni bambino**: "Ci adopereremo per fornire a ogni bambino, entro il 2020, l'accesso ad acqua e a servizi igienico-sanitari sicuri nelle abitazioni, nei nidi, negli asili, nelle scuole, nelle istituzioni sanitarie e negli impianti acquatici ricreativi pubblici, e per migliorare le pratiche igieniche".

■ **Entro il 2020 lotta all'obesità infantile:** "È nostro obiettivo fornire a ogni bambino, entro il 2020, accesso ad ambienti salubri e sicuri e a luoghi della vita quotidiana nei quali possano andare all'asilo e a scuola, a piedi e in bicicletta, nonché a spazi verdi nei quali possano giocare e svolgere attività fisica. Nel fare questo, è nostra intenzione prevenire gli incidenti attuando misure efficaci e promuovendo la sicurezza dei prodotti. Attueremo il Piano d'azione europeo dell'Oms per gli alimenti e la nutrizione (2007-2012), in particolare migliorando la qualità nutrizionale dei pasti scolastici, e sosterremo la produzione e il consumo alimentare locale, laddove ciò consente di ridurre l'impatto sull'ambiente e sulla salute".

■ **Migliore qualità dell'aria:** "Proseguiremo, e potenzieremo, i nostri sforzi per ridurre l'incidenza delle malattie respiratorie acute e croniche attraverso la riduzione dell'esposizione alle particelle ultrafini e ad altro materiale particolato, derivanti soprattutto dall'industria, dai trasporti e dalla combustione domestica, e dell'esposizione all'ozono a livello del suolo, in armonia con le linee-guida dell'Oms sulla qualità dell'aria. Potenzieremo i programmi di sorveglianza, controllo e informazione, inclusi quelli concernenti i combustibili utilizzati nei trasporti e nelle abitazioni private. Svilupperemo appropriate politiche e normative intersettoriali in grado di fare una differenza strategica, al fine di ridurre l'inquinamento indoor e forniremo incentivi e opportunità per garantire che i cittadini abbiano accesso a soluzioni basate su un'energia sostenibile, pulita e sana nelle abitazioni private e nei luoghi pubblici".

■ **Entro il 2015 bimbi liberi dal fumo:** "È nostro obiettivo fornire a ogni bambino un ambiente indoor sano nei nidi, negli asili, nelle scuole e nelle strutture ricreative pubbliche, attuando le linee-guida dell'Oms sulla qualità dell'aria indoor, e assicurare, conformemente alla Convenzione Quadro dell'Oms sul controllo del tabacco, che tali ambienti siano liberi dal fumo entro il 2015".

■ **Entro il 2015/2020 eliminazione dei rischi per la salute di bambini, donne in gravidanza e in allattamento:** "È nostro obiettivo proteggere ogni bambino dai rischi posti dall'esposizione alle sostanze e a preparati pericolosi, con particolare accento sulle donne in gravidanza e in allattamento e sui luoghi nei quali i bambini vivono, apprendono e giocano. (...) Agiremo sui rischi identificati di esposizione agli agenti cancerogeni, mutageni e tossici per la riproduzione, inclusi il radon, i raggi ultravioletti, l'amianto e gli interferenti endocrini e inviteremo gli altri stakeholder a fare altrettanto.

■ **Più ricerca sui rischi per la salute:** "Chiediamo maggiori ricerche sugli effetti potenzialmente negativi delle sostanze chimiche persistenti, interferenti con il sistema endocrino e bioaccumulabili, e della loro combinazione, nonché l'individuazione di alternative più sicure. Chiediamo inoltre un aumento delle ricerche sull'uso delle nanoparticelle nei prodotti e dei nanomateriali, nonché dei campi elettromagnetici, al fine di valutare le eventuali esposizioni dannose. Metteremo a punto, e applicheremo, metodi migliori di valutazione dei rischi e dei benefici per la salute".

■ **Potenziare il sistema contro i rischi da cambiamenti climatici:** "...Integreremo le questioni sanitarie in tutte le norme, le politiche e le strategie, adottate a tutti i livelli e in tutti i settori, mirate alla mitigazione dei cambiamenti climatici o all'adattamento ad essi. Potenzieremo i sistemi e i servizi sanitari, di welfare sociale e ambientali al fine di migliorare la loro capacità di risposta tempestiva all'impatto dei cambiamenti climatici, quali, ad esempio, gli eventi atmosferici estremi e le ondate di caldo".

■ **Meno rumore per i bambini:** "Lavorare insieme per ridurre l'esposizione dei bambini al rumore, incluso quello proveniente dagli strumenti elettronici personali, dalle attività ricreative e dal traffico, specialmente nelle aree residenziali, nei nidi e negli asili, nelle scuole e nelle strutture ricreative pubbliche. Invitiamo l'Oms, offrendo nel contempo la nostra assistenza, a sviluppare linee-guida idonee sul rumore e offriamo la nostra assistenza".

■ **Stop al lavoro minorile:** "Presteremo particolare attenzione al lavoro e allo sfruttamento minorile, in quanto cause tra le più importanti di esposizione a rischi rilevanti, e in particolare a sostanze chimiche pericolose e a fattori di stress fisico".

Coinvolgere i giovani: "Faremo in modo che in tutti gli Stati membri sia facilitata la partecipazione dei giovani nei processi nazionali e internazionali, fornendo loro assistenza, risorse adeguate e la necessaria formazione, e offrendo opportunità per un coinvolgimento significativo.

■ **Piattaforme europee:** "Invitiamo l'Ufficio regionale europeo dell'Oms, in collaborazione con la Commissione europea, l'Agenzia europea per l'ambiente, la Commissione economica delle Nazioni Unite per l'Europa, il Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente e altri partner, a creare piattaforme informative europee per la condivisione sistematica delle migliori pratiche, delle ricerche, dei dati, delle informazioni, delle tecnologie e degli strumenti orientati alla salute a tutti i livelli".

Prossimo appuntamento al 2015: Tutti gli Stati membri si impegnano infine a riunirsi nuovamente alla Sesta Conferenza Ministeriale Europea Ambiente e Salute nel 2015.

Otto marzo / A Milano l'incontro di Donneirete.net

L'integrazione parte dalla Salute

di Stefano Simoni

In occasione della festa delle donne, l'associazione Donneinrete.net ha chiamato a Milano a raccolta politiche, esperte del settore e rappresentanti delle comunità straniere per promuovere il benessere delle donne immigrate in Italia

In Italia vivono quasi 2 milioni di donne straniere (1.977.693 contro 1.913.602 uomini), ma non sempre la condivisione di spazi si traduce in integrazione e pari opportunità, anche rispetto alla salute. A sottolinearlo è l'associazione *Donneinrete.net* che a Milano, in occasione della festa della donna, ha promosso un incontro per raccontare l'esperienza delle donne immigrate in Italia e per lanciare un appello alle istituzioni affinché diano vita a programmi efficaci di integrazione e tutela della salute della popolazione straniera.

Dai dati curati dal ministero della Salute e dall'Istat emerge che meno del 50% delle donne straniere si sottopone agli screening per la prevenzione dei tumori feminili, contro il 70% delle italiane. Resta invece elevato il ricorso all'aborto, con tassi 3/4 maggiori delle italiane. Proprio in occasione dell'8 marzo *Donneinrete.net* ha voluto porre al centro dell'attenzione il concetto per cui l'integrazione debba partire dalle politiche di salute.

Continuando con i dati emerge come tra le straniere risulta particolarmente scarso l'utilizzo di metodi contraccettivi e la conoscenza della fisiologia della riproduzione. Da un'indagine coordinata dall'Iss in collaborazione con l'Agenzia di sanità pubblica del Lazio (Asp) nel 2004, infatti, si vede come la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente. La pillola risulta essere il metodo contraccettivo più conosciuto dalle donne straniere (77%), in modo particolare da quelle provenienti dall'Africa e dal Sud America. Il preservativo (67%) è conosciuto soprattutto dalle donne cinesi e nigeriane, mentre il coito interrotto (54%) è stato riportato dalla quasi totalità delle donne dell'Est Europa. Circa la metà delle donne è a conoscenza della spirale e del metodo Ogino Knaus, o "calendario". Da notare, però, come tra coloro che citano il calendario, molte (40%) non siano in grado di individuare correttamente il periodo in cui la donna può rimanere incinta.

Dati preoccupanti, considerato che la salute è un elemento di benessere psichico oltre che fisico, ma anche strumento strategico per eliminare quei fattori che incidendo negativamente sulla salute aumentano le problematiche sociali ed economiche della popolazione straniera, e di riflesso anche le nostre.

La salute è più di un diritto

Per cercare di compiere un salto culturale in avanti e richiamare le istituzioni alle loro responsabilità sul fronte dell'assistenza e dell'integrazione tra popoli, *Donneinrete.net*, ha chiamato intorno ad un tavolo rappresentanti politiche, esperte sanitarie e delegazioni delle comunità straniere per una mattinata di confronto che nasce, come ha spiegato **Rosaria Iardino**, presidente di *Donneinrete.net*, "dopo la vergognosa vicenda di Rosarno, che ha dimostrato come lo straniero in Italia sia ancora percepito in maniera fortemente negativa". *Donneinrete.net* è invece convinta del contrario. "La popolazione straniera è una risorsa per il nostro Paese, ma anche il nostro Paese deve essere una risorsa per gli stranieri. In questo senso – ha continuato la Iardino – la salute è una componente fondamentale. È un diritto, ma è anche molto di più: è un'occasione di integrazione, sviluppo ed emancipazione. È un'occasione per offrire a tutte le donne straniere una vita migliore, sdoganando retaggi e tradizioni che le vogliono sottomesse, vittime di violenza e merce di scambio. E tante vicende di cronaca, purtroppo anche drammatiche, dimostrano che le donne straniere, soprattutto le più giovani, non vogliono più essere vittime".

Si sentono meglio, ma si curano meno

La vita degli stranieri in Italia è fatta soprattutto di lavoro. Sono principalmente gli uomini a lavorare ma è comunque alta (52,1%) la quota di donne che ha un'occupazione. Una consistente quota di donne resta invece relegata al ruolo di moglie o madre, più per ragioni legate alla cultura patriarcale del Paese di origine che a causa della scarsa offerta di lavoro femminile. Lo dimostra la differenza tra il tasso di disoccupazione (cioè di donne che cercano lavoro ma non lo trovano) pari al 12,7%, e quello di inattività (cioè le donne in età lavorativa che non hanno né cercano lavoro) pari al 40,3%.

L'area di attività che vede maggiormente impiegate le donne straniere è quello dei servizi alle famiglia, dove lavora il 44% delle straniere occupate. Tuttavia, per lavorare, il 23,3% delle donne straniere deve rinunciare alle sue ambizioni, accettando impieghi che non hanno nulla a che vedere con il proprio titolo di istruzione e le proprie competenze acquisite negli anni.

Il 75,1% delle donne straniere dichiara di sentirsi bene o molto bene, contro il 68,1% delle italiane. Sembrerebbe un buon risultato, ma studiandone le sfaccettature si rivela meno positivo di quel che sembra. È quindi evidente che la giovane età della popolazione immigrata ne favorisce lo stato di salute. Inoltre la popolazione straniera reclutata dall'indagine Istat, da cui emerge il dato, è quella residente, cioè che vive in condizioni meno precarie.

Insomma, è facile intuire che il vantaggio registrato rispetto alle italiane possa assottigliarsi o addirittura annullarsi se si considerasse lo stato di salute degli stranieri non regolari, dove sono più diffusi i problemi corre-

RICORSO AI PROGRAMMI DI SCREENING IN ASSENZA DI SINTOMI O DISTURBI (anno di riferimento 2005)

CITTADINANZA	PAP TEST Fasce di età in cui è raccomandato il controllo						MAMMOGRAFIA Fasce di età in cui è raccomandato il controllo			
	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	**Tot**	50-55	55-60	60-64	**Tot**
ITALIANE	44,8	63,6	74,9	80,7	77,0	**71,8**	73,0	74,7	71,3	**73,1**
STRANIERE	40,3	56,8	50,8	56,8	55,9	**51,6**	40,9	47,6	40,8	**42,9**

lati ai disagi socio-economici (tubercolosi, infezioni, alcolismo…). Eppure, anche considerando la classe di stranieri regolarizzati, emergono comunque consistenti differenze tra il modo in cui le italiane e le straniere hanno cura della propria salute. Gli stranieri, infatti, conservano una certa reticenza a sottoporsi alle cure, un po' per difficoltà di accesso ai servizi ma anche per una minore abitudine alla prevenzione e all'assistenza sanitaria. Si sottopongono a meno visite mediche, a meno accertamenti diagnostici e a meno visite specialistiche. Più frequente, invece, è il ricorso ai servizi di emergenza, anche come punto di accesso ai ricoveri. Questo evidenzia una chiara disinformazione da parte degli stranieri sul funzionamento del sistema pubblico italiano e sui loro diritti ad usufruire dei servizi.
Anche quando si parla di salute al femminile. Per esempio, meno della metà delle donne straniere ricorre agli screening per la prevenzione dei tumori femminili (il 51,6% al pap test e il 42,9% alla mammografia). Quando si parla di italiane, la media è di oltre il 70% (il 71,8% per il pap test e 73,1% per la mammografia). Le differenze sono più sottili nelle fasce di età inferiore (indice di scarsa attenzione alla propria salute anche da parte delle giovani italiane), mentre diventano nette nelle fasce di età più alte, come se tra le italiane crescesse nel tempo la consapevolezza di quanto la prevenzione sia importante. Certo, molte delle straniere in età adulta risiedono da poco tempo in Italia, quindi per loro è stato più difficile acquisire informazioni e consapevolezza sui servizi offerti a tutela della salute da parte del Servizio sanitario nazionale. Resta il fatto che una buona politica della sensibilizzazione appare essenziale allo scopo di invertire la rotta.
Dall'indagine Istat emerge un'importante elemento: i programmi di screening attivati dalle Asl catturano proprio quei target di popolazione straniera che più raramente effettuano tali controlli, cioè le albanesi e le marocchine. In modo simile, si registra la tendenza delle donne straniere a rivolgersi alla sanità pubblica per ricevere assistenza durante la gravidanza: il 38,3% è stata seguita da un consultorio pubblico rispetto a 13,7% delle italiane Tuttavia una quota più alta di donne straniere non esegue tempestivamente i necessari controlli: ha effettuato un'ecografia entro il terzo mese solo il 68,5% delle straniere contro l'88,3% delle italiane. È evidente, dunque, l'importanza di far conoscere i programmi di tutela della salute all'interno delle comunità straniere e a questo scopo l'azione politica, nazionale e locale, riveste un ruolo fondamentale.

Più aborti tra le straniere

Come già detto le donne straniere abortiscono 3/4 volte più spesso delle italiane, un dato sconcertante dietro il quale ci sono i drammi di tante donne e l'incapacità dell'Italia di sostenere la nascita della vita tra le comunità straniere. Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg), infatti, in Italia continua tendenzialmente a diminuire. Nel 2007 ne sono state effettuate 126.562, con un decremento del 3,4% rispetto al 2006, e il tasso di abortività è stato pari a 9,1 Ivg per 1.000 donne in età fertile (tra i 15 e i 49 anni), il 3,4 rispetto all'anno precedente. Ma questa tendenza riguarda solo le italiane. Anche se per le straniere l'aborto rappresenta, nella maggioranza dei casi, l'estrema ratio, per loro il ricorso all'Ivg è cresciuto dal 31,6% sul totale delle Ivg in Italia del 2006 al 32,2% del 2007. E non si tratta solo di giovani nubili, come spesso accade tra le italiane. Il ricorso all'aborto è altissimo tra le donne straniere adulte che hanno già dei figli e che ritengono una nuova nascita insostenibile per la gestione socio-economica della famiglia.
Una delle ragioni di questo alto ricorso all'aborto è che tra le cittadine straniere è particolarmente scarsa la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile.

CITTADINI STRANIERI

3.891.295

RESIDENTI IN ITALIA

DONNE

1.977.693

UOMINI

1.913.602

RAGAZZI CON MENO DI 18 ANNI

862.453

BIMBI NATI IN ITALIA DA GENITORI STRANIERI

72.472

TASSI DI ABORTIVITÀ PER 1000 DONNE RESIDENTI IN ITALIA PER CITTADINANZA E CLASSI DI ETÀ (anno di riferimento 2005)

ETÀ	CITTADINANZA	
	ITALIANE	STRANIERE
18-24	10,.5	46,1
25-29	10,0	39.6
30-34	8,8	32,7
35-39	7,6	24,5
40-44	3,7	9,3
45-49	0,4	0,9

Fonte: elaborazione Donneinrete su dati Istat, Relazione annuale Ivg del ministero della Salute, Rapporto Cedap del ministero della Salute

Politica e società civile per superare gli stecccati

All'incontro organizzato da *Donneinrete* era presente anche la senatrice **Fiorenza Bassoli**, capogruppo PD in Commissione Igiene e Sanità del Senato che ha sottolineato l'importanza di "una giornata che ci ricorda obiettivi importanti e richiama ad un impegno che dovrebbe essere quotidiano". Lo slancio verso questi cambiamenti da parte delle ragazze immigrate, ha osservato la Bassoli, "è senz'altro dovuto al diretto contatto con le coetanee italiane, che le porta a condividere i pensieri e i costumi tipici delle nostre adolescenti diversi dalla loro cultura e tradizione". Per la senatrice sarebbe dunque opportuno aprire un dialogo con queste ragazze, "per le quali spesso questi cambiamenti avvengono tra l'ostilità dei familiari, che non lo accettano. Un dialogo che, senza dubbio, dovrebbe partire dalle scuole".
Cristina Stancari, assessore alle Politiche giovanili e Pari opportunità della Provincia di Milano, ha osservato come "nei comuni tentativi di trovare un punto di incontro ed equilibrio si rischi di esasperare stereotipi reciproci difficili poi da superare. Ma siamo convinti che sono sempre le donne il volano che permette di rimettere in gioco il tutto. Sono le donne che, con le proprie e innate risorse di accoglienza e di dialogo, sanno aprire un confronto costruttivo tra popoli e cittadini di origine diversa". Stancari ha infine condiviso l'opinione che "interventi mirati di prevenzione e cura rappresentano un'occasione importante per tutte le donne straniere per godere di una vita migliore e superare usanze che spesso le discriminano fino all'offesa fisica".
Politica ma anche società civile nella giornata promossa da *Donneinrete* con la presenza di rappresentanti delle comunità straniere in Italia. Tra queste **Ovejdane Mejei**, ricercatrice al Politecnico di Milano, e **Sumaya Abdel Qader**, autrice del libro "Porto il velo, adoro i Queen", che hanno raccontato la loro esperienza di donne immigrate dimostrando come l'integrazione possa essere virtuosa e colma di valori. In particolare, Sumaya Abdel Qader ha sottolineato l'importanza della manifestazione poiché "le donne di diversa esperienza si mettono in gioco per costruire una rete comune in cui la voglia di collaborare per i propri diritti e per i propri doveri sia preminente. Le donne sono coscienti del fatto che le diversità rappresentano un fattore importante per portare avanti un discorso che alla fine è comune". **Angela Quaquero** vice presidente provincia di Cagliari ha parlato della sua esperienza, ricordando come "l'immigrazione a Cagliari è cominciata da pochi anni, le cifre sono ancora molto leggere. Questo vuol dire che è possibile costruire servizi per l'immigrazione e servizi di presa in carico per fare qualcosa prima che sia tardi cercando di garantire le opportunità di legge ai soggetti fragili. Gli immigrati lo sono e una donna immigrata lo è ancora di più".
"Le donne immigrate – è il pensiero di **Tiziana Scalco**, segretaria Cgil Camera Lavoro di Milano – hanno una storia, un vissuto già consolidato nel loro Paese, qui portano tutta la loro esperienza. L'iniziativa di *Donneinrete* è interessante è un'iniziativa che noi accogliamo con grande interesse ed entusiasmo".
Per **Sara Valmaggi**, Consigliere regionale Lombardia, l'iniziativa dimostra "una capacità di mettere insieme sia l'approfondimento riguardo alcuni temi, sia il dare i necessari segnali politici rispetto a quello che le istituzioni dovrebbero impegnarsi a fare in settori quali la tutela dei diritti della salute e la tutela dei diritti della salute delle donne. Questo è importante perchè associazioni che pungolano la politica rispetto alle necessità di interventi particolareggiati in favore delle donne non possono che fare bene alla politica e alle cittadine". Y

Inchiesta di *GynecoAogoi* sul futuro delle leggi per la sanità (Prima parte)

Cosa bolle in Senato

di Ester Maragò

A colloquio con i senatori Bianchi (Udc), Bosone (Pd), Mascitelli (Idv), Rizzi (Lega) e Tomassini (Pdl) per capire quali provvedimenti potranno effettivamente tagliare il traguardo entro la fine della legislatura

Abbiamo raccolto il parere di alcuni esponenti delle forze politiche di maggioranza e opposizione per capire, calendario alla mano, quali, di tutti i provvedimenti che hanno a oggetto temi sanitari, potranno vedere effettivamente la luce a breve o comunque entro la fine della legislatura. La prima puntata dell'inchiesta parte dal Senato che vede in *pole position* i disegni di legge sulle malattie rare e la responsabilità professionale medica. Ma nel cassetto dei parlamentari ci sono anche altri progetti di legge che potrebbero tagliare il traguardo, come quello sul riordino del servizio farmaceutico, a patto che venga sciolto il nodo delle parafarmacie. C'è poi chi punta sulla revisione del Ssn in chiave federalista come il leghista Rizzi, o sul restyling dei criteri di nomina dei Dg come il senatore Mascitelli dell'Idv. La senatrice Bianchi, che recentemente è traghettata dal Pd all'Udc, ha a cuore invece un provvedimento per il sostegno alle famiglie dei bambini affetti da patologie onco-ematologiche, mentre i senatori Tomassini del Pdl e Bosone del Pd, rispettivamente presidente e vicepresidente della commissione Igiene e Sanità, vorrebbero vedere anche il decollo del Ddl sul fumo.

Dorina Bianchi (Udc)
Vicepresidente del gruppo Udc-Svp-Is-Aut

Tempi più celeri per chi chiede aiuti immediati

Senatrice Bianchi, quali sono i provvedimenti che pensa di portare a casa entro la fine della legislatura?
Sicuramente il provvedimento sulle malattie rare. Come sappiamo è bloccato da circa otto mesi in commissione Bilancio, ma meriterebbe, vista la grande importanza che riveste, un via libera immediato. Altri provvedimenti che meriterebbero di andare avanti, sono quello sull'endometriosi e quello che introduce misure di sostegno per le famiglie con bambini affetti da patologie onco-ematologiche. È una proposta alla quale tengo particolarmente, realizzata in collaborazione con l'associazione Peter Pan. Mi piacerebbe venisse affrontata in quanto andrebbe anche a completare la legge 104 del 1992 che purtroppo non risponde alle esigenze di queste famiglie e dei bambini che hanno bisogno di assistenza immediata. Prevede, infatti, l'istituzione di un fondo di solidarietà che tuteli forme di invalidità dei bambini. Dobbiamo arrivare a garantire tempi celeri per che ha invece bisogno di aiuti immediati. Sto parlano di circa 1600 bambini che ogni anno si ammalano e di 400 di loro che non sopravvivono alla malattia.
Cosa prevede questo provvedimento e a che punto è?
La proposta prevede la costituzione di un fondo di solidarietà per aiutare quelle famiglie senza reddito fisso o che hanno un lavoro precario e non sono perciò in grado di assistere in maniera adeguata i propri figli. Si garantirebbe in questo modo assistenza, integrazione sociale, sostegno economico e tutela del posto del lavoro. Penso in particolare a quelle famiglie costrette a spostarsi verso centri oncologici pediatrici di riferimento lontani dal proprio luogo di residenza. Il Ddl è stato assegnato in commissione Igiene e sanità e mi auguro sia calendarizzato nei prossimi mesi.
Altre proposte di legge sulle quali intende procedere?
Quella sul consenso informato. Se ne parla tanto, ma oggi come oggi non c'è una normativa che stabilisca con regole certe quello che deve essere fatto. E quindi, assistiamo a comportamenti diversificati, non solo da Regione a Regione, ma anche da un'Azienda all'altra. Per questo ho presentato un Ddl dove si prevede tra l'altro l'introduzione di una cartella elettronica con regole e percorsi rigidi da seguire. Occorre andare avanti anche sul provvedimento sulla responsabilità professionale: è determinante mettere fine al fenomeno della medicina difensiva che comporta solo un aggravio di spese e analisi inutili per i pazienti. Darebbe inoltre una spinta all'informatizzazione del sistema sanitario.
Sul riordino del settore farmaceutico?
Credo ci sia la necessità un riordino. Ritengo che la farmacia faccia parte del Ssn, deve quindi sottostare a regole e controlli. Soprattutto penso debba essere potenziata diventando un punto di riferimento per i cittadini sul territorio, magari individuando anche nuovi servizi aggiuntivi da offrire. Non sono per una liberalizzazione ad oltranza. Il farmaco non è un bene di consumo ma deve essere dispensato con cognizione da chi esercita la professione.

Daniele Bosone (Pd)
Vicepresidente commissione Igiene e Sanità

Servono fondi certi per le malattie rare

Senatore Bosone, i provvedimenti di carattere sanitario sui quali la dodicesima commissione sta lavorando sono numerosi. Su quali punta?
L'elenco dei provvedimenti è ricco. Oltre quello sulle cure palliative, che abbiamo già approvato, c'è il Ddl sulle malattie rare: un provvedimento condiviso sia dalla maggioranza che dall'opposizione attualmente all'attenzione della commissione Bilancio per la copertura finanziaria. C'è poi il provvedimento sul tabacco e quello sulla responsabilità professionale. Questo è un provvedimento di grande importanza per la professione medica, soprattutto in questa fase storica in cui l'aumento di cause per contenzioso medico è indiscutibilmente preoccupante. Dobbiamo quindi dare risposte al paziente perché venga risarcito in tempi brevi e soprattutto dobbiamo offrire maggiori tutele al medico. Bisogna rivedere l'assicurazione obbligatoria e le modalità di conciliazione sbrigativa tra l'Ente e il paziente danneggiato in modo che si eviti di adire a giudizi di tipo penale quando non c'è necessità.
C'è un punto particolarmente qualificante di questo testo sul quale l'opposizione non intende recedere?
Quello sulla istituzionalizzazione delle unità di rischio clinico. Le abbiamo previste con chiarezza, devono essere obbligatorie, con compiti specifici nello stabilire percorsi sicuri all'interno dell'ospedale; soprattutto saranno un luogo deputato a gestire il contenzioso. I pazienti avranno così un referente certo e i medici potranno contare su un'assicurazione adeguata e obbligatoria da parte dell'Ente. Non solo, è previsto anche l'istituzione di un fondo integrativo per le Regioni che non avessero possibilità di offrire una copertura assicurativa.
A che punto siamo per questo provvedimento?
Attualmente è fermo in commissione Bilancio per questioni di copertura economica necessaria per istituire il fondo di garanzia. Il nodo è capire quale impatto avranno sull'organizzazione sanitaria regionale, e quindi poi sul Fsn, le unità di rischio clinico.
Che tempi di attuazione prevede?
Complicato fare previsioni. Spero che entro l'estate, sia questo provvedimento sia quello sulle malattie rare, approdino alla Camera.
Sulle malattie rare quali sono le difficoltà da superare?
Servono fondi certi. Per far decollare la legge c'è bisogno di 100/150 milioni di euro. Bisogna allargare lo screening neonatale e creare percorsi terapeutici personalizzati; serve un fondo di garanzia per le Regioni che non riescono a garantire l'accesso ai farmaci, così come c'è bisogno di stanziamenti per la ricerca. Soprattutto, dobbiamo superare un problema annoso: quello del conflitto di competenze tra Stato e Regioni. Dobbiamo riprenderci in mano il pallino della sanità.
Qualcos'altro nel cassetto?
Il Ddl sul fumo. Ho presentato una proposta che si muove in due direzioni: rendere più difficile l'accesso al fumo attivo e intervenire contro il fumo passivo. In commissione è stato assunto come testo base il Ddl Marino, Tomassini, e in sede di discussione presenterò un emendamento per l'estensione della legge Sirchia agli spazi all'aperto degli esercizi di ristorazione. Chi è seduto all'esterno, soprattutto con bambini, non deve subire il fumo passivo. Ma senza arrivare a forme di estremizzazione come quelle attuate in alcuni Stati americani che vietano addirittura il fumo nei parchi. C'è poi il Ddl sulla regolamentazione delle medicine non convenzionali. Un argomento annoso che interessa milioni di persone e divide l'Italia tra fan e oppositori, ma che meriterebbe invece un approccio medico e molto più pragmatico. Ha bisogno di essere regolamentato per capire chi vi può accedere e chi può esercitarle. A breve presenterò in commissione un testo di legge unificato sul quale inizieremo a discutere.
E sul riordino del servizio farmaceutico?
Siamo tutti d'accordo nel ribadire che le farmacie stanno nel Ssn e sono un'articolazione importante in quanto assolvono nell'ambito della continuità territoriale ad una funzione fondamentale di cerniera, tra paziente, medico di medicina generale e ospedale. Rimane da sciogliere il nodo delle parafarmacie che ritengo siano state un elemento di innovazione importante. È chiaro che queste strutture sono un qualcosa di diverso dalle farmacie. E devono rimanere qualcosa di diverso. Ritengo che debbano essere mantenute in quan-

to hanno avuto un ruolo importante nel calmierare i prezzi anche grazie all'incremento dei farmaci generici. Insomma, tutto ciò che aiuta a razionalizzare il costo della farmaceutica nell'ambito del Ssn è ben venuto. Ma è chiaro che la farmacia rimane 'la farmacia' con le tutte sue funzioni specifiche nell'ambito del Ssn.

Alfonso Mascitelli (Idv)

Svincoliamo la sanità dalla pervasività della politica

Senatore Mascitelli, su quali provvedimenti l'Idv intende battersi fino in fondo?
L'Idv ha presentato diverse proposte di qualità. Alcune ci interessano in modo particolare: quella sui criteri di nomina dei Dg e quella sulla responsabilità professionale medica. Per quanto concerne la prima, sulla quale abbiamo presentato dei progetti di legge sia alla Camera sia al Senato, consideriamo dirimente il problema di svincolare la ge-

stione della sanità dalla pervasività della politica. Una invasione che sfocia in clientelismo, in sprechi e inefficienze, con ricadute negative su tutto il circuito di nomine, dai manager fino ai dirigenti di secondo livello. Questa filiera va completamente abolita. La nomina dei Dg deve essere legata solo a criteri di competenza e capacità manageriali. Alla Camera c'è un progetto di legge più ampio presentato da Mura e Palagiano dell'Idv, che concerne il rispetto della meritocrazia nella nomina dei dirigenti sanitari. Altro fiore all'occhiello è poi il Ddl di ristrutturazione della rete nazionale dei consultori familiari, un punto di riferimento importante per i cittadini sul territorio, sminuito nelle sue potenzialità.
Sulla responsabilità professionale medica?
La nostra posizione è semplice e chiara: non vogliamo dare nessun salvacondotto o immunità alla classe medica, desideriamo però evitare una ipertrofia dei contenziosi giudiziari civili e soprattutto penali, che nel 70-80% dei casi si esauriscono con un non luogo a procedere. Intendiamo invece puntare sempre di più, da un lato sul consenso informato e dall'altro sul potenziamento della fase della conciliazione nel caso in cui ci sia un presunto errore. Questo per far sì che il paziente possa avere in tempi rapidi un risarcimento, senza una colpevolizzazione personale del medico. Chiediamo quindi l'obbligo di assicurazione da parte delle strutture prevedendo anche la possibilità, già presente in molti Paesi anglosassoni, di un arbitrato da parte di un collegio terzo con competenza tecnica e scientifica.
Lei è membro della commissione Bilancio dove sono fermi due provvedimenti: sulla responsabilità professionale e sulle malattie rare. Cosa ci dice in proposito?
Quando c'è la volontà politica, la copertura economia si trova. Questa è l'esperienza che ho maturato. Il problema è che sia la Bilancio che altre commissioni privilegiano procedimenti di interesse governativo a discapito di quelli che andrebbero a beneficio dei cittadini.
Nessun ottimismo quindi sulla possibilità che questi provvedimenti si sblocchino?
Nonostante tutto, per alcuni, penso ad esempio alle malattie rare, conservo un certo ottimismo. Se siamo riusciti a sbloccare il provvedimento sulle cure palliative, nonostante le risorse economiche stanziate siano esigue, penso che anche questi progetti potranno andare in porto. Sempre che il Governo dimostri di avere un reale interesse garantendo i fondi. I soldi ci sono: gli introiti derivanti dallo scudo fiscale sono stati superiori alle aspettative. E dal momento che Tremonti aveva garantito sarebbero stati destinati al sociale e alle famiglie, quale migliore occasione di questa per portarli avanti? Sono però pessimista riguardo alla legge di revisione dei criteri di nomina dei Dg: la politica continua ad avere troppi interessi nel mantenere un controllo ferreo sul complesso sistema sanitario.
Qual è la vostra posizione in merito al riordino del servizio farmaceutico?
Riteniamo sia utile e necessaria una regolamentazione del settore. Abbiamo espresso grandi perplessità su quella linea di pensiero favorevole a una liberalizzazione della rete farmaceutica che trasformerebbe un settore delicato in una semplice attività commerciale. In ogni modo la regolamentazione non si deve trasformare in un oligopolio rigido.

Fabio Rizzi (Lega nord)

Ddl sulla responsabilità professionale: una vera rivoluzione

Senatore Rizzi, su quali provvedimenti darete battaglia?
In commissione Igiene e Sanità abbiamo già raggiunto un accordo bipartisan su una serie di provvedimenti per noi particolarmente importanti. Peccato siano bloccati in commissione Bilancio per carenza di fondi. Primo fra tutti quello sulla responsabilità sanitaria. Una vera rivo-

luzione sul fronte dell'errore medico: garantisce rapidità di risarcimento ai pazienti e colloca il medico in una condizione di prestatore d'opera, vale a dire quella di un professionista che può anche sbagliare senza però vedersi rovinare completamente la vita; responsabilizza direttamente le strutture sanitarie "obbligandole" a un'adeguata copertura assicurativa per tutti i professionisti e pone obblighi specifici per le compagnie assicuratrici. Proprio su quest'ultimo aspetto punteremo i piedi presentando un emendamento che obbliga le compagnie a rinnovare la polizza in caso di sinistro con un incremento del 5%, o al massimo del 10%, ma senza raggiungere gli attuali aumenti del 200-300%.
Altri provvedimenti prioritari nella vostra agenda?
Abbiamo presentato un testo di revisione della legge 502 che va in direzione federalista e sul quale stiamo lavorando da un anno. Una devoluzione della devoluzione. La sanità è ormai materia regionale, ma stiamo andando incontro a una centralizzazione regionale con tutti i rischi a questa connessi. Proponiamo quindi una devoluzione di tutta una serie di compiti dalle Regioni al territorio.
Si spieghi meglio.
Vuol dire dare alle Asl una autonomia funzionale vera, ossia la gestione diretta del budget. Questo consentirebbe alle Asl di andare a contrattare le prestazioni direttamente con le strutture erogatrici, quindi Ao e strutture private convenzionate. Inoltre, si potrebbe sancire definitivamente chi fa che cosa. Questo Ddl potrebbe essere presentato in abbinamento al provvedimento sul governo clinico quando arriverà in Senato. C'è poi la revisione della legge sulla psichiatria. Dobbiamo arrivare a un'implementazione tra l'attività ospedaliera e quella territoriale per separare il malato acuto da quello cronico e soprattutto le patologie importanti, come ad esempio le schizofrenie, da tutta una serie di patologie annoverate tra le malattie psichiatriche, che però hanno un'intensità di cura diversa e oggi intasano strutture occupando risorse in maniera non giustificata. Questo provvedimento non è stato purtroppo ancora calendarizzato perché siamo bloccati su Ddl che non vanno avanti per mancanza di copertura economica.
E sul riordino del servizio farmaceutico?
Il nodo del contendere, soprattutto all'interno della compagine del Pdl, è capire che fine devono fare le parafarmacie. Se si scioglie il provvedimento, almeno qui al Senato, potrebbe essere approvato in tempi brevi. Non sono per la sanatoria delle parafarmacie, tantomeno per una loro eliminazione. Credo che l'unica soluzione plausibile possa essere quella di creare un sistema di punteggi facilitati nei concorsi per l'accesso alle nuove farmacie che dovranno essere previste sul territorio. Ne servono almeno 3000, se ne parla da tempo ma nulla ancora è stato fatto.

Antonio Tomassini (Pdl)
Presidente commissione Igiene e sanità

Obiettivo: approvare malattie rare e responsabilità professionale

Senatore Tomassini, quali sono i provvedimenti che intende portare a casa entro la fine di questa legislatura?
Malattie rare, responsabilità professionale del personale sanitario, ossia la legge sul rischio clinico e quello delle professioni sanitarie. Provvidenti che ho presentato, sui quali il Governo ha espresso la sua condivisione e l'opposizione ha manifestato il suo appoggio. Quindi voglio portarli a termine prima della fine della legislatura.
Parliamo del provvedimento sulle malattie rare.
Il Ddl sulla malattie rare è attualmente bloccato in commissione Bilancio per un problema di risorse, come avviene per molti altri provvedimenti. D'altronde la crisi è un fatto reale. Ora però le prospettive sono tali per cui, secondo una lista di priorità, quello che è utile e costa poco va sbloccato. Quindi sulle malattie rare sono ottimista, hanno bisogno di 100 milioni di euro per partire, ma possiamo arrivare anche a 200 milioni. Dobbiamo inoltre pensare che molti soldi sono già stati spesi, e molto spesso anche male perché non sappiamo creare il circuito giusto per gestire e orientare i pazienti, non ci sono linee guida.
Molti provvedimenti di interesse sanitario in discussione in Parlamento sono bloccati dalle Regioni per conflitti di competenze.
Questo è un tema importante. Le Regioni fin ora si sono comportate come una camera sindacale, non come un organo legislativo. Con le prossime elezioni regionali lo scenario potrebbe cambiare. Comunque, sicuramente c'è una necessità urgente di attuare delle riforme Costituzionali, per dare una diversa e più pregnante funzione delle Camere. Credo che tanti Governatori si sono resi conto che la

compensazione delle sperequazioni tra Regione e Regione porti solo a spese ulteriori. Invece di passare a un sistema anarchico – e diciamo concorrenziale – sarebbe più opportuno avere anche regole guida a livello nazionale su temi inscindibili, come farmaci, malattie rare e quant'altro.
Quindi la riforma del Titolo V andrebbe rivista?
Noi avevamo già espresso la nostra contrarietà nella XVI legislatura. Ma all'epoca fummo bocciati da chi oggi protesta.
Torniamo alla responsabilità professionale medica. Perché urge arrivare a un provvedimento?
Il metodo giudiziario attuale prevede iter lunghissimi in quanto non contempla le camere di conciliazione e le unità di rischio preventive che consentirebbero di ovviare a molte situazioni. Non abbiamo neanche il tetto dei risarcimenti o l'istituzione della lite temeraria. Vanno equilibrati i diritti per risarcire prima i pazienti e anche per tutelare i medici che hanno fatto scelte correttissime ma pagano per l'insufficienza delle strutture dove operano.
Che tempi di attuazione prevede?
Spero rapidi. Con il passaggio alla Camera, un anno da oggi.
C'è in discussione anche il Ddl sul fumo presentato da lei e dal collega Marino. Cosa ci dice su questo provvedimento?
La fase istruttoria ha portato via

▶ Segue a pagina 29

Per gli Usa si apre una nuova era per l'assistenza sanitaria

Obama ce l'ha fatta: la riforma sanitaria è legge

di Stefano Simoni

> Il sistema resterà sostanzialmente privato, ma con la nuova legge anche i 32 milioni di americani troppo ricchi per il Medicaid e troppo poveri per permettersi una polizza assicurativa, saranno comunque garantiti grazie a un bonus sanitario federale pagato dallo Stato

Anche se mancano ancora diversi passaggi parlamentari per la definitiva messa a punto della riforma sanitaria, fortissimamente voluta dal presidente Barack Obama, il passaggio più atteso, quello del voto definitivo della Camera sul testo già approvato dal Senato prima di Natale è stato superato. La macchina per trasformare la sanità americana è partita. Durante tutta la compagna elettorale Obama ha esortato gli elettori americani a credere nel cambiamento incitandoli con quel "yes we can" che è diventata la cifra della sua linea politica. Ce la possiamo fare diceva ossessivamente il candidato democratico e in effetti, una volta diventato presidente ce l'ha fatta. Ce l'ha fatta a cambiare il sistema sanitario americano che da domenica 21 marzo è stato riformato. Certo non è quella riforma che si credeva all'inizio, ma dopo un anno di scontri politici, colpi di scena e, soprattutto, mediazioni Barack Obama ha ottenuto una straordinaria vittoria politica riuscendo a far approvare dal Congresso una legge che amplia la copertura sanitaria degli americani vincendo, di fatto, la sfida più ambiziosa del suo programma politico portando a casa la più ampia iniziativa di riforma sociale degli ultimi 50 anni negli Stati Uniti.

La Camera dei rappresentanti ha infatti approvato il progetto di legge con 219 voti a favore (tre più dei 216 necessari) e 212 contrari.

Il voto decisivo è arrivato nella notte italiana al termine di una giornata difficile per Obama, contraddistinta da luci e ombre: a poche ore dal voto Steny Hoyer, leader democratico parlando alla Nbc riferiva infatti di "una maggioranza di pochi numeri", mentre il NY Times scriveva che i democratici ce l'avrebbero fatta "per un pelo" a superare la maggioranza richiesta.

Gli ostacoli per la presidenza, oltre alla naturale opposizione repubblicana (che ha votato compatta per il "no") erano rappresentati anche dai cosiddetti "blue dogs", ovvero quei liberal antiabortisti contrari all'utilizzo dei fondi federali per l'aborto. E con questi Obama ha dovuto fare i conti riuscendo alla fine ad incassare il sì della pattuglia di 12 deputati antiabortisti, guidati da Bart Stupak, in cambio di un impegno, da parte della Casa Bianca, a riaffermare il bando all'uso di fondi federali per le iniziative a sostegno dell'aborto. E comunque, nonostante tutto, alla fine più di 30 deputati democratici hanno ugualmente votato "no".

Eppure si tratta di una vittoria storica per l'amministrazione Obama che è riuscita lì dove altri presidenti da Teddy Roosevelt a Bill Clinton passando per Harry Truman e Lyndon Johnson avevano mancato l'obiettivo.

Altra protagonista della vicenda è stata la *speaker* della Camera, Nancy Pelosi che è riuscita a convincere Barack Obama ad andare avanti nell'approvazione della riforma. La Pelosi, entrata domenica in Aula con in mano il martello usato da Johnson per sancire l'approvazione di Medicare, sembra uscirne anche lei come la vincitrice di questa partita. Ad ammetterlo in un editoriale è l'ex speech-writer di Geroge W. Bush, David Frum, che ha definito senza mezzi termini questa legge come la "Waterloo" del partito repubblicano. La più cocente sconfitta legislativa per il movimento conservatore dagli anni Sessanta. Secondo Frum anche il voto di *mid-term* non è più così scontato e soprattutto ha scritto che "le maggioranze vanno e vengono mentre questa legge sulla sanità è per sempre. A questo punto una vittoria a novembre per i repubblicani sarebbe davvero una piccola compensazione rispetto alla debacle di oggi".

Consapevole di ciò Obama ha commentato il successo non senza enfasi "questa notte abbiamo risposto alla chiamata della storia". Stanco, ma visibilmente orgoglioso del risultato il presidente dopo aver telefonato alla speaker della Camera, Nancy Pelosi, è comparso davanti alle telecamere per annunciare "Questo è il volto del cambiamento. Stanotte abbiamo risposto alla chiamata della storia come molti altri americani avevano fatto prima di noi. Quando siamo di fronte alle difficoltà, non ci tiriamo indietro dalle sfide, noi le superiamo. Abbiamo dimostrato che il paese sa ancora fare grandi cose e affrontare grandi sfide. Non rifiutiamo le nostre responsabilità, le abbracciamo. Non abbiamo paura del nostro futuro, noi lo forgiamo".

"Il voto di oggi – ha proseguito Obama – risponde alle preghiere di tutti gli americani che speravano profondamente che fos-

PARLA L'ESPERTO ITALIANO CHE HA COLLABORATO CON OBAMA

"Non è stata solo una battaglia contro le lobby"

All'indomani dell'approvazione della Camera degli Stati Uniti del progetto di riforma della sanità del presidente Obama, Gyneco ha raggiunto a Bangkok, dove è impegnato in un meeting internazionale sulla sanità, il dottor Gino Gumirato, l'esperto italiano di gestione dei servizi sanitari chiamato dalla Casa Bianca a far parte dello staff presidenziale per la messa a punto della riforma

Dottor Gumirato, la travagliata riforma sanitaria è arrivata a destinazione. È un lieto fine?

Lo è senz'altro. È una svolta storica e una lezione importante. La modifica del sistema sanitario statunitense, infatti, non incide solo sugli aspetti economici o sull'equità di accesso alle cure, ma colpisce la pancia dei cittadini americani. Viene infatti a cadere il "mito" della libertà di cura a prescindere da qualsiasi altra considerazione di solidarietà sociale. Libertà di scegliersi le cure che si vuole, gli ospedali e le assicurazioni preferiti. Così, secondo gli americani, doveva essere una sanità moderna ed efficiente. Un sistema che invece si è rivoltato contro i cittadini, creando un giro di affari multimiliardario dai costi altissimi ma dalle scarse tutele.

La riforma Obama non è stata solo una battaglia contro le lobby. È stata una battaglia contro un'idea massimalista dell'individuo, unico e solitario artefice del proprio futuro, salvo poi scoprire che, quando si è malati, soprattutto per lungo tempo e in maniera grave, il modello della libera scelta è un modello folle. Che non ti cura, che non ti dà servizi e che ti fa vendere la casa quando le spese diventano insostenibili.

Quali sono i principali cambiamenti che saranno introdotti?

Il punto fondamentale di questa riforma sta nella possibilità di tutelare la salute del 95% della popolazione statunitense, estendendo la copertura assicurativa a 32 milioni di citta-

se fatto qualcosa per un sistema che lavorava per le compagnie assicurative e non per la gente comune".
"Questa legge – ha concluso con realismo il presidente Usa – non risponde a tutti i difetti del nostro sistema sanitario, ma muove decisamente nella giusta direzione. Non è una riforma radicale, ma è una riforma importante".
Adesso cosa succede? La riforma estenderà i servizi sanitari a 32 milioni di statunitensi grazie all'allargamento del raggio di azione dei programmi di salute pubblica (Medicare, finora limitato ai cittadini con reddito al di sotto della soglia dell'indigenza) e grazie ai sussidi alle famiglie che non possono acquistare polizze assicurative private; vieterà anche alle compagnie assicurative di rifiutare le polizze a bambini o adulti con malattie congenite e impedirà di revocare le polizze ai già assicurati. Una riforma dunque che è una pietra miliare grazie alla quale il 95 per cento dei quasi 300 milioni di cittadini americani disporrà di una copertura sanitaria.
Il testo approvato dalla Camera è identico a quello già votato dal Senato ed ha ottenuto anche la ratifica da parte della Casa Bianca. A questo punto mancano però ancora alcuni passaggi parlamentari per la definitiva messa a punto di tutti gli ambiti della riforma.

La riforma Usa in pillole

La legge rende accessibile una copertura assicurativa al 94% (il 95% con l'emendamento) dei cittadini non anziani, espandendo il servizio Medicaid e offrendo dei benefici fiscali senza i quali molte persone troverebbero difficile permettersi un'assicurazione.
La riforma rende di fatto obbligatorio acquistare una copertura sanitaria individuale, altrimenti la pena è una multa di 750 dollari oppure – qualora la cifra fosse maggiore – del 2% dei redditi entro il 2016 (695 dollari e il 2,5%, con l'emendamento approvato).
Cambiamenti anche per i datori di lavoro. Il testo del Senato non lo include, ma richiede alle aziende con 50 o più impiegati di contribuire alla spesa se questa è a carico dei contribuenti. L'emendamento prevede per le stesse imprese una tassa annuale di 2mila dollari, ma applicabile solo a partire dal 30simo impiegato.
Obama ha approvato un executive order sull'aborto che di fatto mantiene lo status quo – niente fondi federali se non in casi estremi – nonostante la legge preveda la possibilità di ricorrere alle assicurazioni per le interruzioni di gravidanza, pagandole tuttavia come un servizio a parte rispetto alla normale copertura.
Per quanto riguarda poi la copertura finanziaria questa è assicurata dai tagli al programma Medicare e a nuove tasse, comprese quella sulle coperture assicurative che superano i 23mila dollari per una famiglia di quattro persone, nonché le coppie con un reddito superiore ai 250mila dollari l'anno.
L'emendamento ritira l'impatto fiscale ma prevede anche una tassa sugli investimenti del 3,5% sempre per le coppie con un reddito superiore ai 250mila dollari l'anno.
Il servizio per i cittadini indigenti verrebbe ampliato fino a coprire chiunque guadagni meno del 133% della soglia di povertà a livello federale (circa 29mila dollari l'anno per una famiglia di quattro persone). L'emendamento viene incontro alle esigenze dei governi statali aumentando il contributo federale alla copertura dei costi.

dini non assicurati ma anche a coloro sotto assicurati. Un popolo di circa 70 milioni di persone, a diversi livelli.
In pratica, l'assistenza sanitaria statunitense ora è pressoché universale. Pressoché perché, purtroppo, circa 11 milioni di cittadini rimarranno senza copertura per problemi di cittadinanza. Si tratta di persone che vivono stabilmente negli Stati Uniti, ma non hanno i certificati in regola per essere definiti cittadini americani e, di conseguenza, per essere ricompresi nella riforma. Per capirci, è un nodo simile a quello che in Italia ha visto la Lega contestare l'offerta di assistenza sanitaria gratuita agli immigrati. Un nodo che purtroppo gli Stati Uniti non sono riusciti a sciogliere.
Il secondo elemento fondamentale della riforma è quello – fin dall'inizio voluto dal presidente Obama – del divieto assoluto per le assicurazioni di inserire clausole vessatorie ambigue nelle polizze. Si tratta di strumenti che le assicurazioni utilizzavano per revocare le polizze o per non pagare i rimborsi e le spese in caso di malattie pre-esistenti o all'insorgere di patologie gravi e croniche. Addirittura si ritardavano le cure urgenti nell'attesa di accertamenti per autorizzare la spesa, facendo perdere al paziente gli evidenti benefici di un intervento immediato.
L'eliminazione di questi poteri in mano alle imprese assicurative era già prevista nel primo testo della riforma, ma la formulazione finale è forse ancora più restrittiva.
Continuando con i cambiamenti introdotti, si espandono i servizi Medicaid per i più indigenti e si offrono benefici fiscali per agevolare la stipula di un'assicurazione tra i cittadini a basso reddito ma non così basso da rientrare sotto la tutela del Medicaid riservata esclusivamente alle fasce povere. Ogni cittadino sarà così messo nelle condizioni di avere una copertura assicurativa.

Ci sono degli aspetti che sono stati fortemente modificati rispetto al testo di partenza?

Il principale cambiamento, frutto della negoziazione, riguarda la costituzione di un'Authority federale di controllo. Nel primo testo si ipotizzava che questa Agenzia costituisse un marketplace delle assicurazioni a livello federale, ovvero il centro di un meccanismo che prevedeva una copertura assicurativa federale nel caso in cui il cittadino non fosse riuscito a trovare tra le tante forme assicurative esistenti nel mercato quella che gli andasse meglio a un costo per lui accessibile. Nel nuovo testo il marketplace viene demandato ai singoli Stati, che dovranno mettere in campo gli strumenti informatici per conoscere in tempo reale tutte le assicurazioni, le condizioni e i prezzi per la stipula delle polizze dei cittadini. Ma serviranno probabilmente degli anni prima che il processo sia completato.
All'Agenzia federale spetterà invece il controllo centrale dei dati e l'armonizzazione degli strumenti ai vari livelli federali.

L'inclusione dell'aborto tra le prestazioni è stato tema di un acceso dibattito. Come si è concluso?

Su questo il presidente ha dovuto cedere. Alla fine hanno avuto la meglio coloro che criticavano il testo affermando che in questo modo si pagava l'aborto con i fondi statali. Il testo finale prevede che lo Stato Federale paghi fino a 6 mila dollari per ogni polizza assicurativa che l'impresa stipula per ogni dipendente. Ma da quei 6 mila dollari, che di fatto coprono l'universalità o la quasi universalità delle prestazioni che un cittadino può richiedere a una struttura sanitaria, resterà esclusa l'interruzione di gravidanza. In questo caso il cittadino potrà avere una copertura assicurativa per l'aborto solo se la pagherà per conto proprio.

Quante risorse saranno messe in campo per la manovra?

Sono stati messi a budget 970 miliardi di dollari in 10 anni e le previsioni di risparmio sui costi sanitari, alla fine del decennio, vanno da 120 a 130 miliardi di dollari a seconda degli scenari.
È rimasta una tassazione per i redditi molto alti, superiori a 250 mila dollari, e ci sono una serie di incentivi fiscali che consentiranno a diverse fasce di reddito di scalare i costi assicurativi dalle tasse, sia per le imprese che per i cittadini privati.

CHI È GINO GUMIRATO

43 anni, padovano, economista esperto di management dei sistemi sanitari, con una lunga esperienza come direttore amministrativo, prima a Viterbo, poi a Piacenza e a Chioggia. L'ultimo incarico nel Ssn italiano è stato quello di direttore generale dell'Asl 8 di Cagliari con la giunta Soru. Nel dicembre del 2008 per lui si è aperta una nuova avventura, con la chiamata nello staff economico del presidente Obama per studiare la riforma della sanità americana.

1° Convegno Nazionale del Collegio Italiano di Ostetricia e Ginecologia (Ciog)

Il dolore pelvico: da sintomo ad entità nosologica

di Sandro M. Viglino
Presidente Collegio Italiano
di Ostetricia e Ginecologia

Un laboratorio di idee e progetti per le società affiliate Aogoi, un luogo di sintesi, ma soprattutto una casa comune, "aperta e trasparente", dove le varie anime della ginecologia possano portare il proprio contributo scientifico e professionale. Nasce con questa mission il **Collegio italiano di Ostetricia e Ginecologia**, "braccio culturale di Aogoi", fortemente voluto dal segretario nazionale Chiantera, che per il suo primo congresso di avvio ha scelto, non casualmente, una problematica complessa e affascinante come il dolore pelvico, nella quale entrano in gioco diversi saperi ed esperienze. Un tema emblematico, perché "obbliga a convergere e a trovare sinergie anche con gli altri colleghi specialisti"

Sandro M. Viglino e Giovanni Monni al Convegno Nazionale del Ciog

L'idea, come sempre anticipatrice, di costituire un Collegio che potesse abbracciare in futuro le varie anime della Ginecologia ospedaliera e territoriale italiana la si deve al segretario nazionale Aogoi Antonio Chiàntera che nel 2001 depositò la denominazione e il logo del Collegio Italiano di Ostetricia e Ginecologia (Ciog). Il momento opportuno per dar vita a questo progetto scaturì, nel 2009, dalla decisione di comprendere nel Collegio le diverse Società scientifiche di estrazione ospedaliera (Smic, Sigite, Sios) e alcune realtà regionali (GiLT) o culturali (Fondazione Confalonieri Aragonese) per costituire con la stessa Aogoi e con Agite, che rappresenta la ginecologia territoriale ed extraospedaliera in generale, una sorta di contenitore unico in cui fosse più agile e fattivo il collegamento e la comunicazione tra i Ginecologi che ne fanno parte.
L'inizio del 2010 ha così visto realizzarsi il I Convegno Nazionale del Ciog, svoltosi a Milano il 26 febbraio scorso, che ha in qualche modo sancito la prima presentazione ufficiale del Collegio.

Il Ciog: una casa comune

Il Collegio, come si evince dalle premesse, si presenta un po' come il "braccio" culturale di Aogoi, di cui costituisce (o ha l'ambizione di costituire) una sorta di "appendice" scientifico-culturale. Esso è, o meglio dovrebbe diventare nel nostro intento, un vero e proprio laboratorio di idee e progetti che pur elaborati all'interno di ciascuna Società verranno poi messi a disposizione di tutti, nell'ottica di una casa comune, aperta e trasparente, in cui portare il proprio contributo scientifico e professionale. Se ciò si avvererà, consentirà ad Aogoi di procedere più agevolmente sulla strada già intrapresa di produzione in ambito scientifico (si pensi alla compilazione delle diverse linee-guida riferite a vari aspetti clinici della professione), potendo dedicarsi con maggiori energie ai tanti impegni più o meno gravosi che sempre più incombono sull'Associazione e alle iniziative, sempre più numerose, che ha in programma. È auspicabile quindi che il Collegio possa divenire un "luogo di sintesi" anche relativamente ai problemi (organizzativi, gestionali, economici, ecc.) che investono la nostra professione. Una sorta di "briefing" professionale permanente dove non solo vengono messe a confronto le problematiche che attengono alle diverse Società afferenti ma anche un luogo dove ogni collega può fornire la sua visione e i suoi suggerimenti per migliorare il clima, gli obiettivi, l'organizzazione del nostro lavoro, della nostra professione.

Al passo con il cambiamento

La nostra professione è indubbiamente cambiata in un breve volgere di anni (e qui mi rivolgo ai colleghi un po' meno giovani) perché cambiati sono il ruolo e l'identità della donna degli anni Duemila, una donna che ha conosciuto e sta conoscendo nuove sfide, nuove prospettive, nuovi e gratificanti traguardi, ma anche nuovi problemi, nuove insicurezze, nuove fragilità. Sono cambiati il modo di guardare alla maternità e al lavoro, sia quando questo significa "perdita" sia quando, al contrario, significa "carriera" e "affermazione del sé". Sono cambiati il suo ruolo nella famiglia e nella società. Una donna più consapevole e informata, che le mutazioni sociali hanno costretto un po' a "mascolinizzarsi", gravandola di responsabilità e oneri tradizionalmente maschili nel contesto di una coppia, non raramente in crisi, dove l'uomo sempre più spesso si trova a fare i conti con le incertezze del proprio ruolo sociale e della propria identità di genere. Ed è cambiato naturalmente anche il modo di rapportarsi con il proprio medico e, in particolare, con il ginecologo. La donna con cui ci confrontiamo oggi non assomiglia quasi più alla donna che si rivolgeva a noi venti o trent'anni fa. E non è un caso se sempre più donne scelgono di essere seguite da una ginecologa, quasi a sottolineare come anche nella scelta del "suo" specialista la donna voglia vedersi rappresentata e possibilmente meglio compresa. Proprio per questo noi Ginecologi tutti dobbiamo essere pronti ad adattarci a questi cambiamenti: dobbiamo essere duttili, plastici, e, nel contempo, osservatori attenti del mondo femminile perchè siamo noi il "medico della donna" tout court, senza distinzioni gerarchiche o ideologiche.

Perchè partire dal dolore pelvico

La scelta del "Dolore pelvico" come tema centrale per questo Convegno di avvio è un po' la dimostrazione concreta di quanto affermato nella premessa: si tratta infatti di un tema che obbliga a convergere, a cercare e trovare sinergie, non solo al nostro interno ma anche con altri colleghi specialisti. È una problematica complessa e affascinante nella quale entrano in gioco diversi saperi e diverse esperienze, attraverso le quali traguardare, tra psiche e soma, alla ricerca della o delle cause che stanno dietro non solo a un sintomo - il dolore - ma ad una complessa "entità nosologica".
I relatori che si sono avvicendati hanno ben sottolineato quanto sia necessario che più specialisti collaborino nei vari momenti di questa entità clinica complessa, dalla sua eziopatogenesi alla diagnosi di laboratorio e per immagini fino al momento terapeutico, medico o chirurgico che sia. Il dolore pelvico acuto e cronico è sintomo comune a diverse condizioni cliniche di interesse ginecologico e non. Per questo motivo è stato analizzato sotto il profilo chirurgico, urologico, neurologico, muscoloscheletrico oltre che ginecologico, esaminando le situazioni più comuni e quelle più insolite. Al termine dei lavori è apparso evidente come le esperienze dei vari specialisti siano spesso non correlate e non integrate con quelle di altri specialisti e questo è il vero nodo che va rapidamente sciolto.

Il take home message del Convegno

L'esempio più chiaro di quanto anzi detto lo fornisce la sindrome endometriosica, che ben rappresenta un ambito nel quale far convergere l'apporto pluridisciplinare: in questo senso il "progetto Endometriosi", così come proposto dal Presidente Sigo Giorgio Vittori, è emblematico. Lo sforzo dovrà consistere anzitutto nel proporre (e qui il Ciog può giocare un ruolo centrale) la costituzione di Ambulatori dedicati al counselling, alla diagnosi e al trattamento della sindrome dolorosa pelvica. Tali Ambulatori dovranno essere concepiti sul Territorio e in essi potranno operare specialisti ospedalieri e territoriali, integrando e amalgamando le diverse esperienze. Questo, se così si può dire, è il vero "take home message" che il Convegno ha affidato a chi vi ha partecipato. Ci rendiamo conto che in tempi di vacche magre ciò non sarà facilmente realizzabile, o perlomeno non dappertutto, ma organismi con finalità culturali quali il Collegio hanno il dovere di essere propositivi. In definitiva, al di là degli aspetti tecnici, non si deve mai dimenticare che di fronte a questa condizione morbosa i nostri sforzi sono particolarmente giustificati da un'evenienza clinica che può diventare davvero condizionante e compromettere seriamente la qualità di vita della donna che si rivolge a noi con quel suo carico di fiducia e di speranza che, in ultima analisi, ci restituisce la gratificazione e l'essenza stessa della nostra professione. Y

Il contenzioso giudiziario

Il ruolo dei periti nell'accertamento della colpa medica

di Pier Francesco Tropea

Il diffuso risentimento nei confronti dei giudici, accusati più o meno apertamente di una preconcetta ostilità verso la categoria, spesso non tiene conto dell'importanza del ruolo assunto dal perito – ausiliario tecnico di fiducia del magistrato – la cui opinione, il più delle volte, rappresenta il fondamento della pronuncia giurisprudenziale

A causa della sua rilevanza numerica e delle potenziali conseguenze giuridiche ed economiche gravanti sul medico, il contenzioso giudiziario concernente l'operato del medico costituisce oggi una fonte di vivissima preoccupazione in ambito sanitario, potendo tradursi nell'esercizio di una medicina difensiva che non sempre rispecchia l'interesse del paziente. È frequente avvertire nell'opinione comune del medico un risentimento nei confronti dei giudici, accusati più o meno apertamente di una preconcetta ostilità verso i medici, che si traduce in una severità giurisprudenziale in tema di colpa medica. Tale riserva di ordine psicologico non tiene conto del ruolo assunto dal perito in ordine all'accertamento di una responsabilità sanitaria nella produzione dell'evento dannoso occorso al malato, atteso che è alla consulenza tecnica d'ufficio che il giudice affida il delicato compito di definire le cause e le circostanze dell'accadimento che ha condotto all'avverarsi di un danno al paziente.

Negli elenchi dei tribunali si ritrovano nominativi di medici non sempre forniti di una specifica formazione medico-legale, indispensabile per svolgere il compito specifico assegnato

Il ruolo del perito nominato dal magistrato in fase requirente o giudicante risulta quindi di fondamentale importanza, in ciò tenendo conto del fatto che il giudice, non possedendo una preparazione specifica in ambito medico, si affida a un suo "ausiliario tecnico" che assume il compito di fornire al magistrato i dati tecnici relativi al caso in esame, sui quali, opportunamente elaborati e criticamente esaminati, il giudice possa basare il proprio convincimento. Sotto questo profilo, l'opinione del consulente d'ufficio rappresenta il più spesso il fondamento della pronuncia giurisprudenziale che generalmente abbraccia in toto le tesi esposte dal Ctu, cui in definitiva spetta la responsabilità di formulare un giudizio tecnico sull'operato del medico, spesso di non facile valutazione in quanto espresso *ex post* e non, ovviamente, *ex ante*.

È ben vero che il giudice deve venir considerato il "Peritus peritorum" al quale in definitiva spetta la decisione finale che può teoricamente prescindere dalla valutazione del caso da parte del perito, ma è altrettanto vero che il magistrato, chiamato a giudicare circa un evento caratterizzato da natura, modalità, e circostanze squisitamente medico-specialistiche, deve necessariamente basarsi sul parere del proprio ausiliario tecnico di fiducia. Peraltro, il giudice non è tenuto a dimostrare la fondatezza delle tesi sostenute dal perito d'ufficio né l'erroneità delle argomentazioni fornite dai consulenti di parte; egli deve piuttosto dimostrare, a parere della Corte di Cassazione (Cass. Pen. Sez. 4°, n. 1254, settembre 2008) di aver accuratamente esaminato le tesi contrapposte, dalla cui valutazione ha tratto il proprio convincimento. Quanto sopra accennato postulerebbe l'opportunità di affidare le cause concernenti la colpa medica ad un pool di magistrati particolarmente esperti in materia (e chi si occupa di responsabilità professionale sanitaria sa bene che esiste un certo numero di giudici forniti di pregevole preparazione specifica, veicolata attraverso pubblicazioni e scritti di particolare rilevanza), ma è evidente che il grande numero di procedimenti giudiziari in materia rende di fatto impraticabile la proposta di concentrare su pochi giudici esperti tutti i processi, accesi nelle varie sedi giudiziarie, che riguardano i medici oggetto di denunce da parte dei pazienti.

L'importanza della scelta del Ctu

Il problema dunque sembra circoscriversi alla scelta del consulente d'ufficio incaricato dal giudice di valutare la correttezza della condotta medica nel singolo caso a lui sottoposto.

La questione può presentarsi in modo differente se il perito venga nominato in sede preliminare dal Pubblico ministero il quale chiede proprio al consulente di valutare l'esistenza o meno di elementi di colpa medica, in funzione di una sua richiesta di incriminazione del medico o dei singoli componenti di un'equipe medica. In tali circostanze, c'è il concreto rischio che il consulente del Pm valuti con estremo rigore la condotta del medico, sia per allontanare qualsiasi sospetto di favoritismo dettato da un malinteso corporativismo di categoria, sia per il timore di deludere le aspettative del giudice che, per il ruolo ricoperto, veste i panni della pubblica accusa ed è quindi portato a ricercare comunque nell'opera del medico elementi di negligenza o di imperizia in relazione causale con l'evento dannoso. Il tutto si traduce in un frequente parere "colpevolista" da parte del perito del Pm, il quale peraltro può anche prescindere dal contributo offerto dal proprio consulente, formulando una richiesta di procedimento giudiziario contro il medico anche nell'ipotesi in cui il perito non riscontri nell'operato del sanitario elementi concreti di colpa. Diverso è il comportamento del Ctu nominato dal giudice, la cui "terzietà" non pone al consulente alcun condizionamento psicologico nell'esprimere un giudizio inerente l'ipotesi di responsabilità del medico. In questi casi l'obiettività del perito d'ufficio può essere talvolta falsata da orientamenti di Scuola (che privilegino o respingano un determinato trattamento terapeutico) o peggio, in un'ipotesi che vogliamo considerare del tutto teorica, da antiche rivalità accademiche o professionali che si traducono in un giudizio severo nei confronti del medico incriminato. Prescindendo dai suddetti aspetti poco nobili che possono interferire nell'attendibilità dei una relazione peritale, è frequente osservare che l'elaborato peritale costituisce un'astratta esposizione di dati teorici magistralmente offerti al giudice sull'argomento, piuttosto che una valutazione concreta dell'operato del medico che tenga conto delle condizioni di tempo e di luogo in cui il sanitario ha espletato la propria opera, in ciò considerando anche la struttura in cui egli ha operato e i mezzi tecnici a sua disposizione. In una parola, un giudizio sereno, formulato *ex ante* e non *ex post*.

Torna qui opportuno sottolineare l'importanza della scelta del perito cui affidare, da parte del giudice, la valutazione del caso in esame.

I criteri di scelta

È ben noto che il magistrato opera tale scelta attingendo ad un elenco di medici che hanno fatto specifica richiesta di far parte del novero di consulenti a disposizione della magistratura per questo tipo di incarichi. Vi è da dire che in questi elenchi dei tribunali si ritrovano nominativi di medici non sempre forniti di una specifica formazione medico-legale, indispensabile per svolgere il compito specifico assegnato. Tuttavia, non di rado il giudice procede alla nomina di un perito residente in altra sede e ciò per ragioni di opportunità, allo scopo di evitare qualsiasi condizionamento ambientale che possa inficiare la serenità di giudizio del consulente tecnico.

In pratica, il giudice possiede una totale autonomia decisionale per quanto concerne i criteri di scelta del perito d'ufficio. A tal proposito, è da notare che spesso, nella nomina di un perito, il giudice si orienta sulla base dei titoli accademici o del ruolo apicale rivestito dal professionista cui affidare il delicato incarico. L'esperienza in tal senso insegna che non sempre la qualificazione pro-

▶ Segue a pagina 30

La femminilizzazione della medicina tra realtà e prospettive

Donne medico

I tempi di vita e i tempi di lavoro

Alla fine del settembre del 1865 Elizabeth Garrett diventò la prima donna medico in Gran Bretagna. Una data storica, il coronamento di un sogno, ma anche un'impresa titanica. La festa dell'8 marzo serve anche a questo: ricordare una donna brillante che ha saputo raggiungere, con sacrificio e coraggio, un grande traguardo, contribuendo a cambiare la storia della medicina.
Senza dimenticare però che il cammino verso la parità è tuttora in salita, anche nella professione medica

di Vania Cirese
Avvocato, Foro di Roma

Oppressa dal clima reazionario che si respirava in epoca vittoriana Elizabeth Garrett, figlia di un gestore del banco di pegni, si era innamorata dell'idea di intraprendere la professione medica dopo aver incontrato Elizabeth Blackwell, la prima donna medico statunitense, ma dovette affrontare la forte opposizione dei suoi genitori. Dopo aver tentato invano (la sua domanda veniva cestinata perché era donna) di iscriversi alle più importanti Medical Schools della sua epoca, la Garrett fu costretta come ripiego ad arruolarsi come infermiera al Middlesex Hospital, dove cercò di seguire tutte le possibili lezioni di medicina, quando i colleghi uomini glielo permettevano, il che succedeva di rado.
Nel 1865 si presentò come privatista all'esame della Society of Apothecaries e riuscì a superarlo. La notizia suscitò un tale vespaio di polemiche che da allora l'accesso alla professione fu ufficialmente vietato alle donne.
Il primo atto da medico di Elizabeth Garrett fu l'apertura di un ambulatorio per donne, ma per vedere riconosciuto il suo diritto all'iscrizione al British Medical Register dovette trasferirsi a Parigi (dove circolavano idee più progressiste) per iscriversi all'Ordine. Di ritorno a Londra, fondò a sue spese il New Hospital for Women, con staff interamente femminile. L'impatto della struttura sull'immaginario collettivo e il suo successo furono talmente forti e profondi da cambiare per sempre la storia della Medicina. Volutamente mi è parso opportuno riportare questo fondamentale episodio della storia delle donne nella professione medica perchè esemplificativo della difficoltà dell'universo femminile a coniugarsi ed inserirsi in un mondo, quello medico, per molti versi recalcitrante ad aprirsi completamente "all'altra metà".

Una professione declinata al femminile, ma...

Le donne medico sono brillanti e veloci negli studi, stanno superando per numero i colleghi maschi e risultano sempre più presenti negli organici aziendali. Eppure ancora poche raggiungono ruoli di prestigio. Compaiono sempre più frequentemente statistiche che evidenziano come "nei prossimi anni la professione medica sarà declinata al femminile e l'intera organizzazione del lavoro andrà rivista". Già oggi le donne sono la maggioranza (60%) tra gli iscritti a Medicina e Chirurgia, concludono gli studi brillantemente (punteggio medio 107/110) e rapidamente (26,5 anni l'età media della laurea) e nella fascia d'età 25-40 anni hanno superato i colleghi nell'iscrizione agli albi. Ciononostante il cosiddetto "soffitto di cristallo" continua a schiacciarle e ancora oggi le donne medico sono costrette a orientarsi verso le specialità che permettono di conciliare vita lavorativa e famiglia. Rinunciano spesso alla chirurgia generale e optano per la medicina generale, la pediatria e l'odontoiatria. Forte anche la presenza femminile in branche come la neuropsichiatria infantile, l'allergologia, la ginecologia e l'ostetricia. Va notato però che il 44% delle dottoresse "under 35" non sono sposate, così come non lo sono il 17% delle donne medico tra i 36 e i 50 anni, mentre gli uomini non sposati nella stessa fascia d'età sono pochissimi; quanto poi a quelle coniugate e con un figlio, risultano il 73,6% contro il 90,5% dei colleghi maschi, e la percentuale scende vertiginosamente al 45% per le donne con due figli, contro il 73,6% degli uomini.
Anche l'occupazione di ruoli di vertice è condizionato: tra i dipendenti del Ssn si registra infatti solo l'11,3% di figure apicali donna.
Ogni giorno dedicandosi al dovere senza strepito e con grande spirito di sacrificio, le donne medico, affrontano la vita professionale in modo straordinario perchè acrobaticamente riescono a conciliarla con la vita privata.

La normativa italiana, arretrata e discriminatoria

Questa realtà è ignorata quasi interamente dalla legge italiana e dall'organizzazione aziendale. Anche nei paesi tecnologicamente più avanzati, a dispetto della modernità, la legge tradizionale può giocare un ruolo fortemente repressivo nei confronti della donna mantenendola in uno stato di inferiorità, come nel caso dell'Italia poichè la legge sanitaria "in rosa" è chiara espressione di una colpevole posizione discriminatoria. Ricordiamo che davanti alla fragilità del mondo femminile, gli stessi padri costituenti sentirono la necessità di formalizzare la tutela della donna lavoratrice esplicitando all'art. 37 che "La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una sua adeguata protezione", ciò per assicurare la salvaguardia dei valori primari sociali a livello costituzionale quali la libertà (art. 2); l'eguaglianza (art. 3); il diritto al lavoro (art. 4); la famiglia (artt. 29 e 30); la tutela del lavoro (art. 35).
Oggi appare di tutta evidenza la necessità di una moderna disciplina per tutelare i diritti fondamentali secondo le preziose li-

nee guida dell'Ue, ricordando che la libera circolazione delle persone è una delle libertà fondamentali garantite dal diritto comunitario (art. 39 Trattato CE). Inoltre la direttiva 2005/36 CE sancisce il riconoscimento delle qualifiche professionali in previsione dello stabilimento in un altro Stato membro. La libera circolazione degli studenti e dei lavoratori contribuisce a garantire che il personale sanitario possa recarsi dove vi è bisogno; la sua unica preoccupazione deve essere quella di tutelare il bene-vita e non di dovere superare frontiere geografiche. Le disposizioni comunitarie adottano il termine "personale" senza distinzione tra i sessi poichè la parità tra uomo e donna costituisce un diritto fondamentale, un valore comune all'Unione europea ed una condizione necessaria per il conseguimento degli obiettivi europei di crescita, occupazione e coesione sociale. La normativa italiana riflessa nella vita pratica della donna medico segna, al contrario, la linea della discriminazione, impedendo al sesso femminile di poter liberamente, e nel rispetto della dignità professionale, esercitare la vocazione medica ovunque il paziente necessiti di cure.

Una politica di respiro europeo

Occorre abbattere le barriere giuridiche con politiche lungimiranti e di concerto con le autorità dell'Ue e gli altri Stati membri, sostenendo programmi e incentivi per il personale femminile e favorendone mobilità e flessibilità nel lavoro.
È proprio in questi termini che oggi si pone in Italia il problema della positivizzazione e della relativizzazione dei diritti o, se si vuole, quello del rapporto costitutivo tra quei diritti ed il loro riflesso nell'attuale legislazione sanitaria in rosa.
L'obiettivo della parità tra donne e uomini prevede una serie di azioni in materia di (Reg. n. 1922/2006):

1. pari indipedenza economica;
2. normativa per migliorare la conciliazione tra vita professionale, famiglia e vita privata;
3. gestione della mobilità del personale sanitario all'interno dell'Ue.

É dunque necessaria una svolta culturale e organizzativa con una revisione degli schemi di lavoro.
Quali sono allora le nuove prospettive per le dottoresse? L'aumento di numero delle donne nelle fasce di età più basse (30-35 anni), e soprattutto all'Università, porterà certamente nel tempo a una crescita delle donne anche a livello apicale; di sicuro una maggiore rappresentatività femminile nei posti decisionali catalizzerà una maggior presenza in tutti i vertici. Nello svolgimento dei concorsi non bisogna perdere di vista la meritocrazia, a prescindere dal genere; è importante che aumentino figure di spicco, che possano avere una funzione di stimolo verso le colleghe più giovani. È indispensabile inoltre una maggior informazione agli studenti degli ultimi anni degli studi universitari. Presi dallo studio di materie scientifiche difficili e impegnative, siamo tutti poco informati sui problemi di genere, sulle presenze delle donne, sull'evoluzione della carriera, sui problemi di previdenza, assicurativi, pensionistici. La situazione non è diversa a livello europeo: sebbene le donne rappresentino la maggioranza degli studenti e dei laureati, il loro tasso occupazionale è nettamente inferiore rispetto agli uomini; le donne poi continuano a guadagnare in media il 15% in meno degli uomini per ogni ora lavorativa.

Sono circa il 60% degli iscritti a Medicina e Chirurgia, concludono gli studi brillantemente (punteggio medio 107/110) e rapidamente (26,5 anni l'età media della laurea) e nella fascia d'età 25-40 anni hanno superato i colleghi nell'iscrizione agli albi. Ciononostante, il cosiddetto "soffitto di cristallo" continua a schiacciarle. Ancora oggi le donne medico sono costrette a orientarsi verso le specialità che permettono di conciliare vita lavorativa e famiglia

Donne medico. Senza rinunciare alla famiglia

Va chiarito che se da un lato non si può condividere un trattamento automaticamente premiativo del ruolo donna-mamma-medico, dall'altro canto non si può consentire disincentivi per quella parte del mondo femminile desideroso di essere portatore di garanzia del bene-salute e del bene-vita nel pieno rispetto della dignità professionale.
Bisognerebbe facilitare il percorso delle donne medico che non rinunciano a famiglia e figli. Per questo sono necessarie sostituzioni immediate delle professioniste che si assentano per gravidanza; flessibilità di orari per quelle che hanno figli da accudire, asili nido, congedi parentali per i padri. L'annuncio di gravidanza non deve essere un dramma per il reparto ma un momento di solidarietà. Lo stesso vale naturalmente per le donne medico libere-professioniste o integrate nella medicina generale. Peraltro in merito all'assistenza sanitaria, vale la pena evidenziare che si tratta di uno dei settori più significativi dell'economia dell'Ue, verso cui l'orientamento comunitario prevede una politica garantista. Il settore vuole e deve avere attenzione in ogni sua manifestazione "patologica", tra cui, quella della rappresentanza femminile. Non a caso in molti ordinamenti sono stati elaborati codici di condotta sulla base di principi etici per ridurre il rischio di assunzioni non meritocratiche nel sistema sanitario. Sia la Norvegia che i Paesi Bassi hanno elaborato strategie della forza lavoro che prevedono politiche di assunzione sulla base di principi etici, con particolare riguardo alla professione medica femminile. A livello comunitario, nel 2008 il comitato per il dialogo sociale europeo nel settore ospedaliero ha adottato un "Codice di condotta dell'assunzione trasfrontaliera" sulla base di principi etici. L'impegno in questa direzione deve riguardare ancora di più le donne medico che non devono assuefarsi ai disvalori sociali troppo spesso presenti nel mondo maschile, ma tenere alta la soglia di difesa di diritti e valori specie quelli riconducibili a livello costituzionale e condivisi dalla comunità.

Occupazione: le prospettive nel prossimo decennio

Quali saranno nei prossimi anni gli ambiti della medicina e della chirurgia in cui le donne troveranno maggiori opportunità occupazionali e di carriera? Attualmente sembra esserci una minor confidenza con le specialità che trattano acuti, con quelle branche che utilizzano alte tecnologie e con le chirurgie in genere. Non dobbiamo dimenticare che la femminilizzazione della medicina si accompagnerà a una riduzione numerica dei medici in generale, in quanto molti raggiungeranno l'età pensionabile nei prossimi dieci anni e diverrà pertanto necessario che tutte le branche della medicina possano essere coperte, indipendentemente dal genere dei nuovi medici.
Occorre quindi:

- investire nella formazione e nell'assunzione di personale femminile per raggiungere l'autosufficienza al livello nazionale e comunitario, contrastando l'emigrazione sanitaria;
- incoraggiare accordi trasfrontalieri sulla formazione e scambi di personale femminile, agevolando e prevedendo possibili emorragie di personale sanitario;
- promuovere il movimento "circolare" del personale
- creare una piattaforma a livello Ue per lo scambio di esperienze tra quadri.

Alla parità tra uomo e donna è dedicato un ampio corpus legislativo europeo riguardante:

- l'accesso occupazionale
- la parità retributiva
- la protezione della maternità
- il congedo parentale
- l'onere della prova nei casi di discriminazione.

Quando tuttavia si constatano ancora atteggiamenti prevenuti e ostativi che allarmano sul fatto che "tra i dottori nel 2017 i maschi sono solo 2 su 10. Sempre meno chirurghi e urologi" ci si rende conto che le fobie e i timori albergano anche all'interno degli enti rappresentativi come gli Ordini dei medici.
Sicuramente è più semplice ragionare in termini di flessibilità per alcune specialità e meno per altre. Ma per nessuna disciplina ciò è impossibile, comprese le discipline chirurgiche, se si condivide il principio che l'organizzazione del lavoro è lo strumento attraverso cui è possibile conciliare le diverse esigenze dei componenti di tutta l'equipe.

Elizabeth Garrett
la prima donna medico in Gran Bretagna

Rinunciano spesso alla chirurgia generale e optano per la medicina generale, la pediatria e l'odontoiatria, la neuropsichiatria infantile, l'allergologia, la ginecologia e l'ostetricia. Tra i dipendenti del Ssn solo l'11,3% di figure apicali è donna

Flessibilità e tempo parziale

Non v'è dubbio che per i medici del territorio vi siano maggiori opportunità di concordare l'orario di lavoro e ciò sia invece più problematico in ospedale, dove vige un'organizzazione più rigida che riguarda il lavoro medico e quello delle altre figure professionali, non più "ausiliarie", che ruotano attorno al paziente e che necessariamente si devono integrare col lavoro medico.
I contratti integrativi aziendali definiscono le priorità di godimento, le procedure, i criteri ecc. Per il personale dirigente l'Aran chiarisce alcune regole di base sui rapporti di lavoro con un impegno ridotto, indicando la percentuale di orario di lavoro concessa, con la precisazione che questa possibilità non è riconosciuta ai direttori di strutture complesse. Questa limitazione indubbiamente causa ancora un ostacolo alla progressione di carriera. Inoltre il dirigente non può rientrare a tempo pieno prima di un anno.
Del resto il part-time non è concesso automaticamente e resta fermo il tetto del numero di concessioni usufruibili, può essere concesso dall'amministrazione anche per periodi limitati e fino al cessare del bisogno che ha indotto la richiesta.
Alcune dirigenti donna tuttavia non possono comunque fare a meno in alcuni periodi della vita professionale di ricorrere al tempo di lavoro parziale per far fronte alle responsabilità familiari. In questo caso le famiglie monoreddito accusano anche difficoltà di gestione economica, perchè meno orario comporta minor salario. Quindi chi non può fare a meno di uno stipendio non può chiedere un orario di lavoro ridotto senza mettere in difficoltà la propria famiglia. Chi non può fare a meno del part-time necessariamente rinuncia a una parte di stipendio e alla carriera. Occorre uscire da questo circolo vizioso, con strumenti normativi adeguati.

Quel tetto di cristallo...

Questi problemi non riguardano, purtroppo, soltanto le donne medico: sono problemi "trasversali" al mondo del lavoro femminile. Negli ultimi mesi ci ha superato anche la Grecia e dopo di noi resta solo Malta. In Italia riesce a lavorare solo il 46,3 per cento delle donne; sette milioni in età lavorativa sono fuori dal mercato del lavoro; al Sud il tasso di occupazione crolla al 34,7 per cento.
Continua ad opprimere "il tetto di cristallo", quella sottile, trasparente ma robustissima pellicola che divide le donne dai posti che contano, facendoli sfiorare ma mai afferrare: lo chiamavano così dieci, quindici, vent'anni fa; è sempre lì, cristallo puro, infrangibile, beffardo.
L'uguaglianza tra uomini e donne costituisce un diritto fondamentale previsto dal trattato Ue ed è una delle politiche prioritarie dell'Unione. Malgrado i progressi compiuti, si può e si deve fare ancora molto sia dal punto di vista della vita professionale che della vita privata. Y

A Napoli, il prossimo 15 aprile, l'Assemblea nazionale AGITE eleggerà il nuovo Consiglio di Presidenza

Tre obiettivi su cui orientare la nostra azione futura

di Maurizio Orlandella
Presidente AGITE

Standardizzare la prestazione "Visita Ginecologica", garantire una formazione organica al ginecologo ostetrico medico preventivo, valorizzare la ricerca scientifica sul territorio. Ecco i tre obiettivi su cui lavorare a tempo pieno, da subito

Si è chiuso l'esercizio 2007/2009 di Agite. È stato un periodo certamente esaltante e faticoso, e non poteva che essere così, visti i compiti che ci eravamo assegnati nello start-up-Agite del gennaio 2008, alla Casa Internazionale delle Donne di Roma. Il consuntivo di questo biennio di attività verrà presentato a Napoli, in occasione della tre giorni del Convegno nazionale Aogoi-Agite-Smic, dal 15 al 17 aprile, nel corso del quale si svolgerà anche l'assemblea elettiva Agite.
Di tutto ciò vi daremo conto sul prossimo numero di GynecoAogoi, in questo articolo "pre assemblea" vorrei invece focalizzare l'attenzione su tre aspetti cruciali che non potranno che guidare le azioni del Consiglio di Presidenza futuro, ovvero:

- la necessità di standardizzare la prestazione "Visita Ginecologica"
- la necessità di una formazione organica durante gli studi specialistici per il ginecologo ostetrico medico preventivo, con l'attivazione di un indirizzo specifico nella Scuola di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia
- l'importanza della ricerca scientifica svolta sul territorio, alla luce del progetto GW2, l'Indagine osservazionale prospettica sui Condilomi Genitali da Hpv, basata sulla raccolta dati dei ginecologi del territorio.

Visita territoriale o ospedaliera
Agite è federata ad Aogoi, di cui completa l'azione con un'attenzione specifica al ruolo professionale del ginecologo ostetrico medico preventivo, che non opera chirurgicamente e non assiste il parto. Non intendiamo definire la qualità della visita ginecologica divisionale di primo livello, che risponde ad esigenze cliniche e necessità organizzative ospedaliere diverse dalle nostre. Per noi, invece, è indispensabile definire la qualità e specificità delle visite ginecologiche sul territorio, che non usufruiscono di equipe e ambulatori monotematici e che gestiscono in proprio quasi tutte le pazienti. Senza questa definizione–consenso sulla qualità e specificità della visita, saranno le Regioni a definire anche i tempi e "gli aspetti" della visita ginecologica, secondo parametri ben diversi dalla qualità, esponendo la Ginecologia italiana ad un ulteriore perdita di autorevolezza e valorizzazione.

Standardizzare la visita ginecologica

Una ginecologia moderna del territorio, quella che auspichiamo, non può prescindere dalla valorizzazione del ruolo, sotto il profilo professionale ed economico, del ginecologo territoriale, con una sua professionalità definita e specifica.
Un tempo la visita ginecologica si poneva come "quesito clinico" del medico di base e "risposta" tramite referto. Ora è chiaro che gran parte dei problemi delle nostre pazienti ha a che vedere con quesiti frequentemente occulti, sintomi non riferiti spontaneamente, disfunzioni accettate come inevitabili dalle stesse, che poco o nulla hanno a che

▶ Segue a pagina 30

Indagine osservazionale prospettica sui condilomi genitali da Hpv: il progetto Sigo-Iss

Il plus valore della creazione di un network professionale

di Luciano Mariani
Istituto Oncologico Regina Elena di Roma

Una delle acquisizioni più rilevanti della comunità scientifica è la indifferibile necessità di creare momenti di aggregazione attraverso network professionali. Questi rappresentano degli spazi di confronto e condivisione delle singole esperienze e, di conseguenza, tendono ad arricchire il bagaglio culturale dei singoli ricercatori. Il plus-valore di questa strategia è maggiormente evidente laddove le informazioni sulla tematica in oggetto sono scarse e le scelte terapeutiche non standardizzate

Queste sono le premesse concettuali che hanno portato alla creazione di una rete di ginecologi di "primo livello" per lo studio della condilomatosi vulvo-vaginale. Lo scopo del progetto, dal titolo "Indagine osservazionale prospettica sui Condilomi Genitali da HPV (GW2)", è quello di fornire elementi di conoscenza dell'epidemiologia e del trattamento della condilomatosi genitale femminile. L'acquisizione dei dati avviene ad opera dei ginecologi aderenti all'iniziativa, via internet, attraverso un network dedicato. Di norma la popolazione femminile fa riferimento al ginecologo di primo livello come una sorta di "consulente personale" che, pertanto, rappresenta un'utile prospettiva per quantificare l'impatto socio-sanitario di questa patologia. Va peraltro ricordato che non esistono, al momento, linee-guida per il trattamento della condilomatosi genitale.
L'iniziativa - promossa dalla Sigo, nella persona del Presidente, Professor Giorgio Vittori, e dall'Istituto Superiore di Sanità, nella persona della dottoressa Barbara Suligoi - è sostenuta economicamente dalla Sanofi Pasteur MSD. I promotori hanno individuato nella CRO Informa srl, in base alle precedenti esperienze di tale struttura, il soggetto che svolgerà le attività operative dell'iniziativa: progettazione e definizione del database e dell'analisi statistica, supporto nella stesura del protocollo, organizzazione delle riunioni del Comitato di Esperti (Fausto Boselli, Alberto Cassone, Daniela D'Alessandro, Gaetano Maria Fara, Luciano Mariani, Alberto Mattelli, Maurizio Orlandella, Sergio Pecorelli, Carlo Maria Stigliano, Barbara Suligoi, Giorgio Vittori) e gestione delle relazioni, verifica e analisi dei dati, coordinamento del reclutamento dei ginecologi partecipanti e produzione del materiale di documentazione e di formazione, nonché per la stesura finale dei rapporti. Non si tratta solo di acquisire informazioni dimensionali sul fenomeno "condiloma" nella popolazione femminile e di porne le basi per una gestione terapeutica più razionale, ma anche di creare uno strumento di interazione tra i ginecologi sparsi sul territorio e tra spazi istituzionali differenti.
L'adesione a questa iniziativa avrà quindi anche il vantaggio di delineare il perimetro di una "comunità-attiva" in ambito ostetrico-ginecologico, e virtualmente proiettata a veicolare le tematiche cliniche più diverse.

La Polizza convenzione per la colpa grave FESMED-Assicuratrice Milanese Spa

La questione della "colpa grave"

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

Sin dal 1957 lo statuto degli impiegati civili dello Stato (Dpr 3/1957) obbliga il dipendente al risarcimento del danno ingiusto, derivante da ogni violazione dei diritti dei terzi che l'impiegato abbia commesso per dolo o per colpa grave. Nonostante siano trascorsi tanti anni, non esiste nel nostro ordinamento una nozione di "colpa grave" e tutto viene affidato alla giurisprudenza

Il Contratto di lavoro del 3 novembre 2005 aveva segnato un importante successo per quanto riguarda la tutela del dirigente medico in generale e il problema della "colpa grave" in particolare. Infatti, oltre a riconoscere che le aziende garantiscono un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti, il Contratto stabiliva che venisse effettuata una trattenuta dalla busta paga per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale, in riferimento alla copertura dal rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per "colpa grave".
Questa conquista dei medici attraverso il Contratto di lavoro sembrava aver risolto il problema del risarcimento, qualora la Corte dei Conti avesse stabilito che il danno era stato commesso con "colpa grave" da parte del medico. Purtroppo, non tutte le Aziende del Servizio sanitario nazionale hanno rispettano il Contratto di lavoro per quanto riguarda la trattenuta dalla busta paga della quota prevista per l'assicurazione a copertura del rischio di rivalsa per "colpa grave". Inoltre, la legge finanziaria per il 2008 (L. 244/2007, art. 3, c. 59) ha stabilito che è nullo il contratto di assicurazione con il quale un ente pubblico assicuri propri amministratori per i rischi derivanti dall'espletamento dei compiti istituzionali connessi con la carica e riguardanti la responsabilità per danni cagionati allo Stato o ad enti pubblici.
La norma introdotta dalla legge finanziaria per il 2008 non ha influito sulla copertura del rischio di rivalsa per "colpa grave" sino a quando la Corte dei conti della Lombardia (D. 57 del 22 luglio 2008) non ha ritenuto di darne un'interpretazione più ampia, stabilendo che non si possa prevedere una "estensione" (alla colpa grave) di una copertura assicurativa di un rischio "principale" (della colpa lieve) posto a carico del soggetto pubblico. Anche se la stessa Corte ha ammesso che potranno essere conclusi eventuali "separati contratti che l'assicuratore intenda autonomamente proporre agli amministratori e ai dipendenti, con oneri a carico di costoro".

Quindi, al problema delle Aziende che non trattenengono dalla busta paga la quota prevista per l'assicurazione a copertura del rischio di rivalsa per "colpa grave" si aggiunge quello delle Aziende che dovranno rinegoziare la polizza aziendale e stipularne una separata, a carico dei dipendenti, per la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa, sempre per "colpa grave". E non è finita, la Regione Toscana ha deciso di disdire le polizze assicurative delle sue Aziende e di gestire in proprio le richieste di indennizzo, prevedendo di stipulare delle polizze solo per la "colpa grave" dei dipendenti.
La conseguenza di tutto questo è che in molte aziende non viene garantita ai medici un'adeguata copertura assicurativa, nel caso venisse riconosciuta in giudizio la loro responsabilità professionale per "colpa grave". Non è difficile immaginare come questo renda vulnerabili i medici, che prestano la loro opera alle dipendenze di quelle aziende dove la prassi comune è quella di riversare sui medici tutte le richieste di indennizzo per danno derivante da responsabilità sanitaria.

Cosa propone la FESMED a tutela dei suoi associati

Per tutelare i suoi associati che dipendono da dette Aziende la Fesmed ha ricercato sul mercato assicurativo una polizza che rispondesse alle loro esigenze e ha stipulato la polizza convenzione "Responsabilità professionale" con l'Assicuratrice Milanese S.p.A., tramite la Horus Consulenti Associati, in qualità di agente mandatario dell'impresa assicuratrice. Le caratteristiche più rilevanti della polizza sono riportate nel riquadro e per maggiori dettagli si rimanda al Contratto della "Polizza convenzione per la colpa grave Fesmed-Assicuratrice Milanese S.p.A.", che si può leggere e scaricare dal sito www.fesmed.it.

I soci FESMED (compresi quelli aderenti alle articolazioni professionali: Fesmed/Acoi, Fesmed/Aogoi, Fesmed/Sedi, Fesmed/Sumi), che sono dipendenti di Aziende del Ssn sprovviste di polizza per la copertura del rischio di rivalsa in caso di "colpa grave" o con polizza per la "colpa grave" inadeguata per le loro esigenze e intendono sottoscrivere questa polizza, sono invitati a scaricare il Modulo di adesione alla "Polizza convenzione per la colpa grave Fesmed-Assicuratrice Milanese S.p.A." dal sito **www.fesmed.it .**

Il modulo debitamente compilato e firmato deve essere inviato alla Segreteria nazionale FESMED, a mezzo fax (n. 02.29525521) o per posta ordinaria (Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano), per la verifica dell'iscrizione alla Fesmed del richiedente ed il successivo inoltro all'Assicuratore, il quale si metterà in contatto con l'interessato.

Polizza convenzione per la colpa grave FESMED-Assicuratrice Milanese s.p.a.

Ecco le caratteristiche più rilevanti della polizza convenzione proposta dalla FESMED per tutelare i suoi associati dipendenti delle Aziende del Ssn sprovviste di polizza per la copertura del rischio di rivalsa in caso di "colpa grave" o con una polizza per la "colpa grave" inadeguata per le loro esigenze

- **La possibilità** per ciascun Assicurato di scegliere fra due massimali (vedi tabella in basso).
- **Copertura per attività libero professionale intramoenia** anche allargata e derivanti.
- **Copertura dell'attività svolta presso altre Aziende del Ssn.** Nel caso di comando temporaneo dell'Assicurato presso una Struttura Sanitaria Pubblica diversa da quella dalla quale l'Assicurato stesso dipende al momento dell'adesione.
- **Garanzia pregressa illimitata** Con la stipula della polizza sono in copertura tutte le richieste di risarcimento precedenti al contratto (vedi contratto - condizioni generali: "Retroattività Illimitata").
- **Garanzia postuma illimitata** Con la stipula della polizza sono in copertura tutte le richieste di risarcimento successive al contratto senza limiti di tempo. (vedi contratto - condizioni particolari: "Garanzia postuma illimitata").
- **Durata quinquennale.** Gli Assicuratori sono obbligati a mantenere fermo il contratto, senza variazioni di premio e condizioni, per la durata di cinque anni (vedi contratto - condizioni generali: "Durata e proroga dell'assicurazione").

	Massimali	Premio (da pagare)
A	Euro 2.500.000,00 per sinistro / Euro 5.000.000,00 per annualità assicurativa	**Euro 576,00 / anno**
B	Euro 5.000.000,00 per sinistro e per annualità assicurativa	**Euro 800,00 / anno**

Elezioni FESMED Calabria

Tutti i delegati aziendali FESMED della Calabria saranno eletti il 30 aprile, con procedura straordinaria

di Carmine Gigli
Presidente Fesmed

Le carenze che la rappresentanza sindacale della Fesmed in Calabria continua a presentare sono tali da renderla un caso unico nella storia della nostra organizzazione sindacale.
Mancano relazioni sindacali regolari a livello regionale e aziendale. In molte aziende della Calabria la Fesmed non è rappresentata o lo è su base autoreferenziale, senza nessuna possibilità di controllo sugli atti che vengono sottoscritti.
La causa principale di questa situazione risiede nella difficoltà che si incontra in diverse Aziende per ottenere gli elenchi aggiornati degli associati alla Fesmed.
L'incompletezza degli elenchi è stato uno dei motivi che hanno portato, in passato, alla presentazione di un ricorso per irregolarità nelle convocazioni, con conseguente annullamento dell'elezione del delegato aziendale.
Non possiamo nascondere che tra le cause all'origine di questa situazione si debba annoverare anche un modesto interesse, dimostrato dagli associati, ad impegnarsi nell'organizzazione delle elezioni del proprio delegato aziendale. In considerazione delle difficoltà incontrate sino ad oggi, il Consiglio direttivo Fesmed ha dato mandato al Presidente di seguire una procedura straordinaria per le elezioni dei delegati delle Aziende sanitarie e ospedaliere della Calabria, utilizzando, in sostituzione delle lettere ai soci, la convocazione per via diffusiva attraverso mezzi telematici e informatici.

Elezioni il 30 aprile a Lamezia Terme

In forza del mandato affidatogli dal Consiglio direttivo Fesmed, il Presidente indice le elezioni dei delegati aziendali di tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere della Calabria e invita tutti gli associati alla Fesmed della Calabria all'"Incontro di Aggiornamento sindacale ed elezione dei delegati aziendali Fesmed", che si terrà presso il Grand Hotel Lamezia, di Lamezia Terme, il 30 aprile 2010.
Non potendo disporre di elenchi completi e aggiornati degli associati, la convocazione dei soci è prevista mediante avviso inserito sul sito della Fesmed www.fesmed.it e attraverso la pubblicazione sulle riviste delle Associazioni dei "soci fondatori" della Fesmed. Non è previsto l'invio di lettere ai soci. Possono partecipare all'elezione del delegato aziendale della propria A.S.P. o A.O. gli iscritti direttamente alla Fesmed e quelli iscritti attraverso le sue articolazioni professionali Fesmed/Acoi, Fesmed/Aogoi, Fesmed/Sedi e Fesmed/Sumi, che si presenteranno durante l'orario di apertura del seggio elettorale, muniti di un **documento di identità** e della propria **busta paga (del corrente anno)** dalla quale risulti la trattenuta sindacale a favore della Fesmed o di una delle sue articolazioni professionali. Si ricorda infine che **non sono previste deleghe**.

Incontro di Aggiornamento sindacale ed elezione dei delegati aziendali FESMED della Calabria

Grand Hotel Lamezia, Lamezia Terme, 30 aprile 2010

PROGRAMMA

9.00 Insediamento della commissione elettorale e presentazione delle candidature

9.30 Apertura del seggio elettorale e inizio delle operazioni di voto per eleggere i delegati delle seguenti Aziende:
- Azienda Sanitaria Provinciale-Catanzaro
- Azienda Sanitaria Provinciale-Cosenza
- Azienda Sanitaria Provinciale-Crotone
- Azienda Sanitaria Provinciale-Reggio Calabria
- Azienda Sanitaria Provinciale-Vibo Valentia
- Azienda Sanitaria - Locri
- Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio-Catanzaro
- Azienda Ospedaliera Mater Domini-Catanzaro
- Azienda Ospedaliera-Cosenza
- Azienda Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli-Reggio Calabria

RELAZIONI

9.30 La Polizza convenzione per la Colpa Grave Fesmed-Assicuratrice Milanese S.p.A
Carmine Gigli

10.00 I Cambiamenti sull'ordinamento del lavoro introdotti dalla Legge 150/2009:
Le sanzioni disciplinari
Nicola Gasparro

10.45 Il CCNL 2006-2009, II biennio
Carmine Gigli

11.30 Problematiche sindacali regionali

Termine delle operazioni di voto e inizio dello spoglio delle schede.

Si ricorda che per votare è necessario esibire:
- Un documento di identità
- la propria busta paga (del corrente anno) dalla quale risulti la trattenuta sindacale a favore della Fesmed o di una delle sue articolazioni professionali.

Non verranno inviate comunicazioni a domicilio.

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

Il pacchetto dei servizi previsti dallo SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I. (Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi, Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati Aogoi, servizio di assistenza M.A.M.M.A. Aogoi, accesso al sito www.ginecologiaforense.it e partecipazione ai Corsi di Risk management), a causa dei costi elevati che comporta, verrà fornito integralmente soltanto ai soci la cui trattenuta sulla busta paga è stata adeguata a € 30 mensili, dopo l'aumento del dicembre 2007.

I soci ai quali l'Azienda non ha applicato l'aumento della quota associativa a € 30,00 mensili e continua a trattenere degli importi inferiori (es. € 10,00; 12,00; 15,00; 20,00), NON POSSONO USUFRUIRE dell'intero pacchetto ed in particolare, non saranno coperti dalla Polizza Convenzione "Protezione legale" A.O.G.O.I. e dall'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I. di 2° rischio. Per non perdere queste importanti tutele professionali, i colleghi sono invitati a verificare sulla busta paga l'esatto importo della trattenuta sindacale (FESMED/AOGOI) e nel caso risultasse inferiore a 30,00 euro mensili, a sollecitare l'Ufficio personale della propria Azienda affinché provveda tempestivamente al suo adeguamento.

GYNECO AOGOI / NUMERO 3 - 2010

Il management del prolasso degli organi pelvici (POP)

Epidemiologia, eziopatogenesi, classificazione e diagnostica del prolasso del pavimento pelvico

Davide De Vita*

È sempre più frequente il ricorso a terapie riabilitative, farmacologiche e/o chirurgiche mirate a ricostituire l'anatomia pelvica e a mantenere la normale funzione della vescica e del retto nonchè una buona capacità vaginale per i rapporti sessuali. E non solo per l'aumentata prevalenza dei disordini del pavimento pelvico conseguente all'allungamento dell'aspettativa di vita. La donna di oggi, infatti, desidera rimanere attiva sessualmente il più a lungo possibile e non accetta le limitazioni sociali e di relazione che questa condizione clinica comporta

Alle soglie del 2008, la popolazione mondiale ha raggiunto un'aspettativa di vita elevata, con un forte miglioramento della qualità di vita, registrando però un esponenziale aumento della prevalenza dei disordini del pavimento pelvico. Per disordini del pavimento pelvico si intende una serie ampia di condizioni cliniche che includono l'incontinenza urinaria, il prolasso degli organi pelvici (POP), l'incontinenza fecale e le disfunzioni sessuali. Attualmente, il POP è definito come una condizione "dinamica" e i fattori che determinano la sua progressione o regressione necessitano di ulteriori e nuovi approfondimenti. Il management del POP può sembrare complesso perché, spesso, coesistono diversi difetti di sostegno del pavimento pelvico la cui semplice correzione anatomica non restituisce la normale funzione vaginale e degli organi circostanti.
L'obiettivo della chirurgia ricostruttiva è, quindi, ricostituire l'anatomia pelvica, mantenere la normale funzione della vescica e del retto ed infine mantenere una buona capacità vaginale per i rapporti sessuali. La donna di oggi, infatti, desidera rimanere attiva sessualmente il più a lungo possibile e non accetta le limitazioni sociali e di relazione che tali difetti possono comportare. Per questo motivo queste problematiche suscitano un forte impatto sulla vita della donna e un elevato costo per la sanità pubblica mondiale.

Epidemiologia e impatto psico-sociale

Stabilito che la prevalenza dei disordini del pavimento pelvico cresce con l'età, il cambiamento demografico della popolazione con l'allungamento dell'aspettativa di vita ha determinato un aumento delle donne affette da tali disordini. Dal punto di vista epidemiologico, è molto difficile determinare la prevalenza del prolasso degli organi pelvici rispetto all'incontinenza fecale e urinaria (1,2). Questo perché i sintomi associati al prolasso non sono specifici e, nel caso di prolasso lieve o moderato, la paziente non richiede una visita specialistica, se non nel caso in cui tale difetto le rechi un disturbo funzionale o nei rapporti sessuali. Infatti, sebbene la standardizzazione del prolasso sia stata accettata dall'International Continence Society (ICS) non è ancora chiaro che grado di prolasso possa essere definito come clinicamente significativo. Diversi studi mostrano che il prolasso lieve-moderato (Stadio I-II, ICS) si riscontra nel 48% delle donne. Al contrario lo stadio avanzato (Stadio III-IV, ICS) si riscontra nel 2%. In generale, il segmento vaginale più coinvolto risulta quello anteriore, seguito dal posteriore e dal centrale. Diversi studi hanno dimostrato inoltre che, come si può immaginare, il prolasso tende a progredire per gravità nel corso degli anni ma, cosa insolita, può anche regredire in una significativa percentuale di popolazione. Questo perché il prolasso è definito come una condizione "dinamica" e i fattori che ne determinano la sua progressione o regressione necessitano di ulteriori e nuovi approfondimenti. Inoltre, i disordini del pavimento pelvico, frequentemente, si presentano associati tra loro: l'incontinenza urinaria e fecale (Double incontinence) coesiste nel 69% dei casi. Quindi è opportuno un inquadramento completo e globale di tali disturbi quando ci troviamo di fronte ad un solo sintomo o segno clinico.

Fattori di rischio

Tra i fattori di rischio del prolasso degli organi pelvici (POP) ritroviamo il sesso, l'età, la razza, la gravidanza, la menopausa, l'obesità, il fumo di sigaretta.
Per quanto riguarda **l'età**, diversi studi (caso-controllo e prospettici) hanno dimostrato che la prevalenza del POP aumenta con l'età: il prolasso uterino è stato osservato nel 14%, il prolasso anteriore nel 32,9% dopo isterectomia e nel 34,3% senza isterectomia. Il prolasso posteriore è stato osservato nel 18,3% dei casi. Inoltre la possibilità di avere un prolasso cambia dal 16% al 20% per ogni decade.
Anche **la gravidanza** rappresenta un fattore di rischio per i diversi disordini del POP. Studi clinici mostrano come la parità sia direttamente correlata alla prevalenza del POP in percentuali differenti (Figure 1, 2). Mant et al (1997) riporta un forte effetto cumulativo della parità sul POP. Hendrix (3) nel 2002 afferma che la prima gravidanza raddoppia il rischio di sviluppare POP e ogni gravidanza successiva aumenta ancora il rischio dal 10 al 21%. Handa (4) nel 2003 riporta un aumento del rischio di prolasso anteriore del 31% per ogni gravidanza. Chiaramente, risulta importante non solo la parità, ma anche il tipo di parto, vaginale o cesareo e cesareo con o senza travaglio: solo due studi caso-controllo hanno identificato il parto operativo (vacuum o forcipe, Figura 3) come fattori di rischio per il POP, tuttavia altri studi dovranno essere condotti per approfondire uno dei fattori di rischio più importanti nella genesi del POP.
Per quanto riguarda **la menopausa**, non ci sono ancora certezze: diversi recettori per gli estrogeni sono stati identificati nella pelvi, quali ER-α ed ER-β. È noto che la carenza estrogenica determina atrofia urogenitale, responsabile di sintomi urinari sensoriali, infezioni urinarie e prolasso. Ma non è altrettanto noto che la somministrazione di estrogeni esogeni possa ridurre tali conseguenze. Recentemente sono stati studiati nuovi recettori quali i modulatori recettoriali selettivi per gli estrogeni (SERMs) importanti nella genesi del POP: Goldstein e Nanavati riportano nel 2002 in un trial sull'osteoporosi e il le-

vormeloxifene, un aumento dell'incidenza del prolasso del 9% rispetto al 4% dei pazienti trattati con placebo. Tale associazione non è stata riscontrata con il raloxifene. Moalli (5) nel 2003 riporta una riduzione del rischio associato all'assunzione di estrogeni ma solo quando la terapia sostitutiva veniva assunta per almeno 5 anni. Anche **l'obesità** rappresenta un rischio importante per il POP: una donna obesa con il caratteristico aspetto del corpo "a mela" ha un rischio aumentato di prolasso anteriore o pesteriore del 17%. Diversi studi hanno dimostrato una forte associazione tra BMI e POP. Il ruolo del **fumo** sul POP è ancora contraddittorio: gli studi non mostrano differenze significative tra popolazioni di fumatori e non fumatori. Resta il fatto che il fumo è associato a diverse condizioni cliniche che possono limitare in alcuni casi la chirurgia del POP.

Classificazione del POP

La classificazione nasce dall'esigenza di semplificare la comprensione dell'eziologia e della fisiopatologia del POP, dall'esigenza inoltre di standardizzare il trattamento e ricercare delle linee guida per chi si occupa di tali problematiche ma non solo (Figure 4, 5). Nel 1973, la ICS (International Continence Society) stabilì la prima standardizzazione della terminologia per il basso tratto urinario. Tali definizioni furono revisionate fino al 2002. Nel 1968, Baden (6) descrisse i criteri per la valutazione della gravità del prolasso: tale metodica era molto semplice da usare e si basava sul rapporto tra l'organo pelvico e il piano imenale (HWS). Sulla base di questo rapporto, a paziente in massimo ponzamento, si verificava se l'organo pelvico era anteriore all'imene, a livello dell'imene o posteriore all'imene, classificando il prolasso in I, II e III grado. Nel 1993 Bump et al. (7) descrissero la standardizzazione ICS della terminologia per il POP, introducendo il POP-Quantification System attraverso cui, tutte le porzioni della pelvi e quindi le loro posizioni vengono descritte minuziosamente durante l'esame clinico (Figure 6, 7, 8).

Tale sistema contiene quindi una serie di misurazioni sito-specifiche (6 punti) dei supporti degli organi pelvici: ogni segmento prolassato viene studiato in base all'imene, che assume il punto 0 in quanto è il segmento anatomico facilmente identificabile e misurato con scala centimetrica nei sui valori negativi e positivi. Possiamo ottenere la misurazione quindi di due punti per la porzione anteriore della vagina, due punti per la parte superiore e due per la posteriore. Per esempio una cervice che protrude 3 cm distalmente all'imene sarà descritta come +3 cm. A tali misurazioni si aggiunge inoltre la misurazioni dello iato genitale, della lunghezza vaginale totale e del corpo perineale. Le misurazioni sono riportate in una tabella 3x3. La quantificazione determina una descrizione precisa dell'anatomia individuale con la diagnosi dello stadio del prolasso per il singolo paziente. Quantificato il prolasso e individuato la presenza di un prolasso del segmento anteriore, attraverso l'esame clinico e mediante l'utilizzo della pinza di Baden si dovrebbe arrivare alla differenziazione dei vari tipi di difetti ovvero centrale o paravaginale. Barber nel 1999 affermò che, il valore predittivo positivo nella diagnosi di difetti paravaginali, è molto bassa e si aggira attorno al 61%. Per quanto riguarda il segmento posteriore inoltre, l'esame clinico non sempre riesce a distinguere il rettocele dall'enterocele: difficile infatti è la localizzazione del difetto sul setto rettovaginale in sede di esame clinico rispetto alla diagnosi intraoperatoria (Burrows 2003).

Valutazione della paziente: esami clinici e strumentali

Spesso il POP si presenta in associazione con l'incontinenza urinaria da sforzo (SUI) e/o possibili ostruzioni urinarie e defecatorie per compressione del prolasso sull'uretra e sulla porzione rettale. Spesso le pazienti sono costrette a ridurre manualmente il prolasso per svuotare la vescica o vanno incontro più facilmente a infezioni del basso tratto urinario. Inoltre i pazienti con POP presentano un più alto tasso di sintomatologia urinaria come urgenza minzionale, frequenza ed incontinenza da urgenza. Parallelamente i pazienti con POP possono presentare difficoltà nella defecazione necessitando di assistenza manuale nello svuotamento, o possono manifestare perdita involontaria di feci o gas. Spesso si creano delle riserve di feci difficilmente eliminabili spontaneamente. Inoltre i pazienti con POP presentano disfunzioni sessuali in seguito a dispareunia, diminuzione della libido e dell'orgasmo ed imbarazzo derivante dalla visibile alterazione anatomica. Barber et al. (8) nel 2002 hanno dimostrato un netto miglioramento della funzione sessuale nelle donne operate per POP.

La visita uroginecologica

La valutazione della paziente con POP deve essere condotta con paziente in posizione litotomica o, a volte, a paziente in piedi: l'ispezione della pelvi già ci può fornire informazioni importanti ma preliminari che vanno approfondite attraverso l'utilizzo dello speculum di Sims prima e della porzione posteriore dello stesso speculum per analizzare progressivamente tutti i segmenti pelvici, il centrale, l'anteriore e il posteriore.

A questo punto il paziente viene invitato a tossire o a ponzare per la manovra di Valsala per verificare la massima estensione del prolasso. Si procede quindi alla quantificazione del prolasso con il POP-Q System. Il completamento dell'esame fisico dei pazienti affetti da POP prevede quindi l'effettuazione di ulteriori esami clinici e strumentali al fine di investigare le suddette concomitanti problematiche che spesso si associano al POP.

Q-Tip Test (9). Ci permette infatti di valutare la mobilità uretrale che possiamo stratificare in tre gradi a seconda della maggiore o minore mobilità. Il test si effettua inserendo un *cotton swab* nell'uretra fino al collo vescicale, si misura l'asse uretrale e il suo cambiamento durante il ponzamento. Un angolo maggiore di 30 gradi generalmente viene considerato positivo.

Cistoscopia. La cistoscopia ci da uno studio esatto della conformazione anatomica endocavitaria della vescica, dell'uretra e della giunzione uretrovescicale, e permette di escludere la presenza di patologie endovescicali che determinano una sintomatologia irritativa (10). Inoltre è indicata nel caso di piuria o ematuria sterile, dolore vescicale, sintomi irritativi, cistiti ricorrenti, incontinenza urinaria diverticoli uretrali e fistole urogenitali, cistite interstiziale, urolitiasi, neoplasie e nel caso in cui una patologia vescicale non risponde al trattamento specifico.

L'ecografia. L'ecografia ha il vantaggio di non essere invasiva, riproducibile e poco costosa. Può fornirci informazioni sulla conformazione dei visceri pelvici e sulla loro attuale posizione grazie alla possibilità di eseguire esami tridimensionali, sulla giunzione vescico-uterina, sull'asse uretrale e sull'apertura del collo vescicale (11, 12). Possiamo studiare i reni, gli ureteri, valutandone la grandezza, possibili anomalie, i calcoli o l'idronefrosi e l'idroureteronefrosi. Studiamo la vescica, nel caso di infezioni, cistiti emorragiche, corpi estranei, neoplasie e fistole vescico-vaginali e vescicouterine. Dell'uretra studiamo la struttura, i diverticoli e le masse periuretrali. Inoltre è possibile diagnosticare la presenza di ematomi retropubici, o di masse pelviche e soprattutto le disfunzioni del pavimento pelvico quali il rilassamento del pavimento pelvico, l'iperattività del detrusore, la IUS, le disfunzioni nello svuotamento vescicale, l'incontinenza anale e le disfunzioni dei muscoli elevatori dell'ano.

Cistografia minzionale retrograda. L'esame si esegue per la valutazione completa delle vie urinarie. Fornisce informazioni sull'anatomia dell'apparato urinario e sulla funzionalità glomerulare. Tale esame è oggi associato alla TC. Una delle indicazioni più frequenti è rappresentata dalla diagnosi di ostruzioni uretrali, ma soprattutto, in presenza di prolassi di grado moderato-severo, ci da informazione sulla funzionalità renale che può essere compromessa e ci mostra la posizione della vescica e dell'asse uretrale: fornisce un accurato orientamento sulla gravità del prolasso del segmento anteriore e delle sue conseguenze generate a monte del sistema urinario, nonché informazioni sull'asse uretrale e sul suo cambiamento durante il ponzamento.

TC. L'esame è utilizzato in associazione della cistografia per lo studio anatomico e funzionale del rene e delle vie renali.

RMN. Non ancora entrata nella pratica comune perché costosa, tuttavia rappresenta un importante esame strumentale nella diagnosi dei POP e nella ricerca (13); attraverso tale metodica è possibile lo studio dei tessuti molli, delle masse pelviche, l'ostruzione uretrale, difetti dello sfintere anale e diverticoli suburetrali. L'ausilio della RMN è importante nella diagnosi dei difetti paravaginali (Ostrzenski, 1997).

Defecografia. Ci permette una valutazione statica e dinamica dell'anatomia e della funzionalità del segmento posterio-

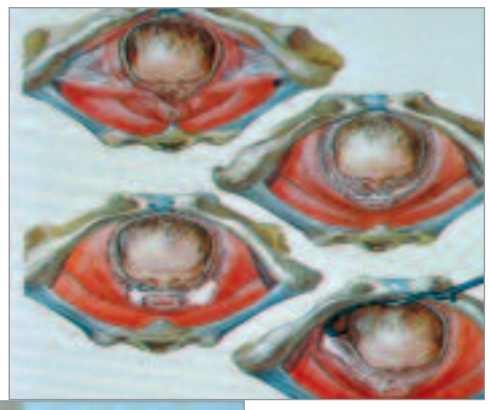


Figura 1
Rappresentazione delle modificazioni pelvi-perineali durante il periodo espulsivo del parto

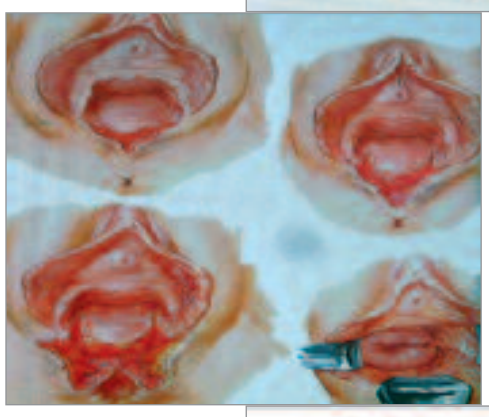


Figura 2
Rappresentazione dei danni vagino-perineali dopo il parto vaginale distocico

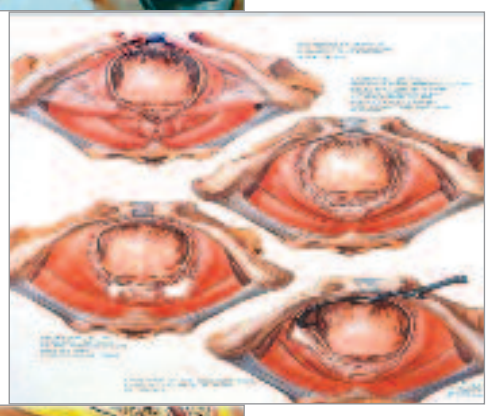


Figura 3
Parto vaginale distocico operativo (forcipe)

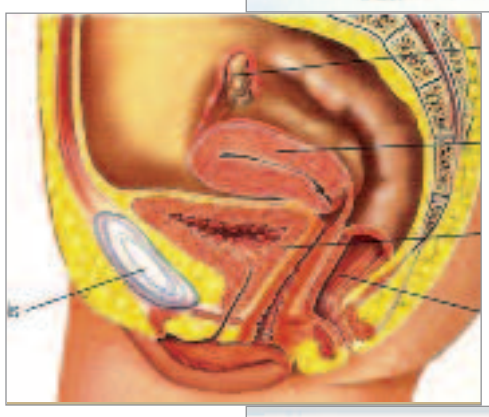


Figura 4
Anatomia degli organi pelvici in condizioni normali

Figura 5
Prolasso genitale totale

re soprattutto in presenza di sintomi ostruttivi: tale esame infatti è fondamentale per la diagnosi del prolasso del segmento posteriore ma anche di intussuscezioni e di dissinergia del pavimento pelvico (14). Un'accurata diagnosi risulta fondamentale nella valutazione chirurgica al fine della scelta terapeutica migliore. La valutazione della paziente in sala operatoria invece, potrebbe essere molto convincente ma l'effetto dell'anestesia e il rilassamento muscolare può falsare la stadiazione del prolasso. La presenza di perdita di urina riferita dalla paziente o obiettivata in corso di esame fisico, necessita di approfondimento attraverso il Pad Test.

Pad Test. Attraverso questo test si misura il peso dell'urina persa nel corso di 1h dopo aver fatto bere la paziente con almeno 500 ml di acqua e facendo eseguire alla paziente stessa colpi di tosse, ponzamento, esercizio fisico generico. Tale test naturalmente ha due grandi limitazioni, ovvero l'inpossibilità di conoscere quanta urina è presente in vescica e soprattutto il tipo di esercizio eseguito per generare una pressione intraddominale. Ciò si traduce in una bassa sensibilità e scarsa correlazione con la severità dell'incontinenza. Elevata sensibilità invece si raggiunge con esami strumentali specifici come l'esame urodinamico.

Urodinamica. Ci permette oggi di valutare la presenza di incontinenza urinaria, classificarne il tipo e stabilire la linea di trattamento. Si valutano, in prima battuta, i difetti di riempimento vescicale e le disfunzioni da essa derivanti (15, 16, 17, 18). Dopo aver fatto bere la paziente, la si invita ad urinare in un apposito raccoglitore collegato alla macchina dell'urodinamica che registra il tempo e la quantità di urina emessa come flusso libero, flusso massimo, flusso medio. Si registra inoltre il residuo vescicale. Successivamente, si esegue una cistometria (19) per studiare il comportamento della vescica nella fase di riempimento e svuotamento. Si riempie la vescica della paziente con soluzione fisiologica sterile e si registra la capacità propiocettiva attraverso la rilevazione del primo stimolo della paziente ad urinare, lo stimolo massimo, la massima capacità vescicale e la pressione vescicale man mano che aumenta il volume al fine di studiare la compliance vescicale, la sua elasticità e l'accomodazione della sua muscolatura liscia. Dopo il primo stimolo, ad un riempimento medio di 250 ml, si effettuano le manovre provocative, chiedendo alla paziente di ponzare e di fare dei colpi di tosse in sequenza per valutare la presenza di perdite involontarie di urina. Si valutano inoltre l'iperattività detrusoriale, la presenza di perdita involontaria di urina dopo contrazioni detrusoriali spontanee, lo studio Pressione/Flusso (20), registrando il rapporto tra Pressione detrusoriale/Flusso massimo per identificare possibili condizioni ostruttive o alterazioni detrusoriali da ipocontrattilità. Le pazienti che riferiscono sintomatologia urinaria, generalmente hanno una possibilità di avere una prova urodinamica positiva dal 64 al 94%. I difetti di riempimento vescicale possono avere cause vescicali, quali l'iperattività detrusoriale, cioè la presenza di contrazioni detrusoriali involontarie dovute a varie cause quali patologie neurologiche o degenerative, da infiammazione o da cause idiopatiche. Inoltre si può osservare una diminuzione della compliance vescicale per cause neurologiche, idiopatiche o per fibrosi. Ancora si può riscontrare una ipersensibilità del detrusore dovuta ad infiammazioni, infezioni, patologie neurologiche, cause psicologiche o idiopatiche. Inoltre i difetti di riempimento vescicale possono essere determinati da cause uretrali come nel caso dell'incontinenza da stress per ipermobilità uretrale o una disfunzione dello sfintere intrinseco uretrale. Nella fase di svuotamento invece possiamo avere disfunzioni per cause vescicali quali alterazioni anatomiche determinate da compressioni uretrali extramurali come un prolasso o masse intrauretrali o contrazioni del collo vescicale o disfunzioni da cause funzionali quali una dissinergia dello sfintere liscio o di quello striato.

La condizione più comune riscontrata in associazione al POP è senza dubbio la IUS dal 50 al 70% dei casi. L'iperattività detrusoriale o le forme miste si aggirano invece dal 20 al 40%. Recentemente l'incontinenza urinaria viene suddivisa in due parti: l'incontinenza da cause genitourinarie che include la IUS, l'iperattività detrusoriale da cause idiopatiche e neurologiche e le forme miste (21). A queste condizioni cliniche si associano le fistole vescicali, uretrali e ureterali, e le forme congenite. L'incontinenza da cause non genitourinarie è rappresentata invece dalle forme funzionali, cognitive, farmacologiche e metaboliche.

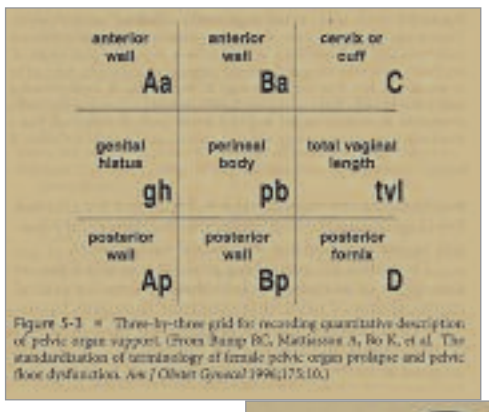


Figure 5-3 = Three-by-three grid for recording quantitative description of pelvic organ support. (From Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175:10.)

Figura 6

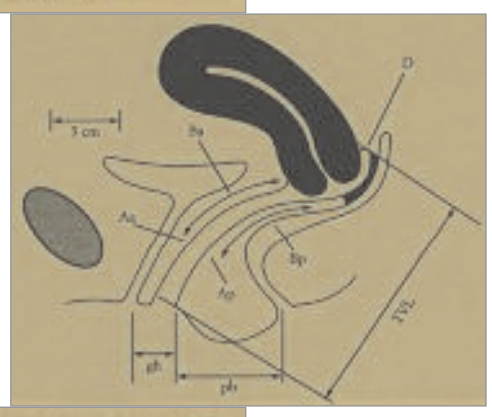


Figura 7

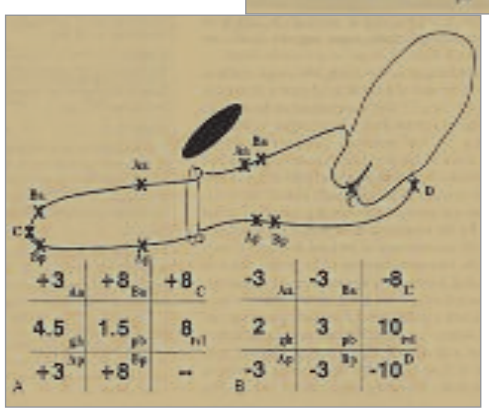


Figura 8

La nostra esperienza

Dall'ottobre 2002, presso la U.O.C. di Ginecologia-Ostetricia del P.O. di Oliveto Citra, con l'istituzione dell'ambulatorio di Uro-Ginecologia, in circa 8 anni di attività, è emersa l'elevata incidenza di patologie come l'incontinenza urinaria femminile e il prolasso utero-vaginale.

I fattori etiopatogenetici individuati sono stati:

- l'età media significativamente alta della popolazione del territorio afferente;
- l'elevata percentuale di parti a domicilio, con effetti devastanti sul perineo e sulla statica pelvica;
- l'attività lavorativa in gran parte basata sull'agricoltura, lavoro in cui la particolare postura e l'aumento della pressione addominale inciderebbe significativamente sulla distribuzione dei vettori di forza verso il perineo, favorendo patologie come il prolasso e l'incontinenza urinaria da sforzo;
- un elevato BMI medio della popolazione in esame, costituirebbe un ulteriore fattore di rischio per patologie della statica pelvica (22).

L'ambulatorio uro-ginecologico del P.O. San Francesco D'Assisi di Oliveto Citra, ha consentito la creazione di un percorso completo agevolato per l'utente, che inviato dal centro unico di prenotazione dell'ASL SA (CUP), dal medico di base, dall'ambulatorio divisionale o dal consultorio familiare, per una visita uro ginecologica, ha trovato un'immediata risposta alla sua patologia. Infatti, nel corso della prestazione ambulatoriale uroginecologica, ai fini di ridurre il tempo di attesa per l'utente, in tempo reale vengono prenotati direttamente gli esami di laboratorio e strumentali, in collaborazione con l'U.O. di radiologia. Dall'insieme dei risultati ottenuti, dopo un successivo consulto, viene programmata una terapia riabilitativa, farmacologia e/o chirurgica mirata. Y

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

Per saperne di più

1. Bland DR, Earle BB, Vitolins MZ, Burke G. Use of the pelvic organ prolapse staging system of the International Continence Society, American Urogynecologic Society, and the Society of Gynecologic Surgeons in perimenopausal women. Am J Obstet Gynecol 1999;181:1324
2. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, et al. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2001;185:1332
3. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol 2002;186:1160
4. Handa VL, Pannu HK, Siddique S, et al. Architectural differences in bony pelvis of women with and without pelvic floor disorders. Obstet Gynecol 2003;102:1283
5. Moalli PA, Ivy SJ, Meyn LA, Zyczynski MH. Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. Obstet Gynecol 2003;101:869
6. Baden WF, Walker T, Lindsey JH. The vaginal profile. Tex med 1968;64:56
7. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175:10
8. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, et al. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2002;99:281
9. Walters MD, Diaz K. Q-Tip test: a study of continent and incontinent women. Obstet Gynecol 1987;70:208.
10. Utz DC, Zincke H. The masquerade of bladder cancer in situ as interstitial cystitis. J Urol 1974;111:160
11. Montella JM, Ewing S, Cater J. Visual assessment of urethrovescical junction mobility. Int Urogynecol J 1997;8:13
12. Schaer GN, Koechli OR, Schuessler B, et al. Perineal ultrasound for evaluating the bladder neck in urinary stress incontinence. Obstet Gynecol 1995;85:220
13. Matsuoka H, Wexner SD, Desai MB. A comparison between dynamic pelvic magnetic resonance imaging and videoproctography in patients with constipation. Dis Colon Rectum 2001;30:199
14. Kelvin FM, Maglinte DD. Dynamic evaluation of female pelvic organ prolapse by extended proctography. Radiol Clin North Am 2003;41:395
15. Walters MD, Shields LE. The diagnostic value of history, physical examination, and Q-Tip cotton swab test in women with urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 1988;159:145
16. Arnold EP, Webster JR, Loose H, et al. Urodynamics of female incontinence: factors influencing the results of surgery. Am J Obstet Gynecol 1973;117:805
17. Webster JD, Sihelnik SA, Stone AR. Female urinary incontinence: the incidence, identification, and characteristics of detrusor instability. Neurourol Urodyn 1984;3:235
18. Blaivas JG. Machines for measuring urodynamics. Contemp Obstet Gynecol 1990:35:99
19. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function:report from the Standardization Sub-Committee of the Continence Society. Am J Obstet Gynecol 2002;187:116.
20. Griffiths DJ. Basics of pressure-flow studies. World J Urol 1995;13:30
21. McGuire EJ, Savastano JA. Stress incontinence and detrusor instability/urge incontinence. Neurourol Urodyn 1985;3:313
22. De Vita D, Muccione MC, Pama F, Rinaldi R, Coppola E, Bisogno A, Auriemma G. Urogynaecologia International Journal Volume 23 – n. 2 May/Aug, pag. 16-22, 2009. Studio epidemiologico sull'incidenza delle variabili sociali, demografiche, psicologiche e delle modalità di espletamento del parto sui disturbi uroginecologici della popolazione dell'ASL Salerno.

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello

Incomunicabilità

Scarso spirito collaborativo, disinteresse o cos'altro? Fatto sta che la comunicazione tra colleghi spesso latita anche in seno al servizio pubblico: il ginecologo di un consultorio ha difficoltà ad intendersi col suo pari ospedaliero, ma non è migliore la collaborazione con i colleghi di medicina generale, pur lavorando insieme nell'ambito del distretto sanitario....

Noi medici siamo una grande famiglia, ma spesso ci comportiamo come i famosi parenti serpenti. Ognuno va per la sua strada, senza sapere e poco importandosi di cosa avviene a due passi da lui. Certo meglio ignorarsi che parlare male gli uni degli altri, come spesso accade, per uno dei motivi più biechi, la concorrenza, talora spietata.
Ancor peggio è che non si riesca a comunicare nemmeno all'interno del servizio pubblico. Il ginecologo di un consultorio ha difficoltà ad intendersi col suo pari ospedaliero, ma non è migliore la collaborazione con i colleghi di medicina generale, pur lavorando insieme ad essi nell'ambito del distretto sanitario.
Spesso ai corsi per nubendi chiedo: il vostro medico di famiglia vi ha detto qualcosa sugli esami preconcezionali, garantiti e gratuiti per legge? La risposta è negativa nella quasi totalità dei casi. Quei pochi che si sono ricordati di parlarne andrebbero quasi premiati! Così va a monte buona parte della profilassi da attuare prima di pensare ad una gravidanza.

Qualche anno fa, prima che partisse lo screening istituzionalizzato per il cancro del collo uterino, avevo già avviato per conto mio una chiamata, informando con puntualità tutti i medici di base. Delle rispondenti, nessuna donna mi ha mai detto di essere stata consigliata o invogliata a venire a controllo dal proprio medico! Che si ricorda dello specialista territoriale solo quando è ossessionato da pressanti quanto banali richieste.
Successivamente, con l'avvio del progetto regionale, come referente del mio ambito territoriale che comprende sette comuni, ho organizzato tre conferenze di presentazione. Sebbene le abbia tenute su loro richiesta negli orari più strani (all'ora di pranzo o la sera tardi) si è presentato solo un terzo dei colleghi interessati. Come ci si può aspettare allora quella collaborazione invocata nelle Raccomandazioni per gli screening oncologici da Ministero della Salute nel novembre del 2006?
In precedenza avevo organizzato, anche su sollecitazione di qualche collega "collaborativo" (ce ne sono!) tre convegni con accreditamento Ecm relativi a problematiche su cui spesso non andiamo d'accordo. Niente di trascendentale: il controllo della gravidanza, la contraccezione e la prevenzione oncologica. Una impresa burocraticamente non semplice: ricordo di aver perso un'intera domenica mattina per la compilazione del modulario elettronico di circa cinquanta pagine. Al momento della consegna all'ufficio formazione aziendale, il responsabile mi guardò con commiserazione dicendo: "credo che non se ne farà nulla, perché i suoi colleghi sono interessati ad altro e devono decidere loro gli argomenti". E così fu. Tirano certo di più il diabete o l'ipertensione: ci sarà pure qualche inconfessabile motivo?

Corsi

RISK MANAGEMENT

Al via la formazione dei manager anti rischio clinico

Parte il prossimo 13 maggio la seconda edizione del Master in Clinical Risk Management organizzato dalla Scuola di Formazione Continua dell'Università Campus Bio-Medico di Roma

Un sistema sanitario privo di errori è un'utopia ma utilizzare tutti gli strumenti a disposizione per ridurre i rischi è doveroso e possibile, come dimostrano le esperienze di altri Paesi che da tempo hanno messo in atto metodiche in grado di monitorare e prevenire gli errori medici.
In Italia siamo purtroppo ancora in ritardo ma a raccogliere la sfida è la Scuola di Formazione Continua dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, che avvierà a partire dal prossimo 13 maggio il secondo Master in Clinical Risk Management.
Un percorso formativo ad alto tasso di innovazione, finalizzato a creare una nuova figura professionale: quella del Clinical Risk Manager. Un super-esperto in grado di valutare la diverse dimensioni e tipologie di rischio clinico all'interno della propria struttura e di implementare programmi di gestione dello stesso.
Il Master è a numero chiuso ed è rivolto a laureati in medicina e chirurgia, farmacia, biologia, psicologia, scienze infermieristiche (laurea magistrale) ed ingegneria clinica che ricoprono un ruolo di coordinamento all'interno della funzione aziendale dedicata al controllo e alla gestione del rischio clinico e a coloro che intendono ricoprire tale ruolo.
Questa seconda edizione del Master vede la partecipazione di varie aziende la cui attività è legata alle tematiche del rischio in ambito sanitario. Tra le società che collaborano alla realizzazione dei corsi: Hill Rom, RINA, Instrumentation Laboratory (IL), Baxter. L'evento è inoltre patrocinato dall'AIIC (Associazione Italiana di Ingegneria Clinica).
Sono quattro le aree tematiche del Master: semantica del rischio, clinical governance, tecniche di gestione del rischio e aspetti medico-legali-assicurativi.
Il percorso formativo ha una durata di 18 mesi e garantisce l'acquisizione di 60 Crediti formativi universitari, dei quali 40 di formazione teorica; 10 di Project Works e Laboratori sviluppati con la guida di docenti, professionisti e tutor; 10 per lo sviluppo e la redazione della tesi finale del Master.

RISTOWELLNESS

La cucina tradizionale in chiave wellness

Quattro realtà del mondo scientifico e gastronomico, avvalendosi di un Comitato scientifico composto da medici, biologi, ricercatori e grandi chef, hanno avviato un rivoluzionario corso di formazione per cuochi, manager della ristorazione, medici nutrizionisti e appassionati della buona tavola

Il primo passo verso "La cucina wellness" o più semplicemente la "Cucina del Benessere" l'hanno compiuto l'Università Campus Bio Medico di Roma, l'Alma, la Scuola Internazionale di Cucina Italiana, l'Assic, Associazione per la Sicurezza Nutrizionale in Cucina e l'Associazione nazionale il Circolo dei Buongustai dello chef Fabio Campoli. L'obiettivo del nuovo corso è di coniugare la cultura culinaria degli chef con i principi della nutrizione, per promuovere "sani peccati di gola", con piatti raffinati e d'effetto ma attenti anche al mix bilanciato di sostanze nutritive, antiossidanti e grassi, per scoprire che la longevità può passare anche per la buona tavola. Una cucina "da stellette" capace comunque di rallentare i processi di invecchiamento e contribuire a prevenire patologie metaboliche e oncologiche. Per non parlare delle necessità di offrire menù variegati e gustosi anche a chi deve fare i conti con patologie metaboliche e cardiovascolari, per citare solo quelle che nell'insieme affliggono, anche a tavola, la maggioranza degli italiani.
Già oggi alcune mense e qualche ristorante adottano menù ad hoc per i celiaci. Un modulo del corso è dedicato alla formazione di veri e propri "formatori", destinati a diffondere la cucina wellness tra esercizi e mense che mireranno al tricuore rosso.
Un secondo modulo è dedicato ai manager della ristorazione (aziendale inclusa), mentre un terzo modulo è riservato ai cuochi per acquisire la formazione necessaria alla scelta delle materie prime e delle tecniche di cottura ideali a mantenere integre le proprietà nutritive dei cibi. Apre il corso il padre dell'alta cucina in Italia, Gualtiero Marchesi. Tra i docenti Fabio Campoli, lo chef che cura lo spazio sul mangiar sano ad Unomattina (Rai 1), Agostino Petrosino, Michel Magada, i ricercatori dell'Inran e dell'Università di Parma. Tutte le lezioni, che si terranno nella suggestiva Reggia di Colorno (Pr) sede dell'ALMA e presso al Scuola di Formazione Continua dell'Università del Campus Bio-Medico di Roma, saranno svolte da uno chef affiancato da un medico.
Maggiori informazioni sul corso e sulle modalità di iscrizione sono disponibili all'indirizzo:
http://www.unicampus.it/ristowellness.

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano

La Grande Sorella

Una presenza greve e al tempo stesso impalpabile, che ci segue come un'ombra, ci osserva e ci spia

C'è una presenza ormai quasi costante che accompagna nella professione i medici italiani e in particolare gli ostetrici-ginecologi. Come un'ombra ci segue e ci inquieta, ci rende sospettosi e timorosi al tempo stesso; vive con noi e si insinua in ogni nostro gesto o atto della professione. Una presenza greve, eppure impalpabile, che avvelena i rapporti con i nostri pazienti e i loro familiari e rischia di distruggere la nostra vita e di rovinare la nostra famiglia.
È la paura.
Paura di sbagliare, paura di essere perseguito (o perseguitato?), magari per aver avuto il coraggio di una scelta difficile. Paura dell'avviso di garanzia che può piombarti tra capo e collo, paura di finire sui giornali sotto il titolo che grida "Donna uccisa in ospedale". Ebbene, per quanto tempo ancora dovremo convivere con l'incubo di questa funesta "Grande Sorella"? Cosa e chi alimenta questo clima di astio contro i camici bianchi? E a chi giova?
Il match cittadini contro medici trova buoni sponsor nei mezzi di informazione ma anche in politici di vario ruolo e spessore che, a corto di argomenti e in cerca di spazi e notorietà, fanno a gara per tranciare sentenze populistiche e senza appello. Ci sono poi i Tribunali, quelli del malato, la cui ragion d'essere è trovare un 'reato' e un 'colpevole' (altrimenti che Tribunali sarebbero?).
Mi viene in mente il titolo di una trasmissione di successo: "Un detective in corsia". Che dire, manca soltanto il serial killer dei medici e il cerchio è chiuso!
Intanto le compagnie di assicurazione ci evitano come la peste e questo rende ancora più cupe le prospettive: a fronte di un così alto grado di rischio siamo tra i professionisti meno tutelati, più esposti, non solo dal punto di vista penale ma anche e soprattutto in sede di risarcimenti (e che risarcimenti!) civili. Se i medici italiani incominciassero a risentire pesantemente dello stress legato alla professione non ci sarebbe davvero di che stupirsi. Quanto ai ginecologi, non è forse in voga da anni la ricerca della responsabilità ad ogni costo dell'ostetrico-ginecologo in qualunque criticità legata al parto o alla gravidanza?
Sia ben chiaro, non è mia intenzione fare una difesa d'ufficio della categoria. Il nostro è un mestiere difficile, pieno di insidie e di rischi. L'errore ci può stare, naturalmente. È dunque possibile che in situazioni e momenti che richiedono decisioni rapide, spesso non reversibili, a volte le scelte siano infelici, se non addirittura sbagliate. È per questo che è giusto che si appurino responsabilità e si prevedano risarcimenti quando dovuti. Ma la continua caccia al colpevole, questa no, non è accettabile: è un efferato attacco alla dignità e alla serenità professionale dei medici.
È tempo allora di chiedersi cosa fare per riscrivere le regole del rapporto tra medico e cittadini e per riequilibrare quello con i mass media. Il senso di sfiducia, di logoramento psichico, di delusione per una professione che si è abbracciata con giovanile entusiasmo (e che oggi è sempre più simile a un serrato confronto con pazienti, familiari, burocrati, avvocati, magistrati in carriera e giornalisti alla ricerca del premio Pulitzer) è inesorabilmente sempre più esteso. Molti camici bianchi non ne possono più, stufi di sentirsi sempre sotto la mannaia di una denuncia penale alcuni cominciano a preferire la medicina 'non decisionistica', per evitare le responsabilità e sfuggire alle situazioni di rischio.
In un contesto così amaro non desta quindi scalpore la recente notizia che molti medici italiani soffrono di depressione, di stati ansiosi...in una parola sono colpiti dalla sindrome da *burnout*.
Non posso non ammettere che anche noi medici ci mettiamo del nostro: una gran parte dei contenziosi in sanità scaturisce proprio dalla carenza di comunicazione tra medici e pazienti e loro familiari. Una più accurata informazione sulle pratiche messe in atto, una maggior disponibilità al dialogo, più 'delicatezza' verso i malati, sono alcuni aspetti del rapporto in ambito sanitario che dovrebbero essere opportunamente rivalutati dai colleghi. Spesso basta una semplice parola per evitare rigidità e tensioni. Dimostrare più comprensione per chi si trova in uno stato di difficoltà oggettiva e di ansia a causa della malattia consentirebbe di stabilire un equilibrio tra curante e ammalato capace di evitare incomprensioni e di arginare irragionevoli asti nei confronti dei medici.
Le persone ci guardano, ci osservano, hanno bisogno di un gesto di conforto, non soltanto di diagnosi e di medicine. In una parola, ci vuole 'empatia' nel nostro lavoro. Ripensare in questi termini il nostro rapporto con i malati in generale, e in special modo con le nostre pazienti, attenuerebbe il crescente malessere che attraversa la nostra categoria, con l'inevitabile *burnout* che ne consegue.
La "Grande Sorella" ci osserva, ci segue, ci spia. Non permettiamoglielo.

Cosa bolle in senato

▶ Segue da pagina 15

del tempo. Ma il Ddl sul fumo che estende il divieto di vendita delle sigarette ai minori di 18 anni, e altro ancora potrebbe essere approvato dalla Commissione Igiene e sanità, in deliberante, prima della prossime elezioni regionali.

Presidente, lei è firmatario di uno specifico Ddl sul riordino del servizio farmaceutico. Quali sono a suo avviso i provvedimenti più importanti da prendere su questo fronte?

Il Ddl 863 si propone di riformare il sistema farmacia mantenendo gli aspetti di efficienza e di grande qualità che sono riconosciuti universalmente al sistema farmaceutico italiano. Con questo testo normativo si prospetta il superamento del modello duale farmacia/parafarmacia, introdotto con le liberalizzazioni della legge Bersani. Questo progetto aveva il fine di trasformare in farmacie le parafarmacie, ovvero i punti vendita che possono dispensare al pubblico prodotti di banco e farmaci che non richiedono obbligo di prescrizione e purché in dosi minime, quindi anche senza l'obbligo della presenza del farmacista, secondo le indicazioni fornite dall'Aifa, dalla Conferenza dei Presidi delle facoltà di Farmacia e dalla Commissione per la Farmacopea Ufficiale. Per tutti i firmatari del Ddl, al contrario, è fondamentale il mantenimento della titolarità della farmacia in diretto rapporto con il farmacista, che possiede specifici requisiti di professionalità, che è il responsabile della gestione e della somministrazione al pubblico dei farmaci. Noi crediamo che vi possa essere un distribuzione accessoria di supporto, e che questa possa anche essere utile, senza però creare ambiguità rispetto al sistema delle farmacie. Nessuno ha mai paventato la chiusura o la limitazione delle parafarmacie, ma teniamo a sottolineare la diversa funzione che svolgono queste due strutture, funzione che delimita molto bene i rispettivi campi di azione e interesse. Proprio entro la fine di febbraio inizieremo la discussione generale, è il secondo argomento nell'ordine del giorno. Y

Internet @

Ecm targata Aogoi

Con i due corsi "Office ecografia" e "Violenza sulla donne" è decollata su www.aogoi.it la nuova proposta di formazione a distanza in collaborazione con Springer-Verlag Italia

SU **WWW.AOGOI.IT**, attraverso la piattaforma e-learning Springer, si potrà accedere a questo innovativo servizio che utilizza strumenti interattivi come filmati, video e sezioni interattive di casistica clinica con commenti audio. L'obiettivo, come spiega il professor Carlo Sbiroli nel video di presentazione, è quello "di rispondere alle esigenze di sviluppo professionale dei ginecologi ospedalieri italiani, che sempre più sentono il bisogno di un aggiornamento quotidiano per la propria professione attraverso strumenti formativi di qualità".

Tre obiettivi su cui orientare la nostra azione futura

▶ Segue da pagina 22

vedere con il "quesito clinico" posto dal medico generale. Si tratta di problematiche che avrebbero dovuto essere individuate da noi ginecologi territoriali, i ginecologi della "presa in carico".
C'è un circuito "diabolico" che potrebbe coniugare l'approccio tradizionale (su cui è basato la tempistica attuale) e le "esigenze aziendali" di prestazioni sbrigative e "numericamente" importanti. Da vari forum e comunicazioni di iscritti, vengono segnalate "esigenze di servizio" che imporrebbero l'aumento delle visite per unità di tempo.
Dall'altro lato, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia delinea gli aspetti strettamente professionali del ginecologo: aumentano i compiti, le responsabilità e il ruolo, non solo di approccio terapeutico ma anche di promozione della salute e di emersione dei problemi. Il dolore pelvico cronico, la dispareunia, le infezioni recidivanti uroginecologiche, la dismenorrea, la sindrome premestruale, la depressione post-partum, l'endometriosi, ecc., richiedono presa in carico, diagnosi precoci e l'individuazione dei problemi da affrontare in team. È tale qualità che rappresenta il valore, anche economico, della professione.

La "complicata" formazione del medico non ospedaliero

Se da un lato la riduzione dei tempi della visita va contrastata, dall'altro va garantito che il tempo della visita ginecologica moderna sia utilizzato con domande di emersione, azioni preventive, semeiotica e counselling specifico.
Ma chi ci ha formati per la visita ginecologica sotto questo punto di vista? Le modalità di indagine, la prevenzione per età o condizione specifica, la diagnosi precoce di una visita sono mai state codificate nel corso di specializzazione? L'università ha davvero garantito una formazione organica su questi temi? E tutto ciò non ha forse una ripercussione sul riconoscimento professionale del ginecologo del territorio?
Se per un futuro ginecologo ospedaliero è fondamentale possedere una capacità tecnica ultraspecialistica, per un ginecologo non ospedaliero è necessario avere competenze di primo livello in tutte le sottospecializzazioni della ginecologia e ostetricia. Un indirizzo specialistico per la ginecologia preventiva favorirebbe il riconoscimento della nostra specificità, anche nelle necessità formative post-specializzazione.
Una formazione indirizzata solo alla prestazione tecnologica risponde ad importantissime esigenze di secondo livello ma rischia di formare generazioni di ginecologi che potrebbero non acquisire la capacità di gestione clinica, presa in carico e filtro alla prestazione ospedaliera. Prendiamo ad esempio l'incontinenza urinaria e il dolore pelvico cronico, paradigmi di patologie diffuse a rischio di cronicità, i cui esiti clinici sono favorevoli se la gestione è adeguata e precoce.
La sola incontinenza urinaria, ove fosse diagnosticata e curata precocemente, costerebbe alle finanze statali fino 5 volte di meno della fornitura di "pannoloni" e dei trattamenti chirurgici. Manca invece una politica nazionale di salute pubblica, nonostante la diagnostica uroginecologica e il trattamento degli stati iniziali sia frequentemente coronata da successo. La stessa diagnosi precoce richiede pochissime domande nei casi negativi, benché le pazienti con I.U. iniziale richiedano poi un lungo tempo di informazione e formazione alla ginnastica perineale.
La lettura semeiotica della "salute del pavimento pelvico" è un elemento determinante ai fini della prevenzione e della diagnosi: di tutte le patologie ginecologiche croniche, ne anticipa il quadro multifattoriale nel dolore pelvico cronico.
Il perineo è organo complesso a carico dell'attività clinica del ginecologo e la necessità di uno studio della semeiotica e una formazione, molto più approfondita dell'attuale, sono imprescindibili.
La risposta individuale invece è un percorso formativo quasi sempre "autogestito", la cui qualità non è facile da accertare, mentre dovrebbe essere promosso dalle Società scientifiche in collaborazione con le Asl.

L'importanza della ricerca scientifica: il progetto Sigo-Iss

Entrare nel circuito della ricerca di alto valore scientifico è sempre stato un obiettivo dei ginecologi non ospedalieri. Ma fino ad ora non ci era stato proposto nessun progetto di studio. La prima occasione si è presentata con il progetto Sigo-Iss di epidemiologia della condilomatosi: nell'indagine, appena avviata, i colleghi di Agite svolgeranno il ruolo di coordinatori dei diversi gruppi che lavorano sul territorio italiano. A loro è demandato il successo del progetto, a tutti noi chiedere, informarsi, partecipare.
Al network che aderisce alla ricerca sono fornite 5 riviste di rilevanza per l'attività del ginecologo territoriale e ai colleghi randomizzati spetterà un punteggio Ecm. Vi invitiamo a consultare la pagina sullo studio epidemiologico nel sito www.agite.eu Y

Il ruolo dei periti nell'accertamento della colpa medica

▶ Segue da pagina 19

fessionale si accompagna alla competenza medico-legale, anche ai fini degli specifici criteri che debbono essere adoperati dal Ctu nell'adempimento dell'incarico ricevuto. Ciò per evitare che l'elaborato peritale si trasformi in una lezione accademica o in un'occasione si esibizionismo culturale da parte del consulente, in luogo di un contributo concreto di valutazione della condotta medica nel caso in esame.
Il problema presenta aspetti di maggior complessità, se si pone mente agli enormi sviluppi sella cultura medica degli ultimi anni, che hanno comportato la creazione, nell'ambito di una stessa disciplina, di varie superspecialzzazioni che si avvalgono dell'opera di medici che a tale settore si sono completamente dedicati, divenendone autorevoli esponenti. In tal modo la branca ostetrico-ginecologica racchiude nel suo seno alcune subspecialità quali la medicina della Riproduzione, l'Uroginecologia, l'Oncologia ginecologica, la medicina Perinatale ecc. che hanno ormai ricevuto in ambito europeo un riconoscimento ufficiale. Si sono così create delle competenze specifiche settoriali di cui sono depositari i cultori della materia subspecialistica verso la quale essi hanno indirizzato in modo esclusivo la propria attività. Se trasferiamo questo assunto in campo giudiziario, ne viene di conseguenza che, ai fini di una valutazione corretta del singolo caso clinico in esame, l'evento dannoso debba essere analizzato e vagliato da un esperto settoriale, meglio che da uno specialista non fornito di specifica competenza in materia. Val quanto dire che un caso di oncologia ginecologica deve essere affrontato da un ginecologo esperto di oncologia, piuttosto che da un ostetrico che eserciti quotidianamente la medicina perinatale e non si occupi di patologia tumorale ginecologica.

La nostra proposta

Sarebbe dunque auspicabile che il giudice, nella scelta del consulente d'ufficio cui affidare un incarico peritale, tenesse conto della specifica competenza dello specialista in relazione al caso da esaminare e ai quesiti cui egli è chiamato a fornire una risposta. A tali concetti si è uniformata una proposta, da tempo avanzata dallo scrivente nelle sedi competenti e recentemente recepita in seno alle nostre Società scientifiche, di elaborare un elenco di specialisti di provata esperienza, distinti per superspecialità ostetrico-ginecologiche, cui possa venir affidato, almeno nei casi di maggior complessità, l'incarico di espletare una consulenza tecnica che possegga i crismi della massima affidabilità e della più alta qualificazione professionale.

Questa proposta non vuole in alcun modo limitare o condizionare l'autonomia decisionale del giudice nella scelta del consulente tecnico d'ufficio (della quale siamo pienamente consapevoli), ma vuole offrire al magistrato un contributo culturale a fini di una corretta definizione dei casi più delicati di contenzioso giudiziario concernenti la colpa medica. Y

Editoriale

Le nuove Regioni per una nuova Sanità

▶ Segue da pagina 3

riqualificazione e di riconversione della rete ospedaliera, di innovazione tecnologica e di potenziamento dei servizi sanitari e sociali del territorio;
• migliorare le condizioni di lavoro nelle strutture sanitarie, introducendo la gestione del rischio clinico in tutte le Aziende Sanitarie e sviluppando una cultura di prevenzione degli eventi avversi;
• definire insieme con le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e sanitaria percorsi diagnostici e terapeutici in grado di favorire l'equità di accesso dei cittadini riducendo le liste di attesa in un contesto di appropriatezza clinica ed organizzativa;
• perseguire la pari dignità professionale nelle Aziende Ospedaliere Universitarie tra la componente dipendente del Ssr e quella universitaria del Miur reclutando le intelligenze di entrambe le appartenenze in un processo di integrazione rispettoso dei meriti di ognuno e della vocazione assistenziale e formativa del servizio sanitario;
• superare le norme che penalizzano il lavoro pubblico in sanità, a partire dalla dirigenza, e a non applicare la "rottamazione" dei dirigenti del Ssr;
• eliminare la cattiva politica dalla sanità, applicando criteri di trasparenza e di merito professionale nella nomina dei direttori generali delle Aziende sanitarie e dei direttori di struttura;
• coinvolgere le organizzazioni sindacali dei dirigenti del Ssr nelle scelte di programmazione regionale inerenti la sanità pubblica;
• attuare un percorso di stabilizzazione per i medici e gli altri professionisti sanitari che lavorano in modo precario nella sanità pubblica anche al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza;
• promuovere l'applicazione alla fase decentrata dei Ccnl sottoscritti, rispettando i tempi per il rinnovo dei contratti integrativi.

Congressi convegni

X CORSO AOGOI - AGGIORNAMENTO TEORICO PRATICO IN MEDICINA EMBRIO-FETALE E PERINATALE
Villasimius
13 - 16 maggio
Segreteria organizzatrice
I.M.C. EUROPE Srl
Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari
Tel. 070.273470 Fax 070.273306
imceurope@imceurope.eu

INNOVAZIONI SCIENTIFICHE E TECNOLOGICHE NELLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA E DIAGNOSI PRENATALE
Bologna
14 maggio
Segreteria organizzatrice
Gynepro Educational
Via Lame 44 - 40122 Bologna
Tel. 051.223260 Fax 051.222101
educational@gynepro.it

I CORSO TEORICO-PRATICO DI ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINALE
Montecatini Terme (Pt)
15 - 16 maggio
Segreteria organizzatrice
Quid Communications Srl
Via Vanini 5 - 50129 Firenze
Tel. 055.4633701 Fax 055.4633698
info@quidcom.com

VIAGGIO NEL MONDO DELLA MATERNITÀ DAL CONCEPIMENTO AL PARTO
Pollena Trocchia
20 maggio
Segreteria organizzatrice
Sirene & Partners Snc
Corso Italia 112 - 80063 Piano di Sorrento (Na)
Tel. 081.8087577 Fax 081.5341888
info@sirenepartners.it

PRIME GIORNATE GINECOLOGICHE DELLE EGADI - APPROCCIO MINI-INVASIVO MULTIDISCIPLINARE IN GINECOLOGIA
Favignana (Tp)
27 - 29 maggio
Segreteria organizzatrice
Centro Italiano Congressi Cic Srl
Corso Trieste 42 - 00198 Roma
Tel. 06.8412673 Fax 06.8412687
congressi@gruppocic.it

IX INTERNATIONAL BIENNAL MEETING LAPAROSCOPC SURGERY
THE REVOLUTION CONTINUES
Maratea
27 -29 maggio
Segreteria organizzatrice
Bluevents
Via Flaminia Vecchia 508 - 00191 Roma
Tel. 06.36382038 Fax 06.45421443
info@bluevents.it

CONVEGNO REGIONALE AOGOI-FESMED PUGLIA 2010
Altamura (Ba)
5 giugno
Segreteria organizzatrice
Dott. Alessandro Mastrorilli
Tel. 080.314.44.00 Fax 080.316.02.38
mastrorilli@alice.it

REPERTI ECOGRAFICI BORDERLINE, FINEZZE DIAGNOSTICHE O COMPLICAZIONI INUTILI?
Milano Marittima (Ra)
5 giugno
Segreteria organizzatrice
Dolphin Organization
Strada Maggiore 90 - 40125 Bologna
Tel. 051.6360801 Fax 051.4292250
mail@dolphinorganization.com

6° CORSO DI MEDICINA MATERNO FETALE
Brescia
11 -12 giugno
Segreteria organizzatrice
Incentives & Congressi
Via Crocifissa Di Rosa 15 - 25128 Brescia
Tel. 030.391026 Fax 030.383290
info@incentivecongressi.com

CONGRESSO DELLA SOCIETA' CAMPANO CALABRO LUCANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Cosenza
11 - 12 giugno
Segreteria organizzatrice
Dott. Pasquale Pirillo
Tel. 0984 681276 Fax 0984 681276
direttore.ostetr.poa@aocs.it

X CONGRESSO NAZIONALE SIGITE
Torino
17 -19 giugno
Segreteria organizzatrice
D.ssa Beatrice Goretti
Tel. 349.6353427
beatricegoretti@gmail.com

LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE
Bari
24 -25 settembre
Segreteria organizzatrice
D.ssa O. Dentamaro - D.ssa A. Renna
ginecologia@oncologico.bari.it

PELVIC FLOOR DISORDERS FIRST INTERNATIONAL SYMPOSIUM
Parma
7-8 ottobre
Segreteria organizzatrice
LB Group
Circonvallazione Clodia 133 - 00195 Roma
Tel. 06.45422450
pelvicfloordisorders@lbgroup.it

SIGO 2010 - 86° CONGRESSO SIGO 51° CONGRESSO AOGOI
Milano
14 - 17 novembre
Segreteria organizzatrice
Triumph Congressi
Via Lucillo 60 - 00136 Roma
Tel. 06.355301 Fax 06.35530235
a.grossi@gruppotriumph.it

Bando di concorso Borsa di studio "Ugo Tropea"

L'Aogoi bandisce un concorso per l'assegnazione di una borsa di studio intitolata a "Ugo Tropea" da assegnare alle tre migliori comunicazioni che verranno inviate alla Segreteria scientifica del X Corso di aggiornamento Aogoi, che si terrà a Villasimius dal 13 al 16 maggio 2010.

I titoli per partecipare al concorso sono i seguenti:
- età dell'autore del lavoro scientifico (primo nome, se in collaborazione) non superiore a quarant'anni
- specializzazione o iscrizione alla Scuola di specializzazione nella disciplina ginecologica
- cittadinanza italiana.

Nella domanda i concorrenti dovranno indicare: cognome, nome, luogo e data di nascita, indirizzo e numero telefonico.
La domanda dovrà essere corredata da:
- certificato di laurea (in carta semplice o dichiarazione sostitutiva del certificato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)
- certificato di specializzazione o di iscrizione alla Scuola di specializzazione in ginecologia e ostetricia (in carta semplice o dichiarazione sostitutiva del certificato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)
- curriculum vitae del primo autore
- testo del lavoro: carattere times new roman, dimensione 12, interlinea singola, testo giustificato, formato word (doc) comprese tabelle, figure (formato jpg, tif) e bibliografia.

Le domande, corredate dai documenti sopra elencati, dovranno pervenire alla Segreteria scientifica del X Corso Aogoi per e-mail, all'indirizzo: prenatalmonni@tiscali.it, o per posta, su floppy disk, al seguente indirizzo: Servizio di ginecologia e ostetricia, diagnosi prenatale e preimpianto, terapia fetale, Via Jenner s.n., 09121 Cagliari (tel. 070.6095546) **entro il 30 aprile 2010.**
La Commissione giudicatrice sarà composta dal Presidente nazionale Aogoi, dal Segretario nazionale Aogoi e dal Prof. Pierfrancesco Tropea.
Il giudizio della Commissione è insindacabile.
La proclamazione dei vincitori della borsa di studio avverrà in occasione del Corso nazionale Aogoi in programma dal 13 al 16 maggio 2010.
I vincitori della borsa di studio avranno inoltre la possibilità di frequentare, a titolo di aggiornamento professionale, previi accordi con il Direttore della struttura, una Divisione o Centro specialistico ginecologico di un Ospedale italiano per un periodo di tempo da concordare con il Direttore della struttura stessa.

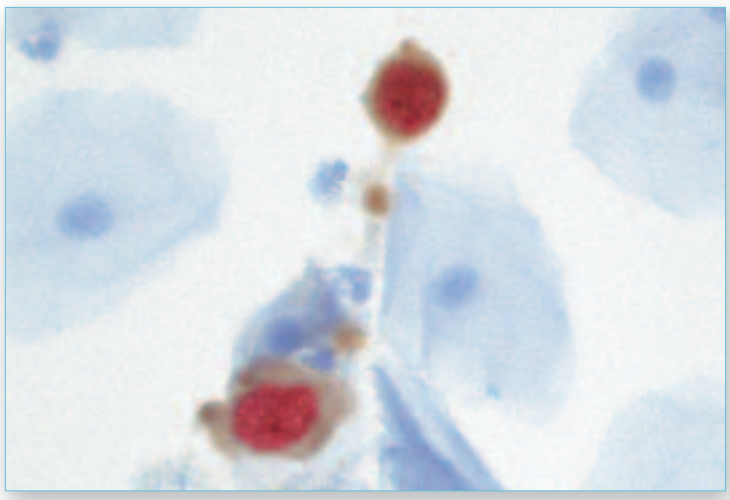
SCREENING DEL CANCRO CERVICALE:

Combinazione perfetta.

Ora disponibile

ALTA SENSIBILITÀ
+ ALTA SPECIFICITÀ
= CINtec PLUS

CINtec® PLUS
CLARITY AND CONFIDENCE



Combinazione di biomarcatori all'avanguardia per la rilevazione precoce di lesioni cervicali di alto grado

Ora disponibile
p16 *PLUS* Ki-67 in un singolo test

Ora dimostrato
in tre grandi studi clinici su più di 30.000 donne

mtm

mtm laboratories Italia S.r.l
Via Torri Bianche 7m • 20059 Vimercate (Milano)

www.cintec.info