



FAZIO HA GIURATO DA MINISTRO

Un medico alla Salute

■ **Monni e Vittori**

Due interviste sul futuro della ginecologia

■ **La salute degli italiani**

Presentata la Relazione del ministero della Salute

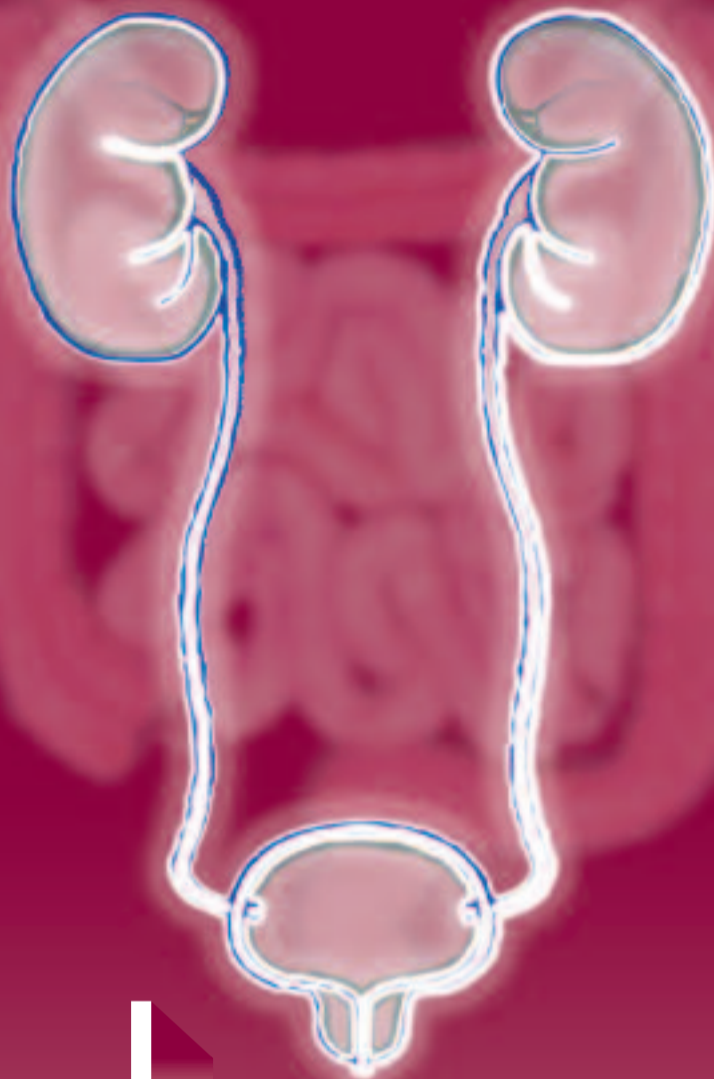
■ **Accordo Governo/Regioni**

Firmato il Patto per la salute 2010-2012

■ **Dirigenza Ssn**

Contro il degrado della sanità è vertenza

L'aiuto naturale per mantenere sano il sistema urinario



Florberry®

Integratore alimentare

Estratto di cranberry e *Lactobacillus paracasei* B21060 (Brevetto Bracco)



36 mg
di proantocianidine
per bustina

18 mg
di proantocianidine
per bustina

Bracco s.p.a.
via Egidio Folli 50
20134 Milano
www.bracco.com

Prodotto per Bracco da Probiotal

ADULTI

Confezioni
da 10 bustine

JUNIOR



LIFE FROM INSIDE

Editoriale

Il mestiere più bello del mondo

Si chiude anche questo 2009. È stato un anno difficile. Per tutti. Economia, politica, società: nessun ambito della nostra vita pubblica e privata è stato graziato dall'ondata della crisi globale.

Tutto sommato, la nostra piccola Italia se l'è cavata meglio di tanti giganti ma è indubbio che lo scossone c'è stato e ha minato molte certezze e molte sicurezze. Ora siamo al giro di boa, di fine anno ma anche, così almeno ci dicono gli osservatori, della congiuntura negativa che ha falciato posti di lavoro, imprese e bilanci familiari.

La salute non è stata risparmiata. E ce lo dice l'ultima rilevazione del Censis che ha osservato una pericolosa ricaduta della crisi sulle spese per la salute. Un italiano su cinque ha rinunciato o rinviato spese mediche programmate e per fortuna che c'è il Ssn che ancora una volta dimostra il suo insostituibile ruolo di "ammortizzatore sociale" permanente.

Insomma, un anno tosto questo 2009. Che in molti non vedono l'ora di mettersi alle spalle.

Ma qualcosa di buono da tutta questa situazione dobbiamo essere capaci di tirarlo fuori. A partire dal bisogno di solidarietà, di unità, di capacità di "fare squadra" in ogni ambito di nostro interesse.

Nel nostro lavoro questo si deve tradurre in maggiore coesione, unita ad una più serena visione della nostra professione, a partire dai suoi principi fondanti e immutabili: amore per la vita e per l'uomo, insieme a quella capacità di ascolto e di comprensione della sofferenza che rende il fare il medico il "mestiere più bello del mondo".

Tanti cari auguri, amici e colleghi.

Per voi, le vostre famiglie e la nostra sanità.

Giovanni Monni
Presidente AOGOI



Indice numero 11-2009

In evidenza

- 4 Attualità di un ricordo**
Ugo Montemagno nel ricordo di Antonio Chiantera e Vincenzo Giambanco

Primo piano

- 6 L'INTERVISTA**
La salute della donna, paradigma per la civiltà di un Paese
Intervista a Giovanni Monni

- 7 Tutti i colori delle donne**
a colloquio con Giorgio Vittori

- 8 Torna il ministero della Salute**

- 9 Ferruccio Fazio è il nuovo ministro**

- 10 RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE**
Italiani longevi ma sempre più "cronici"
di Ester Maragò

- 11 Ecco il Patto per la salute**
di Luciano Fassari

- 12 V RAPPORTO CEDAP**
Cresce la natalità, ma ancora troppi i cesarei

- 13 GIORNATA MONDIALE LOTTA ALL'AIDS**
Aids: il Parlamento si mobilita
di Antonino Michienzi

- Eliminare per sempre il contagio madre-figlio**
Intervento di Carla Bruni, ambasciatrice del Fondo mondiale per la lotta all'Aids

- 15 FORUM**
Politica e sanità. Quale rapporto?
Dibattito promosso dal quindicinale "Il Bisturi" in collaborazione con la Fiaso

Professione

- 17 La RU486 in Gazzetta Ufficiale**
di Cesare Fassari

- 19 Non è solo il cuore che fa la differenza**
Report dal 4° Congresso della Società Internazionale di Medicina di Genere di Francesca Fiorillo

- 21 CONSENSO INFORMATO**
Aggiornamenti in tema di responsabilità medica
di Pier Francesco Tropea

- 22 La colpevolezza in ambito sanitario: quale rimprovero per il medico?**
di Vania Cirese

- 24 AGITE**
Violenza domestica: come costruire una solida rete di assistenza sul Territorio
di Marina Toschi

- 25 La Fesmed promuove insieme ai sindacati medici la "Vertenza salute"**

Aggiornamenti

- 26 Menopausa indotta per patologia oncologica: necessità di spazi dedicati**
di Sonia Baldi, Angela Becorpi, Costante Donati Sarti

Rubriche

- 29 Fatti & Disfatti** di C. M. Stigliano / **30 Meditazioni** di G. Gragnaniello / **31 Congressi**

G Y N E C O
AOGOI

NUMERO 11 - 2009
ANNO XX

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: gynecoagoi@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: dicembre 2009
Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Ugo Montemagno: l'eredità di un Maestro

Attualità di un ricordo



Il ricordo di Ugo Montemagno è ancora vivo e sentito. Con lui è venuto a mancare non solo un grande amico ma anche un Maestro. Il suo insegnamento, come è stato ricordato nella recente commemorazione a Napoli, è un'eredità troppo importante per non essere custodita e il suo è un testimone che non può non essere raccolto.

Antonio Chiantera e Vincenzo Giambanco ne tracciano un affettuoso ricordo, ripercorrendo quegli anni indimenticabili che lo videro protagonista della rifondazione della Sigo

Varare una Sigo unita, comprensiva di tutte le realtà scientifico-culturali-professionali dell'area ginecologica italiana, presente su tutti i tavoli del progresso tecnico-scientifico e organizzativo della Specialità. Una Società in cui tutti i componenti, di qualunque estrazione, si sentano legittimamente rappresentati e si considerino finalmente per

quello che sono: soci Sigo. Era questo il progetto di Ugo Montemagno che i suoi tre anni di Presidenza hanno visto avverarsi concretamente.

Qualcosa certo è intervenuto a mutare quanto si era costruito a fatica. Ma forse grazie al nuovo patto tra "i responsabili dei guasti di ieri" sarà presto possibile ricostruire

quell'armonia tra le due più numerose componenti, ospedaliera e universitaria, che – come scrisse Montemagno – mi hanno seguito in questo non facile iter con attenzione prima, con fiducia e convinzione poi, alla fine con unanimità". Perché all'appuntamento di domani, cioè Roma 2012, Aogoi e Agui dovranno farsi trovare unite.

Lui non mi vinse, mi conquistò!

di Antonio Chiantera

Ugo Montemagno ha segnato un momento fondamentale della ginecologia italiana universitaria e ospedaliera.

Uomo integro, rispettoso dei fatti e della parola data seppe costruire intorno a sé un consenso unanime e un rispetto assoluto.

Voi tutti ricorderete le vicende della candidatura alla presidenza Sigo del Professor Carenza a Sorrento, nel 1990, dove le due anime della ginecologia italiana presero coscienza della propria individualità e insufficienza.

Bisognava rifondare il nostro mondo, trovare una simbiosi che fosse accettabile da tutti i gruppi della nostra ginecologia,

una casa comune dove si potesse lavorare tutti insieme nell'interesse della salute della donna e del suo concepito nonché della ginecologia e del ginecologo italiano.

Ugo Montemagno si rese conto di questa necessità assoluta e, mitigando la seconda presidenza Danesino, si fece portavoce di un nuovo corso in cui l'Aogoi e la nascente Agui potessero vivere insieme. Nominato, a suffragio unanime, Presidente Sigo dal 1993 al 1995 incominciò ad attuare il suo programma coinvolgendomi personalmente insieme a tutta l'Aogoi.

Furono anni bellissimi in cui il suo forte carisma, il dono della sintesi, la grande intelligenza e il senso del rispetto del-



l'amicizia portarono Ugo Montemagno ad essere il leader incontestato delle due associazioni che lentamente si fusero nella Sigo.

Lui non mi vinse, mi conquistò! Fu un momento epocale quel 3

“ Furono anni bellissimi in cui il suo forte carisma, il dono della sintesi, la grande intelligenza e il senso del rispetto dell'amicizia portarono Ugo Montemagno ad essere il leader incontestato delle due associazioni che lentamente si fusero nella Sigo ”

agosto 1995, nascita ufficiale di una nuova Sigo di uguali, nel pieno rispetto reciproco e di comprensione delle differenti esigenze dei gruppi.

Furono gli anni in cui Ugo Montemagno scriveva: “È stata la vittoria del buon senso, della fiducia, della ritrovata unità dell'area ginecologica, al di là

di tutte le sigle e le divisioni tribali – più spesso ereditate che inquisite dai singoli – nell'interesse di tutta la ginecologia italiana, che finalmente si riconosce e coagula in una sola grande casa che contiene tutti.”

Questa “grande casa comune” ha permesso altissimi riconoscimenti in Italia e nel mondo, che hanno galvanizzato tutti in una corsa al “migliore” e questo forse ha creato i recenti contrasti fra Aogoi ed Agui; che oggi vengono superati da una nuova pace, da un nuovo patto in cui i responsabili dei guasti di ieri facciano un passo indietro e cedano il posto ad uomini nuovi che sapranno ricostruire l'armonia di ieri per essere pronti al grande appuntamento di domani, cioè Roma 2012.



A sinistra: Un'immagine del Congresso Sigo-Aogoi-Agui di Palermo, settembre 1995.

In alto: Ugo Montemagno, Vincenzo Giambanco e Carlo Romanini con il "collare dell'Annunziata", l'insegna della Presidenza Sigo

Uno stile di direzione basato sul libero confronto

di Vincenzo Giambanco

I miei rapporti con Ugo Montemagno erano stati piuttosto formali fino a settembre 1992 quando al Congresso Figo di Singapore vivemmo insieme la cocente delusione di veder l'Italia perdere per un voto il Congresso Figo 1997. Eravamo stati eletti a Genova l'aprile di quell'anno, Presidente e Vice-Presidente Sigo per il triennio 1993-96. Cominciava così una storia comune destinata a segnare profondamente la Sigo e a cementare un'amicizia.

Il Consiglio direttivo eletto a Genova (Presidente Ugo Montemagno, Vice-presidente Vincenzo Giambanco, Consiglieri: G.P. Mandruzzato, C. Romanini, I. De Cecco ed E. Imparato) testimoniava con la sua composizione l'importanza che le Associazioni degli Ospedalieri e degli Universitari (Aogoi e Agui) attribuivano all'operazione, guidata da Ugo Montemagno e cui avevano collaborato altri prestigiosi colleghi, di rifondazione statutaria della Società Italiana in termini federativi. Lo stesso Montemagno nell'editoriale di apertura del suo mandato, sul Bollettino che si chiamava allora "Sigo Notizie", puntualmente precisava: "Tutti vogliamo, perché approvato all'unanimità al Congresso di Genova, che la Sigo si trasformi in Federazione cui affluiscono tutte le società scientifiche di area ginecologica, in modo da rap-

presentare in Italia e all'estero tutta la Ginecologia italiana in senso unitario, senza contrasti, polemiche e municipalismi vari, nel rispetto del proprio ruolo e del proprio mandato".

In quelle parole era contenuto il superamento dei provincialismi che sovente ci affliggono e impediscono di ampliare l'orizzonte fuori dai limiti angusti dei piccoli interessi di parte. Proseguiva l'editoriale: "Siamo alla vigilia di un riaggiornamento della nostra Società, che potrebbe essere anche una vera e propria



rifondazione, al fine di varare una Sigo finalmente unita, una, comprensiva di tutte le realtà scientifico-culturali-professionali dell'area ginecologica italiana. Una Società che sia propositiva, dinamica, presente su tutti i tavoli del progresso tecnico-scientifico e organizzativo della Specialità, una Sigo in cui finalmente tutti i componenti, di qualunque estrazione, si sentano le-

gittimamente rappresentati e si considerino finalmente per quello che sono: soci Sigo".

I tre anni di presidenza Montemagno videro nascere concretamente il progetto federativo, grazie alla veste di Commissario ad acta per le modifiche statutarie che gli era stata conferita dal Ministero dei Beni Culturali. Così, alla fine del suo mandato, Ugo Montemagno poteva ancora scrivere: "Nella veste di Commissario *ad acta*, per nomina del Ministero dei Beni Culturali, ho provveduto a modificare gli arti-

“Quei tre anni della sua Presidenza non avevano costruito solo un nuovo assetto societario, avevano definito uno stile di direzione basato sul libero confronto, nel rispetto delle opinioni di tutti e con fiducia reciproca. Tanto che nessuna decisione richiese mai il voto a maggioranza, ma si riuscì sempre a giungere a determinazioni unanimesi”

coli che hanno permesso il rimodellamento societario, basato soprattutto su due novità caratterizzanti: l'assetto federativo e l'alternanza al vertice. Ho portato avanti questa iniziativa con spirito di servizio, in armonia con le due più numerose componenti, ospedaliera e universitaria, che mi hanno seguito in questo non facile iter con attenzione prima, con fiducia e con-

vinzione poi, alla fine con unanimità".

L'appuntamento successivo era il Congresso Sigo-Aogoi-Agui di Palermo, settembre 1995, quando viene eletto Presidente chi scrive, un Ospedaliero al vertice della Sigo per la prima volta dopo 103 anni dalla fondazione. Il Consiglio Direttivo è confermato per intero, con l'aggiunta del Professor Salvo Di Leo, che aveva realizzato una grande esperienza al fianco del Professor Italo Panella, nei sei anni della sua Presidenza. Questa scelta ribadiva chiaramente il consenso delle società federate al progetto realizzato e la fiducia nei possibili ulteriori sviluppi.

Quei tre anni non avevano costruito solo un nuovo assetto societario; avevano definito uno stile di direzione basato sul libero confronto, nel rispetto delle opinioni di tutti e con fiducia reciproca, tanto che nessuna decisione richiese mai il voto a maggioranza, ma si riuscì sempre a giungere a determinazioni unanimesi. Ciò sicuramente grazie al carisma di Ugo Montemagno, perché i buoni maestri non impongono la propria idea, non fanno misurare gli altri su un terreno astratto e inconcludente, ma inducono ciascuno a trarre da sé quello che realmente è capace di dare. Sono i cattivi maestri che non indicano nuove strade, adagiandosi sulle vecchie e conformiste, perché soffrono l'innovazione, ne hanno paura, e preferiscono calcare sentieri noti e collaudati anche se asfittici e statici.

Se ho scelto di trascrivere brani degli editoriali di Montemagno è perché sono convinto che le parole dette e scritte nel loro tempo continuo molto più di quanto possa valere il semplice ricordo, cui può far velo la retorica. Per la stessa motivazione mi piace riportare anche quanto scrissi nel primo editoriale della mia Presidenza, a gennaio del 1995: "Al Presidente Montemagno va riconosciuto il grande merito di aver saputo coniugare, in questa opera di sintesi non sempre agevole, garbo e fermezza e di avere favorito la pro-

gressiva affermazione di un alone di imparzialità e affidabilità del Consiglio Direttivo, tale da rassicurare tutti i contraenti del patto federativo che ha dato origine alla nuova Sigo".

Garbo e fermezza non erano stati solo due connotati, pure importanti, della Presidenza Montemagno, ma un messaggio preciso: bisogna saper pensare alle istituzioni prima che a se stessi, essere uno strumento per orientarle a costruire cose buone e durature. Certo, per essere capaci di tanto occorre la giusta consapevolezza dei propri mezzi, forza, non arroganza, dialogo e confronto, non scontro e prevaricazione.

Ugo Montemagno non aveva solo queste qualità, ma le condivideva con una sottile vena di umorismo, quasi britannico (come capita di incontrare tra i figli colti della Trinacria, elemento non secondario della sicilitudine di Sciascia). Aveva dunque appellato "collare dell'Annunziata" le nuove insegne della Presidenza Sigo, volute da Carlo Romanini, in cui erano inseriti i nomi di tutti i predecessori nella carica. Se mi capitava di dimenticare il collare in occasione di un Congresso nazionale Ugo se ne rammaricava, non amando di rimanere solo ad indossarlo. In suo ricordo non lo dimenticherò mai più, perché gli rimango grato per cose importanti: per aver avviato un processo che mi ha consentito di guidare la Sigo, per averlo potuto fare confermando uno stile, non inventandolo, perché negli anni 96/98 ho colto nei tanti colleghi incontrati l'eccezionale di un'atmosfera che oggi sembra incantata.

Qualcosa certo è intervenuto a mutare quanto si era costruito a fatica. Si sa, le peggiori sventure avvengono per il cosiddetto "fattore umano". Le persone intelligenti si caratterizzano però per la capacità di ricredersi davanti all'evidenza, di cambiare parere e comportamento se occorre. Basta aggiungere alla intelligenza, che sicuramente non manca, un po' di senso delle istituzioni e il giocattolo tornerà ad allietare i Ginecologi italiani. **Y**



Intervista a Giovanni Monni Presidente Aogoi

La salute della donna, paradigma per la civiltà di un Paese

di Cesare Fassari

Presidente Monni, il 2009 si è chiuso con la nomina di Ferruccio Fazio alla guida del ministero della Salute, tornato ad essere dicastero autonomo. Come valuta questa scelta del Governo? La scelta di ripristinare il Ministero della Salute va accolta con grande soddisfazione. Il mondo della sanità, del resto, aveva chiesto subito, già all'indomani della costituzione del governo nel maggio 2008, di distaccare le competenze sanitarie dal mega ministero del Welfare. E questo perché la tutela della salute, la programmazione dei servizi, l'attenzione a tutte le tematiche attinenti al benessere della persona e all'evoluzione del bisogno di assistenza, richiedono specificità e autonomia politica. Oggi, anche se un anno e mezzo dopo dall'avvio di questa legislatura, quelle specificità e quelle autonomie sono state finalmente ristabilite. Non possiamo, quindi, che esserne contenti. Una soddisfazione alla quale si aggiunge anche quella di vedere un nostro

collega medico incaricato di portare avanti questi compiti. E da un medico, che conosce la realtà della nostra sanità come Ferruccio Fazio, non possiamo che aspettarci attenzione e ascolto sulle nostre istanze.

E quali sono le prime richieste che vorrebbe rivolgere al nuovo Ministro?

Prima tra tutte quella dell'impegno per la promozione di politiche nuove sulla salute della donna, in tutte le sue specificità. Dal momento della maternità e della nascita a quello della gestione responsabile della salute femminile in età matura, che richiede una incentivazione dei programmi di screening e di prevenzione superando il gap inaccettabile tra Nord e Sud del Paese. Fino alle dinamiche della salute della donna nella terza età, con tutte le problematiche della non autosufficienza. Su questo punto, in particolare, penso si debba porre molta attenzione perché la donna, per sua natura e cultura, resta la figura di riferimento in famiglia sul piano dell'assistenza ai familiari anziani. Quando ad essere colpita è la donna, invece, è indubbio che senza un'adeguata rete assistenziale si possono creare situazioni di forte disagio, anche economico, nelle famiglie.

Un altro punto sul quale chiederemo l'attenzione del Ministro è poi quello di una piena rivalutazione del ruolo della ginecologia nell'ambito delle grandi politiche di salute. E questo proprio alla luce di quanto ho appena detto sulla salute della donna. Se infatti si assume questo come obiettivo strategico del Ssn, è indubbio che il ginecologo dovrà assumere un ruolo ben più ampio di quello strettamente specialistico cui siamo abituati. Dovrà diventare a tutti gli effetti il "medico della donna", con una conseguente ridefinizione, in chiave unitaria, del suo stesso profilo all'interno delle diverse strutture e dei diversi ambiti di intervento del Ssn.

Il Rapporto Cedap, recentemente pubblicato dal ministero, mette in luce un leggero incremento della natalità nel Centro

e nel Nord del Paese, mentre al Sud registra un ulteriore calo del numero delle nascite. A suo parere cosa si può fare per contrastare la denatalità in Italia? Cosa possono fare, in particolare, i ginecologi?

La denatalità e le politiche per invertirne il progressivo aumento sono state tra le tematiche di spicco al nostro ultimo congresso. In particolare mi ha molto colpito, favorevolmente, quanto detto dal sottosegretario Roccella, proprio attraverso le pagine del nostro giornale. "Serve un patto tra Istituzioni e operatori per sconfiggere la denatalità", ha detto l'esponente del Governo. Parole sacrosante, che sottoscrivo appieno. Raccogliamo quindi l'invito e sediamoci presto attorno a un tavolo per verificare cosa si può fare da subito. Intanto mi sembra importante la decisione di avviare una campagna informativa, realizzata dal Governo con il contributo di noi ginecologi, sul tema dell'infertilità. È un primo passo per far sì che si ricreino in Italia le condizioni più favorevoli ad una ripresa della natalità. È indubbio, tuttavia, e i dati Cedap lo confermano, che alla base del fenomeno di denatalità vi sia anche la questione economica e le crescenti difficoltà per i giovani di rendersi autonomi e farsi una famiglia. Due elementi che evidentemente sono presenti con più drammaticità proprio nel Mezzogiorno. Da qui questa inversione di tendenza, che vede oggi fare più figli in quelle zone del Paese tradizionalmente meno prolifiche.

Lo stesso Rapporto mostra come il ricorso al parto cesareo continui ad essere da noi molto frequente, con percentuali assai superiori alla media dei paesi occidentali. Lei ritiene che questa anomalia italiana, per arginare la quale l'Aogoi è fortemente impegnata, abbia radici culturali o che sia invece legata ad interessi economici e di "potere" professionale?

Riportare il ricorso al cesareo su livelli effettivamente rispondenti a necessità cliniche senza eccessi o abusi, resta obiettivo primario della nostra associazione. Guardi, andrò controcorrente, ma sono convinto che questa battaglia siamo in grado di vincerla e anche in tempi brevi. Entro pochi anni scommetto che il trend del cesareo rallenterà in modo evidente e nel giro di una decina d'anni tutte le regioni avranno indici sostanzialmente assimilabili. Perché dico questo? Perché la categoria ha capito. Ha colto la domanda di appropriatezza e di recupero della naturalità del parto che viene dalla donna. E questo vale soprattutto per le nuove leve della gine-



Giovanni Monni Presidente Aogoi

cologia e per quella grande risorsa rappresentata dalla crescente femminilizzazione della professione.

Nelle ultime settimane del 2009 si è anche conclusa la vicenda legata alla pillola RU486, con la pubblicazione in G.U. della delibera dell'Aifa in materia. Qual è il suo parere su questa vicenda?

Nell'approccio alla mia professione ho sempre cercato di mantenere una visione laica dell'atto medico. Ho profondo rispetto per i colleghi obiettori e per tutti coloro, anche al di fuori della professione, che dissentono sull'aborto e non hanno mai visto con favore la legge 194.

Ma questa è appunto una legge dello Stato. Confermata da un referendum e da pronunciamenti costituzionali. Una legge che oggi, su questo mi sembra siano tutti d'accordo, ha sradicato la piaga dell'aborto clandestino contribuendo parallelamente a ridurre progressivamente il numero di aborti tra le donne italiane che, in una ventina d'anni, si sono ridotti di quasi il 50%.

Adesso, anche in Italia, arriva l'aborto farmacologico già in uso in quasi tutti i Paesi del mondo e comunque in tutta Europa. Penso che attorno a questo farmaco si sia fatta più politica che altro.

La realtà è che siamo dinanzi ad un farmaco registrato da tempo dalle autorità internazionali, ora autorizzato anche in Italia, e che rientra appieno nella logica della 194 laddove, all'articolo 15, si sottolinea che si debba promuovere "l'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza". La RU 486 è una nuova tecnica e come tale deve essere adottata.

Si può usare anche in day hospital?

Secondo me sì. Primo, perché ciò non è vietato dalla 194 che, in nessuna parte, sancisce l'obbligo del ricovero ordinario e poi, perché, come qualsiasi altro atto medico, la somministrazione

ne del farmaco deve avvenire in piena autonomia e coscienza del medico che si assume la conseguente responsabilità di aver agito al meglio per la tutela della salute della donna. E questo vale anche, e forse ancor di più, quando si tratta di un'interruzione di gravidanza. Quindi, meno politica, meno ideologia e più medicina e scienza.

Negli ultimi anni l'Aogoi si è impegnata molto per affermare la necessità che il ginecologo diventi il medico che si occupa complessivamente della salute delle donne, che altrimenti corre il rischio di non essere adeguatamente seguita in una medicina che si pretende "indifferenziata" ed è invece sostanzialmente maschile. Con quali progetti pensate di sviluppare questa battaglia culturale nell'anno che abbiamo davanti?

Come ho detto all'inizio di questa conversazione, la promozione della salute della donna resta la nostra scelta strategica per i prossimi anni. E lo faremo a partire dal nostro agire professionale e dal rinnovamento profondo nell'approccio alle tematiche femminili da parte della professione. Ma serve ovviamente anche il concorso di altre istituzioni e di altri mondi. Penso all'università, che dovrebbe avviare specifici insegnamenti proprio sulla specificità della donna in medicina, come all'industria della salute, dalla quale mi aspetto l'avvio di protocolli di trial clinici finalmente di genere.

Insomma, come nel caso citato della denatalità, per contrastare la quale serve un grande patto, tanto più di fronte ad un obiettivo così ambizioso come quello della salute della donna, penso si debba ricercare l'alleanza di tutto il mondo della salute. Ma anche di quelle realtà organizzate o meno dell'universo femminile nelle sue diverse articolazioni sociali. Ad esempio, è un'idea che offro alla riflessione di tutti, mi piacerebbe molto avviare un programma di attenzione alla salute e ai bisogni della donna che lavora insieme alla prima presidente donna di Confindustria Emma Marcegaglia, coinvolgendo il mondo delle imprese e delle forze sociali. È solo un esempio di ciò che penso si possa fare per far crescere la società italiana su questa nuova sensibilità, partendo da una constatazione, che non è mia ma della direttrice generale dell'Oms Margaret Chan: "la salute della donna rappresenta un paradigma del livello di civiltà e benessere di una comunità". E quindi, aggiungo io, se cresce la salute e il benessere della donna, cresce tutta la società italiana. **Y**

Intervista a Giorgio Vittori, Presidente Sigo

Tutti i colori delle donne

La salute femminile è un bene che tutta la società si deve impegnare a tutelare e valorizzare perché da essa dipende il nostro futuro. E il nostro futuro – spiega il presidente della Sigo in quest'intervista al nostro giornale – è già figlio di una società multietnica

di Arianna Alberti

Presidente Vittori, l'Italia, come il resto d'Europa, è sempre più multietnica. Quali sono le principali difficoltà che incontra il ginecologo con le pazienti di origine straniera?

Le difficoltà principali sono la difficoltà di comunicazione e la differente educazione sanitaria. La prima può essere risolta, almeno parzialmente, dalla "reperibilità H24" di mediatori culturali con una formazione specifica. L'educazione sanitaria è invece molto più complessa e richiede una strategia nazionale, dedicata agli immigrati ma anche al personale sanitario con corsi di formazione di "Medicina dell'immigrazione". Del resto una buona assistenza sanitaria è direttamente collegata alla educazione sanitaria e civile della popolazione. Se manca il "prima" – con tutti i suoi filtri sul territorio, con l'informazione sanitaria distribuita (media, campagne informative, periodici) – l'impatto sulle strutture sanitarie è molto maggiore: problemi di comunicazione, mancato controllo sanitario dalla nascita in poi, mancanza di informazione sulle vaccinazioni, sul rischio personale, anamnesi familiari e personale incompleta



Giorgio Vittori Presidente Sigo



e difficile, mancata effettuazione degli esami durante la gravidanza (il 20% circa delle pazienti arriva al parto senza test Hiv). Tutti problemi che chi sta in prima linea si trova ad affrontare, spesso senza grandi aiuti o risorse.

Come valuta, quindi, la risposta assistenziale delle nostre strutture?

Nel 2008 il 16% dei neonati italiani è generato da madre immigrata. È un numero importante: contrasta la crescita zero ma richiede risorse idonee per essere ben gestito. In soli 10 anni è avvenuta in Italia la rivoluzione migratoria e demografica che ha richiesto decine di anni in altri paesi come Regno Unito o Francia. È soprattutto il Nord Italia, per le sue capacità di attrazione economica e di offerta di lavoro, ad avere la massima concentrazione di immigrazione e quindi del fenomeno gravidanza e nascita, con tasso di fertilità circa 2 volte superiore alla popolazione residente italiana, con età media al primo figlio di circa 24 anni, 10 anni inferiore alle italiane residenti. Le conseguenze di tale "rivoluzione demografica" sono evidenti: i figli di immigrati provengono da donne più giovani e quindi più "fragili" dal punto

di vista economico, sociale e sanitario. La risposta dei vari governi regionali è "federale", ogni regione adotta la propria politica assistenziale, mentre ritengo che il materno-infantile, comparto strategico per il futuro della nazione, avrebbe bisogno di attenzioni "nazionali". Le mamme adolescenti, e gli adolescenti in generale, devono infatti divenire l'obiettivo principale delle politiche di salute e di informazione perché, come hanno evidenziato anche nostre ricerche, è proprio in quella fascia di età che l'informazione sulla salute diviene un patrimonio stabile ed entra a far parte della cultura di base della persona. E questo vale non solo per la gravidanza prima dei 19 anni, ma anche per le politiche di contrasto all'aborto, di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, di informazione sulla pianificazione familiare e sulla salute riproduttiva. **Quanto è importante il ruolo svolto dai mediatori culturali e quanta è la presenza effettiva di queste nuove figure professionali all'interno delle strutture italiane?**

Il ruolo dei mediatori culturali

► Segue a pagina 9

Approvata la legge che separa nuovamente la Salute dal Welfare



Torna il ministero della Salute

Una rinascita, per il ministero della Salute. La seconda, a dire il vero. Perché già nel 2001, sempre con Berlusconi capo del Governo, si decise di ripristinare il ministero della Salute, cancellato dalla legge "Bassanini" del 1999 e poi nuovamente cancellato nel 2008 con l'ultima finanziaria del Governo Prodi. Ancora una volta, dunque, la politica torna sui suoi passi. Ma se si riconosce la necessità di un ministero dedicato esclusivamente alla gestione della "macchina sanità", tuttavia si affida al ministero dell'Economia il compito di tenere una mano sul freno e vigilare sulla spesa sanitaria nazionale e regionale in modo esclusivo. Per le delicate questioni della bioetica, invece, è stato deciso di affidare al ministro Sacconi, che resta titolare del ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il coordinamento politico della materia.

Cosa prevede il Ddl di ripristino del ministero della Salute

Il numero dei ministeri passa da

12 a 13, con lo scorporo della Salute dal ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Il numero totale dei componenti del Governo a qualsiasi titolo, compresi Ministri senza portafoglio, vice ministri e sottosegretari, non può essere superiore a 63. Tre in più, quindi rispetto ai 60 stabiliti dalla Finanziaria 2008.

Le competenze esclusive della Salute. Finalità del nuovo ministero della Salute è la programmazione, il coordinamento e il monitoraggio dei servizi socio-sanitari e la tutela dei diritti alla

dignità della persona umana alla salute ed al lavoro, con particolare riferimento alla prevenzione e riduzione delle condizioni di bisogno e disagio delle persone e delle famiglie. Il ministero, in particolare, svolge le funzioni di spettanza statale per la programmazione tecnico-sanitaria nazionale e per il coordinamento e monitoraggio di quella regionale. Tra gli aspetti organizzativi, è competenza del ministero coordinare i servizi sanitari, professioni sanitarie, concorsi e stato giuridico del perso-

nale del Servizio sanitario nazionale. Per la salute dei cittadini, invece, spetta al ministero della Salute il coordinamento in materia di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie, comprese quelle infettive e quelle legate agli animali. Il ministero vigila e controlla sui prodotti alimentari e sui farmaci, sostanze e prodotti destinati all'impiego in medicina. Oltre agli indirizzi nazionali, il ministero della Salute monitora la qualità delle attività sanitarie regionali con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate.

Il ruolo dell'Economia. Il coordinamento della spesa pubblica e il suo andamento, "incluso il settore della spesa sanitaria", secondo la nuova legge, spetta al ministero dell'Economia, che monitora e verifica anche "tutti i profili attinenti al concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, anche quanto ai piani di rientro regionali". Al ministero della Salute spetta il ruolo di coordinamento del sistema sanitario nazionale, ma questa funzione dovrà es-

sere svolta "di concerto con il ministero dell'Economia per tutti i profili di carattere finanziario". Il ministero della Salute, in particolare, svolge le funzioni di spettanza statale per la programmazione tecnico-sanitaria di rilievo nazionale, e il provvedimento affida al dicastero anche il ruolo di "indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle attività tecniche sanitarie regionali, di concerto con il ministero dell'Economia e delle Finanze per tutti i profili attinenti al concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, anche quanto ai piani di rientro regionali".

Il ministero dell'Economia affiancherà il ministero della Salute anche nell'"organizzazione dei servizi sanitari, professioni sanitarie, concorsi e stato giuridico del personale del Servizio sanitario nazionale".

Il monitoraggio della qualità. Il ministro della Salute predisporrà una relazione annuale al Parlamento sui risultati di monitoraggio della qualità delle attività sanitarie regionali con ri-

ferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate.

Costi per il ripristino del ministero. Si tratta di un trasferimento di risorse dal Welfare alla Salute che quindi, secondo il provvedimento, non produrrà maggiori oneri per il bilancio dello Stato, tenuto conto che non vi sarà alcuna revisione dei trattamenti economici complessivi attualmente corrisposti ai dipendenti che verranno tra-

sferiti. Il ministero della Salute e quello del Welfare potranno, in ogni caso, provvedere alla copertura dei posti di funzione di livello dirigenziale generale e non, nonché di procedere ad assunzione di personale non dirigenziale, per far fronte ad eventuali incarichi rimasti scoperti. Queste nomine dovranno avvenire entro il 31 dicembre 2009 e comunque essere nei limiti delle dotazioni organiche pre-

viste. I ministeri saranno poi tenuti a presentare, entro due mesi dalla data di entrata in vigore della legge, i provvedimenti di riorganizzazione interna. In definitiva, per lo scorporo del ministero della Salute da quello del Welfare e per finanziare le attività del nuovo dicastero, lo Stato metterà sul piatto 460 mila euro per l'anno 2009 e 920 mila euro annui a partire dal 2010. ■

Il giuramento al Quirinale il 15 dicembre scorso

Ferruccio Fazio è il nuovo ministro

Prima sottosegretario, poi viceministro al Welfare con delega alla Salute, ora nuovo ministro della Salute. Nato a Garesio (Cn) nel 1944, Fazio si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa nel 1968. Del suo lungo curriculum vale la pena ricordare l'incarico di direttore di servizi di Medicina Nucleare e Radioterapia presso l'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Milano, professore ordinario di Diagnostica per Immagini e Radioterapia all'Università degli Studi di Milano-Bicocca, la direzione dell'Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolari del Cnr e il ruolo di segretario del Comitato Nazionale per le Scienze Biologiche e Mediche del Cnr. Fazio ha inoltre conseguito la specializzazione in Medicina Nucleare nel 1970 e in Malattie dell'Apparato Respiratorio nel 1975. Dal 1977 al 1980 è stato Primario e Senior Lecturer in Medicina e Radiologia presso la Royal Postgraduate Medical School all'Hammersmith Hospital dell'Università di Londra, dove ha installato la prima PET in Europa. Dal 1980 è stato pioniere in Italia nell'utilizzo della PET per attività di ricerca e clinica presso l'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele. Dal 1980 al 1988 è stato Professore Incaricato e poi Associato di Medicina Nucleare presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano e dal 1987 al 1999, sempre presso la stessa Università, Professore Ordinario di Medicina Nucleare. È autore di oltre 300 pubblicazioni in extenso su riviste recensite da Science Citation Index (SCI). Nel 1992 è stato insignito della Laurea Honoris Causa in Medicina e Chirurgia dall'Università svedese di Lund e sempre nello stesso anno ha vinto il premio "Fondazione Internazionale Fabenebenefratelli" - "Medical Humanities" in Neuroscienze. Nel 2005 ha vinto il Premio Internazionale "Vivisalute". Nominato nel



maggio 2008, insieme a Francesca Martini e Maria Eugenia Roccella, sottosegretario del Welfare con delega alla Salute nel nuovo Governo Berlusconi, Fazio è stato fin da subito l'interlocutore di riferimento in materia sanitaria. Il suo ruolo e il suo volto sono diventati noti a tutta Italia soprattutto a seguito della minaccia di pandemia di Influenza A, ma anche fuori dai riflettori è stato lui il principale rappresentante del Governo sulla Salute, trattando di Piani di Rientro, di medicina del Territorio, di ospedali e ammodernamento tecnologico, di Lea e Piano Salute, con l'intenzione di sviluppare la sanità del Sud a partire dalla razionalizzazione della rete ospedaliera e l'ammodernamento tecnologico. Ma soprattutto, con la realizzazione vera, in tutta Italia, dell'assistenza territoriale, perché "se si aumentano i servizi nel territorio si riducono i costi".

A lui toccò anche spiegare le intenzioni del Governo quando il 20 maggio 2009 il premier Berlusconi, partecipando all'inaugurazione di una struttura privata accreditata, affermò che "all'Italia serve una riforma sanitaria e il modello da seguire è quello pubblico-privato ispirato a tre principi: la libertà di ogni cittadino nella scelta del medico, quella di andare a farsi curare dove vuole e il pagamento a prestazione".

Nei fatti, spiegò Fazio, si tratterebbe di "attivare i fondi strutturali per finanziare le opere di ri-

qualificazione degli ospedali con il 50% di finanziamento a fondo perduto e il 50% di project financing". Secondo Fazio "potrebbero dunque crearsi delle situazioni in cui, all'interno degli ospedali pubblici, ci saranno delle unità gestite privatamente.

La riqualificazione degli ospedali è l'obiettivo da raggiungere e, se per arrivare a questo può essere utile il contributo del privato, allora ben venga". Detto questo Fazio può essere senz'altro annoverato tra i fan del Ssn: "Non c'è sistema migliore, ha recentemente dichiarato. Quali saranno le intenzioni e le azioni concrete che Fazio realizzerà ora che è a capo del rinato e autonomo ministero della Salute - anche se con il forte ruolo dato all'Economia che ne ridimensiona le effettive competenze - ce lo dirà il tempo. Di sicuro, al momento, c'è che il neoministro dovrà vedersela con il lancio del federalismo e dei costi standard, sui quali le Regioni hanno già mostrato il pugno duro.

E toccherà a lui vedersela con i medici, che hanno appena ripreso la "vertenza salute" riguardo alla quale pretendono risposte alle criticità e alle istanze presentate al Governo da oltre un anno e cadute nel silenzio. E poi governo clinico, proroga dell'intramoenia, istituzioni dei nuovi albi per le professioni sanitarie, piani di rientro e controllo della spesa sanitaria. Vecchi e nuovi problemi che hanno già riempito la sua nuova scrivania da ministro.

► Segue da pagina 7

è fondamentale, anche se la distribuzione sul territorio è assai variabile e spesso dipende da iniziative locali. Nel caso del matero infantile e per le problematiche della salute della donna il ruolo del mediatore culturale è più complesso e completo e comprende anche aspetti molto caratteristici delle varie etnie e delle religioni. Un esempio tipico: la richiesta di ginecologi di sesso femminile sia per l'assistenza durante la gravidanza che durante il parto. Per talune culture la presenza di un ginecologo uomo durante la visita ginecologica viene vista come una violenza e in ogni caso un fattore limitante la comunicazione necessaria per assistere una paziente, che non è educata a raccogliere le informazioni relative alla sua storia sanitaria. In ogni caso gli standard di valutazione da parte delle strutture sanitarie e in caso di problemi medico-legali, sono quelli previsti per ogni cittadino italiano.

A parere degli esperti il fenomeno immigratorio rappresenta un'opportunità per rilanciare una politica socio-sanitaria più attenta alle fasce deboli della popolazione. Paradossalmente potrebbe favorire un nuovo modello di sanità, più attento alla realtà delle persone che ai ricavi nell'erogazione di prestazioni. Che ne pensa?

Penso che le problematiche del matero infantile "immigrato", assieme a quello nazionale, oggi costituiscano una vera priorità per il nostro Paese. I numeri, le risorse disponibili, la rivoluzione demografica e le sue conseguenze sociali ed economiche costituiscono un vero e proprio problema strategico multifattoriale e multidisciplinare la cui corretta soluzione richiede le migliori risorse del paese. Se le grandi professionalità esistenti considerassero prioritaria la soluzione del fenomeno "matero infantile" e "salute femminile" e se concentrassero in modo razionale le enormi risorse esistenti su questo tema, sono certo che in pochi anni si potrebbero armonizzare le risorse e le politiche assistenziali ottenendo un grande successo.

In questo quadro quale ruolo vede per la Sigo?

L'azione della Sigo è quella di divenire una istituzione visibile, credibile, proattiva nel sensibilizzare le istituzioni nazionali e regionali, le pazienti e le associazioni di pazienti e la comunità dei ginecologi italiani (università, ospedale, territorio). Vogliamo in tal senso dar vita a delle vere e proprie lobby "etiche", cercando sostenitori per le politiche dedicate alla salute della donna e del nascituro.

Un'ultima domanda. Ormai da molti anni, anche in Italia, intorno a importanti patologie di interesse sociale o di grande diffusione si è creato un circuito di sostegno (anche se non sempre disinteressato) fatto di associa-

zioni di malati, di grandi istituzioni pubbliche e private e aziende del settore e non. Pensa che nel momento in cui la ginecologia italiana ha assunto come suo orizzonte il grande tema della salute della donna a 360° si possano creare opportunità analoghe?

Le rispondo con semplici constatazioni relative all'esperienza di anni: negli ultimi 15 anni, durante il processo di aziendalizzazione abbiamo assistito ad una importante distorsione delle politiche assistenziali, in parte derivata da un'applicazione statica del sistema Drg, in parte dalla evoluzione della tecnologia nel mondo sanitario. Alcuni esempi: la protesica in ortopedia (grande disponibilità di tecnologia, protesi di ginocchio, di anca), i grandi progressi in cardiologia interventistica, l'oncologia e le grandi risorse dedicate alla chemioterapia, solo per citarne alcuni.

In realtà il sistema sanitario e il mondo sanitario subisce la "pressione" della tecnologia e così come nessuno oggi si sognerebbe di comprare un'automobile senza aria condizionata e Abs, nessun paziente tollererebbe di essere sottoposto ad una terapia "obsoleta" o di vecchia generazione (se fosse adeguatamente informato). Voglio dire che l'assistenza sanitaria è in equilibrio tra spinte economiche-tecnologiche e le risorse a disposizione per una assistenza adeguata e "appropriata". Quindi negli ultimi anni le aziende sanitarie, proprio perché aziende con obbligo di rendicontazione economica, hanno privilegiato le prestazioni e le politiche sanitarie "più remunerative", con alcune vistose distorsioni (vedi il caso Santa Rita di Milano). Anche se solo in alcuni casi si è arrivati al dolo, in realtà il problema rimane e i ginecologi-ostetrici e la salute della donna e del nascituro sono rimasti senza sponsor. Crediamo infatti che il tasso di fertilità, la salute del settore matero infantile, non debbano interessare solo le aziende produttrici di lattini artificiali oppure di contraccettivi, cui dobbiamo essere grati per le iniziative che da sole mettono in atto, ma affermiamo che la salute della donna e del nascituro debba avere come sponsor principale lo Stato, la Nazione e che auspicabilmente anche il Federalismo regionale possa essere superato per assicurare livelli di assistenza realmente adeguati e omogenei. Oggi un parto in un ospedale pubblico danese vale circa 4.000 euro, il tasso di cesareo è controllato, gli indici di mortalità perinatale sono tra i migliori del mondo. In Italia un parto vale tra 1.500 e 2.000 euro e consideriamo il rimborso per togliere un utero o conservare la possibilità di preservare la fertilità allo stesso stregua, circa 2.500 euro. Poco e certamente meno di una appendicectomia. Cerchiamo un vero sponsor, convinto e potente... ■

Presentata la Relazione sullo stato sanitario del Paese

Italiani longevi ma sempre più "cronici"

Questa la fotografia del rapporto sulla salute degli italiani presentato il 10 dicembre scorso dal Ministro Sacconi e dal Viceministro Fazio (dal 15 dicembre scorso neo Ministro della Salute). Viviamo infatti sempre più a lungo ma crescono esponenzialmente le malattie croniche mentre desta allarme il diffondersi di stili di vita "poco sani"

di Ester Maragò

La Relazione sullo stato sanitario del Paese conferma la fotografia di un'Italia sostanzialmente in buona salute, anche per merito del suo sistema sanitario. Un sistema che, pur con le sue anomalie (soprattutto geografiche), si sta affermando tra i sistemi con il miglior rapporto "costo-beneficio" nel Mondo. Un traguardo affatto scontato fino a un quindicennio fa, quando il trend di crescita esponenziale della spesa appariva incontrollabile e non accompagnato da una parallela crescita della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati. Allora, e siamo nella prima metà degli anni '90, il sistema seppe correggersi avviando l'aziendalizzazione delle Asl, cui fece seguito nel 2001 la delega totale alle Regioni della gestione dei servizi, unita alla responsabilità di spesa. Dopo i primi anni di assestamento i risultati si sono cominciati a vedere. Merito anche del pugno di ferro dell'Economia nel confronto con le Regioni "spendaccione" (la logica dei Piani di rientro ha funzionato), ma anche di una progressiva affermazione di una nuova classe di manager e dirigenti sanitari, orientata finalmente alla qualità delle cure e dell'assistenza. Il processo di ammodernamento e riqualificazione ovviamente non si può considerare concluso. Ma, fermi restando i ritardi storici del Sud (sui quali tuttavia ancora non emerge un vero programma nazionale di rinascita), oggi il sistema si sta effettivamente ristrutturando. A partire dalla progressiva costruzione di una rete di servizi integrata, dove ospedale e territorio lavorano insieme su obiettivi comuni, fino alla grande sfida della prevenzione



ne primaria delle malattie, attraverso il cambiamento degli stili di vita e del contesto ambientale e lavorativo, con il supporto di adeguate attività di screening e diagnosi precoce. Ecco in sintesi i punti più qualificanti della Relazione.

Struttura e dinamica demografica

La popolazione italiana si stima abbia raggiunto al 1° gennaio 2009 il traguardo storico dei 60 milioni di abitanti. Gli stranieri residenti nel nostro Paese sono circa 3 mln e 900 mila, con un incremento di 462 mila persone rispetto al 2008 e rappresentano il 6,5% del totale della popolazione. Le percentuali sono più elevate nelle regioni del Nord e del Centro che nel Mezzogiorno. Nel 2009 l'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di over 64 e quella con meno di 15 anni) è pari a 143%. Il processo di invecchiamento investe tutte le Regioni, particolarmente quelle settentrionali e centrali. Gli over 64 hanno raggiunto il 20,1% della popolazione, mentre gli under 18 sono soltanto il 17%.

Mortalità generale, aspettativa di vita e stato di salute percepito

In Italia si vive di più: si è passati, infatti, da una speranza di vita alla nascita di circa 74 anni per gli uomini e di 80 per le donne nei primi anni '90, a 78,4 e 84 anni, rispettivamente per gli uomini e per le donne, nel 2006. Il divario tra uomini e donne, seppure in lieve diminuzione, rimane elevato e pari a quasi 6 anni. Si muore di più in Campania dove si registra la situazione più svantaggiata in termini di mortalità, sia per gli uomini che per le donne. Il quadro migliore è invece quello delle Marche.

È in continua diminuzione il trend relativo alla mortalità infantile: dal 2001 al 2006 c'è stata una riduzione del 19% per i maschi e del 31% per le femmine. Circa il 61% degli italiani si considera in buona salute, mentre solo il 6,7% valuta negativamente le proprie condizioni di salute. Sono in particolare le donne a dare una valutazione

negativa, in particolare con il crescere dell'età.

Cronicità e disabilità

Artrosi e artriti guidano la classifica delle patologie croniche più diffuse nel 2004-2005 (18,3%), seguono l'ipertensione arteriosa (13,6%) e le malattie allergiche (10,7%). Tra le donne, le malattie croniche maggiormente presenti sono l'artrosi e l'artrite, l'osteoporosi e la cefalea. Gli uomini invece sono colpiti prevalentemente da bronchite cronica, enfisema e infarto. In generale, il 13,1% della popolazione è affetto da almeno una fra le patologie croniche più rilevanti, le donne si confermano in peggiori condizioni di salute e lamentano infatti almeno una patologia cronica rilevante nel 17,2% dei casi contro il 10,3% degli uomini. Invecchiando sono invece gli uomini a riferire cronicità più gravi: il 45,5% rispetto al 38,9% delle donne. A livello territoriale si sta peggiorando nelle regioni del Sud e nelle Isole. I dati Istat stimano che, tra il 2004 e il 2005, le persone con disabilità sono circa 2 milioni e 600 mila (il 66% sono donne), pari a circa il 5% della popolazione italiana. I tassi di disabilità più elevati si registrano nelle regioni meridionali: il primato va alla Sicilia con il 6,6% della popolazione disabile.

Cause di morte e malattie

Il 70% dei decessi (370mila l'anno) sono dovuti a tumori e patologie cardiovascolari. Per gli uomini le neoplasie rappresentano il 35,1% delle cause di morte e le malattie del sistema circolatorio il 34,9%, mentre per le donne le patologie circolatorie sono la causa preminente (43,8%), i tumori invece si attestano sul 25,6%. La terza causa di morte è rappresentata dalle malattie dell'apparato respiratorio (7,4% tra gli uomini e 5,4% tra le donne). Tra le prime 10 cause di morte, per le donne, figurano i disturbi psichici e comportamentali, per gli uomini invece le malattie infettive.

Le principali malattie

Le malattie cardiovascolari nel 2003 hanno causato 240.253 morti (140.987 uomini e 135.266 Donne), pari al 41,1% dei decessi totali. Negli uomini la mortalità è trascurabile fino all'età dei 40 anni, emerge fra i 40 e i 50 anni e poi cresce in modo esponenziale con l'età. Nelle donne il fenomeno si manifesta a partire dai 50-60 anni e cresce rapidamente. Nel 2006 si sono registrati oltre 168 mila decessi per cancro, il 30% di tutte le morti. Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte nel nostro Paese, ma nell'ultimo decennio la mortalità è diminuita soprattutto per effetto della migliore sopravvivenza dei malati: alla fine degli anni '70 la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di cancro

► Segue a pagina 23

FAZIO

“Il Governo è soddisfatto”

Così il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha commentato la ratifica del patto per la salute per il triennio 2010-2012 arrivata il 3 dicembre in conferenza Stato-Regioni. “Si tratta di un patto che contiene punti molto qualificanti”, ha aggiunto Fazio, “tra cui il monitoraggio dei livelli di assistenza. Si tratta di un elemento qualificativo e molto importante che viene fatto in collaborazione con la Agenas”. Per quanto riguarda uno dei temi sollevati dalle Regioni, quello del commissariamento in caso di deficit di bilancio sanitario, il ministro Ferruccio Fazio ha spiegato che “nel patto non è stata presa, in questa sede, la decisione sulle Regioni che devono essere prese come modelli, standard. Alla stessa maniera non si è parlato di Regioni che rischiano il commissariamento”.

ERRANI “Un’intesa impegnativa”

Così il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, dopo la ratifica del patto per la salute. “Una intesa che ci consente di governare la sanità” ha spiegato Errani, “e che è importante perché nasce da una impegnativa iniziativa delle Regioni durata otto mesi per sbloccare i fondi. Senza questi fondi sarebbe stato impossibile governare la sanità. Vogliamo trovare ora le forme per assicurare qualità e garantire i livelli di assistenza. È stato un lavoro lungo e impegnativo, ma portato avanti nell’interesse del Paese”. “L’accordo prevede diversi punti”, ha aggiunto Errani, “e tutti devono essere onorati. Se non è rispettato questo patto”, avverte ancora il presidente della Conferenza delle Regioni, “si aprirebbe di nuovo una fase molto critica nelle relazioni tra Regioni e Governo. C’è un accordo fatto con il Presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, e noi vogliamo essere coerenti con esso”.

SACCONI “E adesso i costi standard”

“Il patto – ha affermato il ministro del Welfare Sacconi – definisce delle regole apparentemente elementari, ma spesso non ancora effettive. Ad esempio la norma che prevede che per governare la sanità si conoscano i flussi finanziari”. Per il titolare del Welfare, nel nuovo patto si è dato il là ad una “contabilità omologa per i dati, che possono essere così confrontati dando anche stimoli alla competitività”. Il ministro riconosce, in ogni caso che, con il nuovo patto, non si è ancora giunti all’adozione di costi standard per stabilire e guidare la spesa sanitaria, ribadendo tuttavia che questa resta la strada che si dovrà battere in futuro “e non stiamo certo chiedendo l’impossibile dato che i costi standard verranno tarati su realtà che già li applicano”.

i commenti

Siglato l'accordo Governo Regioni per la sanità del prossimo triennio

Ecco il Patto per la salute

di Luciano Fassari

Un braccio di ferro durato mesi, un’aspra contesa che finalmente ha trovato il 3 dicembre a Palazzo Chigi, la sua tregua con l’intesa definitiva siglata tra Governo e Regioni sul nuovo Patto per la Salute 2010-2012 che confluirà, in parte, nel maxi emendamento del ministero dell’Economia alla Finanziaria 2010. Invariate rispetto alla preintesa del 23 ottobre scorso le risorse messe a disposizione dallo Stato per il Ssn per un totale di 332 miliardi di euro in tre anni. Così, per il 2010 le risorse per la sanità ammontano a 106,2 miliardi, nel 2011 a 108,6 miliardi e per il 2012 saliranno a 111,7 miliardi. A queste somme vanno poi aggiunti 5,6 miliardi di euro per gli interventi in edilizia e tecnologia. Novità per le regioni con i conti rosso per cui potranno scattare aumenti di Irap (+0,15%) e Irpef (+0,30%). Disposto anche il taglio di 9.800 posti letto negli ospedali entro giugno 2011 e la diminuzione delle cure in ospedale per trasferirle agli ambulatori, mentre rimane in sospeso il capitolo della farmaceutica. Ecco i punti più salienti dell’accordo.

Fabbisogno finanziario

Fissati gli stanziamenti per il prossimo biennio: 104.614 milioni di euro per il 2010 e 106.934 milioni di euro per il 2011, comprensivi della riattribuzione dell’importo di 800 milioni di euro e dei 50 milioni da erogarsi in favore dell’ospedale pediatrico Bambino Gesù e non comprensivo delle somme destinate al finanziamento della medicina penitenziaria. Inoltre, sono state previste risorse aggiuntive pari a 1.600 milioni di euro per l’anno 2010 e a 1.719 milioni di euro per il 2011. Per il 2012, invece, lo Stato si è impegnato ad assicurare fondi aggiuntivi così da garantire un incremento del livello del finanziamento rispetto al 2011 del 2,8%. Oltre a queste risorse concorrono anche gli incrementi da rinnovo contrattuale pari a quelli derivanti dal riconoscimento dell’indennità di vacanza contrattuale nell’ordine di 466 milioni di euro annui a cui si aggiunge il finanziamento a carico del bilancio dello Stato di 584 milioni di euro per l’anno 2010 e di 419 milioni di euro per l’anno

Dopo polemiche e rotture alternate nelle trattative, Regioni e Governo hanno siglato l’intesa per il Patto per la Salute 2010-2012. Cresce il fondo sanitario e si avvia il monitoraggio delle prestazioni per garantire più qualità e appropriatezza. Nuovi tagli ai posti letto e inasprimento delle norme anti-deficit per le Regioni in “rosso”



2011. Lo Stato, inoltre ha garantito nel bilancio pluriennale 2010-2012 ai fini del finanziamento dell’edilizia sanitaria, a complemento delle risorse stanziato per il 2009 (1.174 milioni di euro), 4.715 milioni di euro. Infine, è stato aggiunto 1 mld di euro ai 23 mld già previsti dal programma straordinario di interventi in edilizia sanitaria.

Monitoraggio della spesa

Governo e Regioni, con il supporto dell’Agenas avvieranno il monitoraggio di alcuni settori: riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera; assistenza farmaceutica; governo del personale; qualificazione dell’assistenza specialistica; meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato; accordi sulla mobilità interregionale; assistenza territoriale e post acuta; potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria e rilancio delle attività di prevenzione.

Razionalizzazione rete ospedaliera

Le misure prevedono un taglio complessivo di 9.800 posti, la diminuzione del personale e la scrematatura delle cure in ospedale per trasferirle al day hospital o all’ambulatorio.

I provvedimenti prevedono una riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Ss,

non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungo-degenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. I termini per le Regioni sottoposte ai piani di rientro è fissato entro il 31 dicembre 2010 e per le altre Regioni entro il 30 giugno 2011.

Accreditamento e assistenza farmaceutica

Prorogato al 31 dicembre 2010 il termine entro il quale concludere il processo per l’accreditamento definitivo delle strutture private operanti per conto del Servizio sanitario nazionale. La norma fa slittare nuovamente quanto previsto dalla Finanziaria 2008 (legge n. 294/2007).

Tutto rimandato, invece, per la questione degli extra sconti per i farmaci. Governo e Regioni si sono impegnati a costituire un apposito tavolo entro 30 giorni, composto da tre rappresentanti regionali, tre rappresentanti ministeriali, un rappresentante dell’Aifa ed uno dell’Agenas che formuli una organica proposta.

Assistenza agli anziani e ai non autosufficienti

Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si dovranno agevolare i processi di

deospedalizzazione, la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e dovrà essere rafforzata l’organizzazione dell’assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente Dpcm di fissazione dei Lea.

Equilibrio finanziario e Piani di rientro

La stretta che apporta il nuovo Patto per la salute per le Regioni in deficit rafforza le regole già in vigore. Se viene superato il disavanzo standard strutturale (5%) scatta automaticamente l’obbligo del piano di rientro con blocco del turnover e delle spese non obbligatorie. Se il piano di rientro non ottiene il parere favorevole a seguito della verifica tecnica scatterà la nomina del governatore a commissario ad acta, egli avrà 30 giorni di tempo per mettere a punto il piano, con la collaborazione di Aifa e Agenas e la sua attuazione. Potranno essere nominati anche dei sub commissari governativi, ma essi potranno intervenire esclusivamente per attuare specifiche parti del piano di rientro. Nel momento in cui scatta il commissariamento saranno bloccati automaticamente i trasferimenti erariali non obbligatori, decadranno tutti i direttori generali, sanitari e amministrativi delle Asl e ospedali-azienda, come pure quelli dell’Assessorato. Inoltre, scatteranno in modo automatico l’aumento delle addizionali oltre il tetto massimo, che il nuovo Patto per la salute ha fissato allo 0,15% oltre il massimo per l’Irap e allo 0,30% in più per l’Irpef. Per le Regioni in deficit vi sarà la possibilità di utilizzare i fondi aree sottoutilizzate (Fas) per coprire i disavanzi e di ottenere (solo per i debiti sanitari ante 2005) un anticipo di 1 miliardo di euro dallo Stato, rimborsabile al massimo in 30 anni. ■

Quinto Rapporto Cedap (rilevazione 2006)

Cresce la natalità, ma ancora troppi i cesarei

La rilevazione 2006 (pubblicata nel novembre scorso), con un totale di 554 punti nascita, presenta una migliore copertura rispetto agli anni precedenti: ben il 41% di schede in più rispetto al 2002, un numero di parti pari al 92,9% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (Sdo) e un numero di nati vivi pari al 93,6% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno. La qualità dei dati risulta buona per gran parte delle variabili, sia in termini di correttezza che di completezza.

Il Rapporto analizza, riguardo l'evento nascita, i dati relativi al contesto demografico, il luogo del parto, le caratteristiche delle madri, la gravidanza, il parto (durata della gestazione, parto, parti plurimi, parti vaginali, taglio cesareo), il neonato, le tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Tra i dati riguardanti il contesto demografico il Rapporto registra un aumento del tasso di natalità in Italia, in linea con la tendenza già rilevata a partire dal seconda metà degli anni '90. Il numero dei figli cresce, tuttavia, per lo più al Nord e al Centro, che recuperano rispetto alle regioni del Sud, in cui nello stesso periodo si registra al contrario una diminuzione.

Nel 2006 la stima del numero medio di figli per donna è pari a 1,35, in crescita dopo il minimo storico di 1,19 raggiunto nel 1995.

Per quanto riguarda l'età delle madri, i dati 2006 confermano per le italiane una percentuale di circa il 65% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni. L'età media della madre è di 32,1 anni per le italiane mentre scende a 28,7 anni per le cittadine straniere.

I dati più importanti

Il luogo del parto. Oltre l'88% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici, l'11,6% nel-

Il numero medio di figli per donna è pari a 1,35, confermando il tend in crescita dopo il minimo storico di 1,19 raggiunto nel 1995. Il tasso di natalità cresce, tuttavia, per lo più al Nord e al Centro, che recuperano rispetto alle Regioni del Sud, dove si registra al contrario una diminuzione. Il 15% dei parti avviene tra le donne straniere, ma ancora troppo alto (il 37,4% del totale dei parti) è il ricorso al taglio cesareo. Una gravidanza ogni 100 avviene con le tecniche di Pma. Questi alcuni dei risultati del 5° Rapporto CeDAP relativo all'evento nascita in Italia, pubblicato dal ministero della Salute e riferito al flusso informativo di Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) raccolti nel 2006

le case di cura e solo 0,1% a domicilio. Il 64,7% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 190, rappresentano il 34,3% dei punti nascita totali. Il 10,5% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

Le caratteristiche delle madri. Per il 2006, il 14,7% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al centro nord dove quasi il 20% dei parti avviene da

nale evidenza che il 58% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 33,3% sono casalinghe e il 6,9% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2006 è per il 59,1% quella di casalinga, a fronte del 63,2% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

Il contesto. Nel 92% dei casi la donna ha accanto a sé al momento del parto il padre del bambino, nel 6,7% un familiare e nell'1,2% un'altra persona di fiducia. La presenza di una persona di fiducia piuttosto che di un'altra risulta essere influenzata dall'area geografica.

Taglio cesareo. Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, il 37,4% dei parti avviene con taglio cesareo, percentuale molto superiore alla soglia del 10-15% che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre ed il bambino. La percentuale di tagli cesarei è più alta per i parti che avvengono in case di cura private (61,6% nelle case di cura accreditate e 76,1% in quelle non accreditate), mentre negli ospedali pubblici si ricorre al taglio cesareo nel 34,0% dei casi. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: nel 26,9% dei parti di madri straniere si ricorre al taglio cesareo, mentre si registra una percentuale del 39,2% nei parti di madri italiane.

Visite ed esami. Nell'84,5% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 73,2% del-

45,5% dei casi.

Pma. Per circa 4.995 parti si è fatto ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (Pma), in media 0,97 casi ogni 100 gravidanze. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (Fivet), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (Icsi).

Il neonato. L'1% dei nati ha un peso inferiore a 1.500 grammi ed il 5,9% tra 1.500 e 2.500 grammi. Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite indice di Apgar, il 99,2% dei nati ha riportato un punteggio, a 5 minuti dalla nascita, compreso tra 7 e 10. 9. Sono stati rilevati 1.468 nati morti corrispondenti ad un tasso di nati-



le gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre la 12° settimana è pari al 4,0%, mentre tale percentuale sale al 17,7% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente rispetto alle donne con scolarità medio-alta: si sottopone alla prima visita oltre la 12° settimana l'11,3% delle donne con scolarità bassa, mentre per le donne con scolarità medio-alta la percentuale è meno del 5%. Per le donne più giovani si registra una frequenza più alta di casi in cui la prima visita avviene tardivamente (16,9% nelle madri con meno di 20 anni). In media, inoltre, sono state effettuate circa 16 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel

mortalità pari a 2,80 nati morti ogni 1.000 nati, e 3.311 nati con malformazioni congenite. L'indicazione della causa è presente rispettivamente solo nel 27,9% dei casi di natimortalità e nel 66% di nati con malformazioni.

Il tasso di natalità in Italia. Nel 2006 la stima del numero medio di figli per donna è pari a 1,35. Si tratta di un livello in linea con la tendenza all'aumento della fecondità osservata a partire dalla seconda metà degli anni '90. Per 30 anni a partire dal 1965, infatti, la fecondità italiana era andata continuamente riducendosi fino a raggiungere il minimo storico di 1,19 figli per donna nel 1995. Il recupero riscontrato negli ultimi anni è il frutto su scala territoriale di comporta-

menti riproduttivi in riavvicinamento tra le diverse aree del Paese, in particolare tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Tutto il recupero osservato, infatti, è da attribuire alle regioni del Nord e del Centro poiché, le Regioni del Mezzogiorno nello stesso periodo registrano una diminuzione. I dati per il 2006 danno livelli più elevati di fecondità al Nord nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e nel Mezzogiorno in Campania e Sicilia. Le regioni in assoluto meno prolifiche sono invece Sardegna, Molise e Basilicata. Per la natalità si conferma una tendenza all'aumento nel lungo periodo. Tale tendenza è da mettere in relazione alla maggiore presenza straniera regolare. Negli ultimi 10 anni, infatti, l'incidenza delle nascite di bambini stranieri sul totale dei nati della popolazione residente in Italia ha fatto registrare un fortissimo incremento. Sono le Regioni del Centro-Nord quelle che registrano valori

percentuali di gran lunga superiori alla media nazionale, ovvero le aree del Paese con una tradizione migratoria più forte e con una presenza straniera più stabile e radicata. Il tasso di natalità varia da 7,5 nati per mille in Liguria a 11,1 nella Provincia Autonoma di Bolzano rispetto ad una media nazionale di 9,5 per mille. Le Regioni del Centro presentano tutte, tranne il Lazio, un tasso di natalità con valori inferiori alla media nazionale. Nelle Regioni del Sud, i tassi di natalità più elevati sono quelli di Campania, Sicilia e Puglia tutti superiori alla media nazionale mentre la Sardegna ha un valore pari a circa l'8 per mille.

Il tasso di mortalità infantile, che misura la mortalità nel primo anno di vita, ammonta nel 2005 a 3,69 bambini ogni mille nati vivi. Tale dato conferma la tendenza alla diminuzione registrata in Italia negli ultimi 15 anni, anche se persistono delle notevoli differenze territoriali.

Gli indicatori che descrivono la mortalità entro il primo mese di vita, dovuta a cause di tipo endogeno, denotano un andamento decrescente meno marcato. Ciò dimostra che la diminuzione della mortalità infantile è imputabile soprattutto alla diminuzione della mortalità postneonatale dovuta a fattori di tipo esogeno legate all'ambiente igienico, sociale ed economico in cui vivono la madre e il bambino. ■

Giornata mondiale per la lotta contro l'Aids

Aids: il Parlamento si mobilita

Si è celebrata il 1° dicembre la Giornata mondiale per la lotta contro l'Aids, un'occasione per sensibilizzare la comunità internazionale e i singoli individui a un maggiore sforzo per la prevenzione e la cura della malattia che per la prima volta ha visto un impegno esplicito del Parlamento



di Antonino Michienzi

LAids non fa più paura. E non perché i progressi della ricerca abbiano consentito di derubricarla dall'elenco delle malattie fatali. Ma perché è sparita dall'attenzione. E come il classico fuoco sotto la cenere, continua a far vittime ed è pronto a una nuova esplosione. Non soltanto nei Paesi in via di sviluppo, dove è ancora emergenza sanitaria, ma anche in Italia, dove nel 2008 sono stati diagnosticati 6,7 nuovi casi di Hiv positività ogni 100 mila residenti e il numero di persone sieropositive in fase avanzata di malattia, cioè con Aids conclamato, ha raggiunto le 22 mila unità. Preoccupa soprattutto il dato che circa il 60% delle persone a cui

è stata diagnosticata la patologia in fase avanzata ha scoperto per la prima volta in quella sede di essere sieropositivo. È stato cioè a lungo portatore del virus senza saperlo con la conseguenza di poter essere veicolo inconsapevole dell'infezione. Per contrastare questo calo di attenzione, dunque, quest'anno la Giornata mondiale per la lotta contro l'Aids è stata celebrata in una sede parlamentare. Il 1° dicembre, infatti, su iniziativa di Rosaria Iardino, presidente del Network Persone Sieropositive (Nps) e dell'onorevo-

le Santo Versace, da sempre impegnato sul fronte anti-Aids, a tutti i deputati e i senatori italiani è stato chiesto di indossare il *red ribbon* (il classico fiocchetto rosso da appendere alla giacca), sim-

ha avuto come primi firmatari gli onorevoli Santo Versace, Livia Turco, Antonio Tomassini, Ignazio Marino, Fiorenza Bassoli e Gianni Mancuso si pone cinque obiettivi per il prossimo futuro:

assicurare i finanziamenti necessari a continuare gli studi in atto e a promuovere anche nel nostro Paese nuovi ambiti di ricerca sull'Aids; contrastare il fenomeno della sieropositività inconsapevole, sviluppando interventi mirati per l'accesso al test;

Per contrastare questo calo di attenzione, quest'anno la Giornata mondiale per la lotta contro l'Aids è stata celebrata in una sede parlamentare. A tutti i deputati e i senatori italiani è stato chiesto di indossare il red ribbon (il classico fiocchetto rosso da appendere alla giacca), simbolo mondiale della lotta all'Aids e di sottoscrivere un documento di impegno alla lotta all'Aids redatto da Nps

bolo mondiale della lotta all'Aids e di sottoscrivere un documento di impegno alla lotta all'Aids redatto da Nps. Il documento, che

► Segue

Intervento di Carla Bruni, ambasciatrice del Fondo mondiale per la lotta contro l'Aids

Eliminare per sempre il contagio madre-figlio

La giornata di lotta all'Aids è l'unica in cui la malattia non è relegata in secondo piano da problemi all'apparenza più importanti o più urgenti. Ci tengo a esprimere la mia profonda preoccupazione in particolare nei confronti delle donne e dei bambini contagiati

perché sono le categorie più contagiate dalla malattia e più vulnerabili.

Nel 2008, 430 mila bambini sono nati portatori di Aids, per la maggior parte nei Paesi sottosviluppati o in via di sviluppo. Nella quasi totalità sono destinati a una morte prematura e dolorosa. È un

fatto che fa riflettere, soprattutto se si considera che la trasmissione del virus da madre a figlio è stata praticamente eliminata in Europa e America del Nord. Noi dobbiamo fare in modo che sia messa fine a queste disparità. Nessuna madre dovrà più morire di Aids e nessun bambino nascere

portatore ovunque viva nel mondo. In settembre alle Nazioni Unite ho proposto che ci riunissimo tutti all'Onu per chiedere la quasi eliminazione del contagio da madre a figlio entro il 2015, misura essenziale in vista della rea-

► Segue





Carla Bruni ambasciatrice del Fondo mondiale per la lotta contro l'Aids

► Segue

lizzazione degli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo. Si tratta di obiettivi realizzabili. Un tempo, invece, meno di una donna su dieci riceveva le medicine di cui aveva bisogno per evitare che suo figlio restasse infettato dal virus. Nel frattempo, grazie agli importanti investimenti realizzati nel quadro del Fondo mondiale di lotta contro Aids, tubercolosi e malaria grazie agli sforzi considerevoli di Unicef, Onu e altre organizzazioni, grazie ancora all'azione di migliaia di professionisti della salute nel mondo intero, le stime più recenti dell'Organizzazione mondiale della sanità mostrano che nel 2008 la percentuale globale delle donne incinte sieropositive che hanno beneficiato del trattamento necessario per impedire la trasmissione del virus ai loro bambini è cresciuta del 45%. I programmi finanziati dal Fondo potranno portare questa cifra al 60% in poco più di un anno, il che ci permetterà un ultimo sforzo per curare tutte le donne portatrici del virus di qui al 2015. L'esempio del Burkina Faso, dove sono andata qualche tempo fa, ci mostra cosa si può fare. In questo Paese, uno dei più poveri del mondo, ho incontrato madri sieropositive i cui bambini erano sani e donne incinte in

attesa dei risultati del loro test di sieropositività o di un trattamento preventivo contro l'Aids, medici e infermieri che non si sentivano più impotenti davanti all'epidemia di Aids ma che potevano guarire i loro pazienti perché disponevano dei mezzi necessari. Se lo si può fare a Ouagadougou, nulla impedisce di ottenere lo stesso risultato a Nairobi o Lima, a Phnom Pehn o Bangalore. Possiamo definitivamente eliminare la trasmissione del virus tra madri e bambini. Non sono né un medico né un ricercatore né un politico. Sono solo una donna commossa dall'ingiustizia di un mondo dove si possiedono conoscenze e medicine che possono impedire di trasmettere il virus e morire, ma dove milioni di persone ancora sono infette e muoiono. Ciò che spero è poter dire ai nostri figli che abbiamo fatto tutto quel che potevamo perché nel mondo non nascessero più bambini portatori del male. Mostriamoci capaci di dire che giustizia sarà fatta, che milioni di bambini cresceranno nell'affetto dei genitori perché costoro avranno beneficiato del trattamento contro l'Aids.

(copyright Le Monde La Stampa)

► Segue

ricominciare a investire in prevenzione, sia attraverso campagne informative sia con campagne di formazione rivolte ai giovani; riaffermare il diritto alla cura rimuovendo gli ostacoli che oggi ne impediscono il pieno esercizio in tutte le regioni garantendo pari possibilità di accesso alle cure; impegno forte e costante perché lo stigma che ancora circonda le persone sieropositive sia finalmente spazzato via.

Un impegno, insomma, che la politica italiana ha voluto sottoscrivere con forza: "Ritrovarci alla Camera - ha commentato Rosaria Iardino, presidente di Nps - accanto ai deputati e ai senatori qui presenti, è un forte segnale che esprime la volontà di unire le sinergie per fermare il contagio e aiutare, al contempo, le persone che oggi nel nostro Paese convivono con l'Hiv/Aids".

"Non soltanto offrendo loro le terapie in grado di contrastare l'evoluzione del virus - ha aggiunto Iardino - ma anche combattendo tutti i pregiudizi con cui ancora oggi devono scontrarsi le persone sieropositive anche in quelle che dovrebbero essere i basilari diritti della vita di ogni persona, a partire dai luoghi di lavoro". Se infatti l'attenzione per l'Aids è scemata drasticamente



Santo Versace



Rosaria Iardino presidente del Network Persone Sieropositive

nel nostro paese, non altrettanto può dirsi per lo stigma che accompagna i malati: "Abatterlo è per Nps una priorità assoluta, considerato anche che questi pregiudizi rappresentano la più grave ragione che spinge le persone consapevoli di avere contratto l'Hiv (o consapevoli di averlo potuto contrarre) a tenere le loro condizioni di salute segrete, non ricorrendo ai test per diagnosticare il virus né alle terapie per contrastarne l'evoluzione. Ma nascondere la testa sotto la sabbia - ha concluso Iardino - è il modo peggiore di contrastare una malattia. Anzi, rischia addirittura di favorirne la diffusione". Da ciò è nata l'esigenza di una chiamata alle armi della politica che facesse da volano, non soltanto istituzionale, ma anche culturale: "L'impegno dei miei colleghi parlamentari nel sociale è notevole a partire dal Presidente della Camera, Gianfranco Fini", ha sottolineato l'onorevole Santo Versace. "Ogni singolo deputato deve essere vicino a queste esigenze sociali e fare di più per chi soffre, attraverso un'azione legislativa più efficace. Oggi l'Aids ha bisogno di più fondi che vadano alla ricerca e che non vadano sprecati. Perché se da un lato fa meno paura - e questo è un risultato molto importante - è altrettanto importante non abbassare mai la guardia poiché di Aids ci si continua ad ammalare".

Mondo: quando l'Aids è donna

Sono circa 17 milioni le donne tra i 15 e i 49 anni affette da Aids nel mondo. Nella fascia di età compresa tra i 15 e 24 anni superano ormai il 60% delle persone affette. Dati che rendono improrogabile una riflessione sull'impatto del genere sul trattamento dell'Hiv/Aids. La ricerca di nuovi trattamenti, la gestione della patologia durante la gravidanza, gli effetti delle terapie sulla contraccezione, gli aspetti psicosociali della cura e l'impatto dell'Hiv/Aids sulle famiglie sono temi che richiedono la massima attenzione e a cui è stata dedicata la tavola rotonda "Gender Perspective - HIV and Women", promossa da Bristol Myers Squibb nell'ambito del 12° Annual European AIDS Conference (EACS) e che ha riunito a Colonia i massimi esperti europei sull'argomento. "L'epidemia di Aids ha avuto un impatto molto forte sulle donne: è doveroso da parte della comunità medica approfondire l'universo femminile come popolazione specifica di pazienti affetti da Hiv", ha commentato Antonello D'Arminio Monforte, direttore del dipartimento malattie infettive all'Ospedale San Paolo di Milano. I fattori che hanno determinato questa situazione sono molteplici, incluso il ruolo del genere nella determinazione della vulnerabilità di un individuo all'infezione da Hiv e la sua capacità di accedere alle migliori cure". Il genere infatti influisce in maniera determinante nella risposta alla malattia e al trattamento: le donne hanno dimostrato differenze nella carica virale dell'Hiv, nella farmacocinetica dei medicinali e negli effetti collaterali dei farmaci. "Se la risposta delle donne al trattamento è paragonabile a quella degli uomini - ha aggiunto D'Arminio Monforte - non altrettanto si può dire per gli effetti collaterali: molto più pesanti per il sesso femminile. Per questo c'è ancora molto da fare per trovare il trattamento più adeguato per le donne".

L'Aids in Italia

Il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da Hiv, attivo in Italia in 11 regioni/province, stima che nel 2008 sono stati diagnosticati 6,7 nuovi casi di Hiv positività ogni 100 mila residenti, dato che posiziona l'Italia fra i Paesi dell'Europa occidentale con un'incidenza di Hiv medio-alta. L'incidenza è maggiore al centro-nord rispetto al sud-ovest. Le persone che scoprono di

essere Hiv positive hanno oggi un'età mediana di 38 anni per i maschi e 34 anni per le femmine. La principale via di trasmissione è rappresentata da contatti sessuali non protetti, che tuttavia non vengono sufficientemente percepiti come a rischio, in particolare dalle persone di età matura. Su tre persone che vengono diagnosticate come Hiv positive, infine, una è di nazionalità straniera. A oggi in Italia si contano tra le 170 e le 180 persone Hiv positi-

ve, un sieropositivo su quattro non sa di essere infetto. Sono circa 22 mila invece le persone sieropositive in fase avanzata di malattia, cioè con Aids conclamato. Dal 1982 (anno di inizio dell'epidemia) a oggi sono stati segnalati oltre 62 mila casi di Aids, di cui quasi 40 mila deceduti. L'avvento delle terapie antiretrovirali combinate ha permesso negli ultimi dieci anni di cambiare il decorso della patologia: prolungano la sopravvivenza e riducono

la mortalità delle persone sieropositive. Ciò comporta un aumento progressivo delle persone viventi con la patologia. Allarmante il dato secondo cui, nel 2009, il 60% delle persone con una nuova diagnosi di Aids ha scoperto per la prima volta in quella sede di essere sieropositivo. Ciò significa che non ha avuto la possibilità di usufruire dei benefici delle terapie antiretrovirali prima di tale diagnosi ed è stata inconsapevolmente un potenziale veicolo del contagio.

Dibattito promosso da "Il Bisturi" in collaborazione con la Fiaso

Politica e sanità. Quale rapporto?

La questione di chi nomina chi ai vertici della sanità è di quelle questioni mai risolte che periodicamente riemergono nella polemica politica, con reiterati impegni bipartisan a far sì che vinca solo il merito. Da qui il recente Ddl sul "governo clinico" all'esame della Camera che introduce nuovi criteri di selezione, sia per i direttori generali che per i primari. Tuttavia sono in molti, e noi tra questi, a chiedersi se la determinazione di nuove modalità di selezione e nomina sia sufficiente a far sì che un manager o un direttore medico siano sempre scelti per merito professionale e non per amicizia o appartenenza a qualche cordata. Il nostro è il Paese del "fatta la legge, trovato l'inganno" e se c'è un ambito nel quale questo detto ha da sempre trovato grande applicazione è proprio quello delle nomine pubbliche, comprese quelle sanitarie.

Del resto è anche poco condivisibile la soluzione estrema propugnata da autorevoli commentatori (e anche da qualche politico) e cioè quella di togliere alla politica qualsiasi competenza nelle nomine della sanità. Ci sono almeno due ragioni per non seguire quest'opzione. La prima, e parliamo di primari, è che nonostante già oggi, formalmente, la politica non c'entri nulla con le nomine dei primari si sa (o almeno è quanto si dice) che molti di essi lo siano diventati più per la tessera di

La politica è indispensabile, ma deve sapersi "regolare". Questa la conclusione a cui sembrano essere pervenuti tutti i partecipanti al dibattito promosso il 12 novembre, a Roma, dal quindicinale "Il Bisturi" in collaborazione con la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere (Fiaso). Mentre si fa avanti la consapevolezza che la vera sfida è sulla capacità del sistema sanitario di valutare le proprie performance

partito che per meriti. E se questo è vero, è la conferma che non bastano le regole a fermare l'intromissione della politica. La seconda ragione, e parliamo di direttori generali, è che non si è mai vista un'azienda il cui management non sia scelto dalla proprietà che, in questo caso, è della Regione.

E allora proviamo a fare un ragionamento diverso. Come se vivessimo in un Paese normale. Mi spiego. Accettata l'idea che la Asl sia un'azienda i cui azionisti di riferimento siano i cittadini rappresentati dalla Giunta regionale che ha vinto le elezioni, appare del tutto logico che sia quest'ultima a scegliere chi porre alla sua guida. E si deve ritenere che la "politica", in quanto azionista, cerchi di scegliere il migliore sulla piazza, per curriculum, esperienza e anche per condivisione delle strategie da attuare. Conseguentemente il direttore generale cercherà di promuovere a incarichi di responsabilità i migliori professionisti a sua disposizione attraverso attente valutazioni dei curriculum, delle esperienze anche della condivisione dei programmi di sviluppo e miglioramento dei servizi per i quali è prevista la nomina. E questo vale a partire dai direttori sanitari e amministrativi fino ai capi dipartimento e agli stessi direttori di struttura semplice e complessa.

In sintesi: un'applicazione logica della catena della responsabilità dovrebbe far sì che si scelgano sempre i migliori, per poi magari rispedirli a casa se hanno lavorato male. Se non lo si fa, perché a prevalere è l'interesse del momento rispetto al bene dei cittadini e dell'azienda, non basteranno certo nuove regole per affermare il merito rispetto allo *spoils system*. (C.F.)

"La politica in sanità va normata"

Ferruccio Fazio
Ministro alla Salute

■ "La politica in sanità ci vuole, ma va sicuramente normata. Il punto fondamentale è rendere oggettivi i criteri di valutazione delle prestazioni sul territorio e gli obiettivi, prevedendo anche canoni di 'customer satisfaction'.

Entro questi paletti la politica resta necessaria, e può prendere le decisioni. Tutto ciò va fatto per evitare che il rapporto con la politica stessa diventi deleterio e le decisioni vengano prese seguendo interessi diversi da quelli degli utenti. Se in alcune Regioni, infatti, non c'è una buona sanità è perché sono stati presi provvedimenti senza seguire, appunto, determinati paletti. In questo quadro, il Ddl sul Governo

clinico apporta una serie di novità importanti per il nuovo corso della sanità: nomina dei direttori generali (Dg), nomina dei Dg di struttura complessa, libera professione, collegio di direzione e istituzione dirigente responsabile delle macchine in dotazione alle strutture del Ssn. Le innovazioni introdotte dal testo, poi, si muovono su tre pilastri: trasparenza, obiettivi e valutazione. Certo, nonostante ciò bisognerà assolutamente salvaguardare il Ddl da vizi d'incoerenza dato che agisce nell'ambito delle competenze regionali. È infatti previsto che il Testo debba essere rivisto anche dalla I Commissione Affari Costituzionali della Camera.

L'obiettivo è di arrivare ad una sanità in cui non si misura il tempo, ma la quantità delle prestazioni, in un contesto che veda sempre di più il territorio protagonista con ospedali meno generalisti e sempre più specialisti.

Secondo me, e tengo a precisare che non esiste alcun progetto del Governo, se arrivassimo ad abolire i cartellini sarebbe meglio. A parte questo, ci sono questioni sul Ddl che vanno ancora discusse. Sul limite di età preferisco non parlare, infatti, il Governo si rimetterà al voto dell'Aula. In ogni caso, ci troviamo di fronte a due possibilità: dobbiamo lasciare spazio ai giovani e al contempo considerare che abbiamo una popolazione che invecchia. La mia posizione personale è che nelle aziende miste, per esempio, i limiti dovrebbero essere gli stessi. Sulla libera professione, infine, il principio dev'essere quello di dire ai medici cosa fare e non cosa non si deve fare".

Per i Dg resti la politica, ma per i primari prevalga il merito

Cesare Cursi

Responsabile nazionale salute e affari sociali del Pdl e presidente della X^a Commissione permanente del Senato

■ Il Servizio sanitario nazionale è ormai ridotto ad un puzzle dei vari sistemi sanitari regionali. Sfidare chiunque ad asserire che la maldestra riforma del Titolo V della Costituzione non abbia prodotto un modello sanitario formato da un nucleo, più o meno organizzato, di singoli servizi sanitari regionali. Il tutto in barba ed alla faccia dell'eguaglianza dei cittadini e dei loro uguali diritti di accesso alle cure. Quando si parla di nomine, politica e sanità, da destra e da sinistra, si erge un coro unanime, a volte ipocrita, di individuare ogni nomina al di fuori dell'influenza politica. Il che è di fatto impossibile e a mio parere anche inopportuno. La vita di un Paese democratico si basa sul grado di consenso che questo o quel movimento riescono a riscuotere dall'opinione pubblica che, in base ad un programma di governo, nazionale o regionale che sia, lo vota e gli dà mandato a governare. Anche e soprattutto in sanità questo deve avvenire. Non c'è dubbio che l'assessore alla Sanità sia di nomina politica. Per ciò che riguarda gli at-

Ferruccio Fazio



Cesare Cursi



tori principali della sanità erogata sul territorio, i direttori generali delle Asl per intenderci, credo che innanzitutto vada riformato il loro ruolo. Se, come credo, il direttore della Asl del futuro sarà quel manager, realmente svincolato dalla rete assistenziale pubblica (l'ospedale per intenderci), ma potrà scegliere in base ad un budget predestinato le migliori prestazioni erogate sul territorio di propria competenza, in base ad reale confronto tra qualità e costo delle cure offerte tra struttura e struttura, tra pubblico e privato, allora anche in questo caso ritengo che la sua individuazione non possa che avvenire tramite scelte della politica, delle quali quest'ultima risponderà direttamente ai cittadini.

Altra cosa sono gli incarichi apicali, o intermedi, riferiti alle professioni mediche. In questo caso professionalità, competenza, pubblicazioni e meriti scientifici rappresentano l'unico, ripeto l'unico, criterio di scelta dei candidati prescelti. Basta con umilianti liste di idonei dove gli incarichi ricadono su questo e quell' "amico dell'amico". Ci vuole poco. Commissioni di concorso estratte a sorte e punteggio chiaro sui titoli posseduti. Ai cittadini importa molto che il medico sia bravo, quasi niente se di destra o di sinistra.

"Non sono convinta si voglia davvero cambiare"

Livia Turco (Pd)

■ "Già nella passata legislatura, durante il mio mandato come ministro, abbiamo provato a mettere mano al Governo clinico ma il problema, alla fine, è sempre stato il regionalismo e la conflittualità di competenze costituzionali che un provvedimento di questa portata provoca. Al relatore del Ddl Domenico Di Virgilio riconosco quindi il merito di provarci, ma non sono convinta che la politica voglia cambiare più di tanto. In questa legge alla fine, di governo clinico, c'è poco. Siamo partiti



Ignazio Marino

con la volontà di arrivare ad una legge condivisa, come è avvenuto sulle cure palliative, e invece ci troviamo davanti qualcosa di molto diverso. Sono stati introdotti aspetti che intervengono sull'esclusività di rapporto, norma inaccettabile e su cui faremo le barricate. Per questo sono convinta che il provvedimento approvato dalla Commissione Affari Sociali si possa migliorare.

Soprattutto trovo inaccettabili quei politici di turno, di destra e di sinistra, che parlano del problema tra sanità e politica prima delle elezioni. Salvo poi dimenticarsene subito dopo. È intollerabile.

Questo lo scenario, che ritengo sia molto rappresentativo del rapporto tra politica e sanità. Ma ora cerchiamo di capire cosa si può fare. Credo che una delle strade da intraprendere sia quella della valorizzazione delle competenze dei cittadini: bi-

Livia Turco



sogna renderli parte della valutazione del sistema sanitario. Questa è una strada poco esplorata, ma che va battuta anche perché al dunque sono i cittadini che decidono con il loro voto chi li governerà.

L'altra strada è appunto quella del Governo clinico: occorre dare ai professionisti gli strumenti per intervenire nel governo dell'azienda e denunciare gli strumenti perversi che possono palesarsi. Inoltre, va migliorato il sistema di valutazione, sia delle nomine sia dei risultati. Cerchiamo, inoltre, di accendere i riflettori sugli assessori della sanità. Serve qualità e non devono essere scelti rispetto a logiche prettamente di affidabilità politica e, soprattutto, senza conflitti d'interesse. Infine, devo però esprimere tutta la mia contrarietà al colpo di mano della maggioranza che ha voluto di fatto affossare la nostra legge sull'intramoenia del 2007, inserendo nel Ddl sul governo clinico un sostanziale 'libera tutti', inaccettabile per i cittadini ma anche per tutti i medici che credono nelle regole e nella professionalità".

La cattiva politica sta rovinando la sanità

Ignazio Marino

Presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale

■ Trasparenza e merito: sono queste le parole d'ordine per una maggiore qualità del nostro sistema sanitario. Vale anche per l'intreccio tra sanità e politica. Tutti concordano, a parole, che i direttori generali, i primari, le persone che ricoprono ruoli di

responsabilità non debbano essere scelti in base alla fedeltà ad un partito ma per le loro capacità, competenze e professionalità. Nel nostro Paese, però, si è deciso che le nomine dei vertici delle Aziende sanitarie spettino alla politica: l'idea è che un assessore debba essere libero di individuare i professionisti che ritiene più adatti per raggiungere i risultati fissati. Il problema è che poi la politica spesso non sceglie i migliori e non raggiunge i risultati, e alla fine nessuno paga le conseguenze dei fallimenti.

La politica del resto, prima fa le regole e poi le distorce a suo comodo. E proprio il rapporto con i direttori generali delle Aziende sanitarie e degli ospedali è emblematico. I manager rappresentano il braccio operativo degli assessori regionali alla Sanità con cui hanno un rapporto fiduciario e sono dei plenipotenziari: ciò significa che devono rispondere del loro operato solo a chi li ha nominati. E purtroppo, in molti casi, la valutazione dei risultati viene fatta sulla fedeltà, sui favori accolti, sulle persone che sono state assunte dietro segnalazione, su un certo occhio di riguardo riservato all'imprenditore amico e via discorrendo. Cattive abitudini da cui non è facile prendere le distanze.

Del resto, la politica viene valutata esattamente allo stesso modo. Oggi un uomo politico si chiede: avrò maggiori possibilità di essere eletto se avrò portato a termine con impegno, e con qualche successo, il mio mandato, se sarò riuscito a fare approvare una legge utile, che migliori qualche aspetto della nostra società, oppure pagherà di più aver risolto uno per uno i problemi di tanti singoli e delle loro famiglie che hanno apprezzato l'intervento e dimostreranno la loro gratitudine con il voto? Purtroppo non vedo nulla di roseo nel futuro. Credo che a poco valgano i buoni propositi, pur sempre apprezzabili, e che l'unico modo per modificare lo stato attuale delle cose sia cambiare le rego-

le. Anche per questo ho presentato al Senato un disegno di legge per introdurre un sistema di valutazione basato sul merito e sulla qualità dei risultati dell'operato dei direttori generali: obiettivi precisi da raggiungere, premi e incentivi in caso di successo, sostituzione in caso di fallimento. In questo modo sarebbero essi stessi a fare in modo di individuare gli infermieri ed i medici più preparati, ad affidare loro le posizioni di maggiore responsabilità, perché solo così potranno raggiungere i risultati attesi.

"Il problema è nella prassi quotidiana"

Giovanni Monchiero

Presidente Fiaso

■ "Abbiamo voluto sollevare questo problema non per esprimere una lamentela dei direttori generali nei confronti della politica, ma per accogliere il fastidio dell'opinione pubblica, e anche dei nostri collaboratori, nei nostri confronti e nei confronti della politica stessa. Noi non ci stiamo lamentando, ma ci stiamo assumendo la responsabilità di dare una risposta coerente ad una doglianza di cui riconosciamo il fondamento.

La questione, per tornare al tema del dibattito non è tanto sull'aspetto teorico del rapporto che intercorre tra politica e sanità, sul quale, peraltro, condivido quanto detto dal viceministro Ferruccio Fazio, il problema, semmai, è la prassi quotidiana, è lì che non c'è la trasparenza e i principi non vengono sempre seguiti. Secondo noi c'è un'eccessiva intromissione della politica nella vita delle aziende. Avremo bisogno di un po' più di politica a livello centrale, visto che l'eccessiva regionalizzazione ha premiato il Nord (anche grazie ad una maggiore continuità dei governi regionali), rispetto al Sud, dove l'instabilità politica non ha dato adito ad una continuità programmatica, pratica che nel comparto sanità richiede fiato lungo, appunto.

In quest'ottica, il tentativo del Ddl sul Governo clinico ci sta bene visto che chiediamo da tempo criteri di selezione dei direttori generali più oggettivi. Credo, soprattutto, che con il Ddl verrà migliorato il rapporto tra direzioni generali e direttori di struttura complessa. C'è forse bisogno ancora di trovare correttivi più adatti, però, e speriamo, in questo senso, di poter avere una manifestazione più formale di nuove istanze, come per esempio sul fatto che attualmente per diventare Dg basta essere in possesso di una qualsiasi laurea o sulla libera professione ma, forse, su quest'aspetto bisognerebbe fare un altro dibattito".

Giovanni Monchiero



Si conclude la parabola della RU 486. Ma resta l'incertezza sul come adoperarla in ospedale

La RU 486 in Gazzetta Ufficiale

di Cesare Fassari

La parabola della RU 486 si è conclusa con la pubblicazione dell'autorizzazione in commercio sulla Gazzetta Ufficiale del 9 dicembre scorso. Ma è veramente finita? L'interrogativo è legittimo, viste le polemiche che hanno seguito la pubblicazione.

Il Governo, supportato anche dal parere della Commissione d'inchiesta del Senato, si aspettava infatti una correzione della delibera Aifa che specificasse l'obbligo del ricovero "ordinario". L'Aifa non ha accolto questa richiesta e, pur stabilendo che per la somministrazione del farmaco "deve essere garantito il ricovero dal momento dell'assunzione fino alla verifica dell'espulsione del prodotto di concepimento", non ha voluto dire di più.

Una scelta alla quale il ministro Sacconi ha replicato sostenendo che "se non si riscontrerà la effettiva, diffusa, pratica del ricovero ospedaliero ordinario per le persone sottoposte ad aborto farmacologico, si evidenzierà una manifesta incompatibilità con la legge 194, di cui dovrebbero prendere atto Parlamento e Commissione europea per le decisioni conseguenti".

Un'affermazione che lascia trapelare anche la possibilità di interventi legislativi di correzione della 194 in chiave restrittiva rispetto all'utilizzo della pillola abortiva o ricadute in ambito Emea. Vedremo.

Al momento, visto il clima, tra gli operatori persiste incertezza sul da farsi. Lavarsene le mani ed evitare problemi, rigettando interamente sulla donna la responsabilità di lasciare o meno l'ospedale prima della conclusione del processo abortivo? Non si può escludere che ciò possa accadere ma adottare questa via come la "soluzione", si tradurrebbe in una poco encomiabile deresponsabilizzazione di medici e strutture sanitarie nei confronti della donna.

Si torna quindi al punto di partenza. La legge 194 è compatibile o no con questo nuovo metodo abortivo? E in quale ambito? La lettura attenta di quanto disposto dalla Gazzetta Ufficiale fornisce una risposta chiara al quesito e proprio per questo ha provocato il disappunto del

■ Dopo polemiche molto accese la controversa pillola abortiva francese entra nel nostro prontuario. Si potrà usare solo in ospedale e sotto costante controllo medico. Tuttavia ci si divide sulla liceità o meno del day hospital. In queste pagine i documenti più importanti per capire come stanno le cose con l'auspicio che un chiarimento definitivo possa venire da un apposita intesa Stato-Regioni per superare controversie e soprattutto per evitare un uso differenziato del farmaco tra una Regione e l'altra



I documenti

1. L'indagine conoscitiva della Commissione Igiene e Sanità del Senato (26 novembre 2009)

Le conclusioni dell'indagine

(...) Si conferma, da tutte le audizioni, come l'uso del farmaco in questione, pur nella difformità dei protocolli, delinea una procedura di IVG farmacologica che si articola in diverse fasi, con un'estrema variabilità riguardo ai tempi e alle modalità con cui l'espulsione e lo svuotamento della cavità uterina vengono completati. Perché l'IVG con la RU486 sia ricondotta all'interno delle limitazioni previste dalla normativa italiana, essa deve avvenire, in ogni sua fase, fino a completamento della procedura, all'interno di una delle strutture indicate dall'articolo 8 della citata legge n. 194.

Per quanto riguarda i profili di sicurezza vanno ricordati in primo luogo i due pareri del CSS. Nel primo, del 18 marzo 2004, si afferma che "i rischi connessi all'interruzione farmacologica della gravidanza si possono considerare equivalenti alla interruzione chirurgica solo se l'interruzione di gravidanza avviene in ambito ospedaliero", e tra le motivazioni addotte si citano "la non prevedibilità del momento in cui avviene l'aborto" e "il rispetto della legislazione vigente che prevede che l'aborto avvenga in ambito ospedaliero".

Il secondo parere, espresso il 20 dicembre 2005, stabilisce che "l'associazione di mifepristone e misoprostolo deve essere somministrata in ospedale pubblico o in altra struttura prevista dalla predetta legge e la donna deve essere ivi trattenuta fino ad aborto avvenuto".

(...) L'eventuale rientro a domicilio prima del completamen-

to della procedura abortiva da parte della paziente (sia nel caso di ricovero in day hospital che per dimissioni volontarie), crea un serio ostacolo al monitoraggio di eventi avversi ed effetti collaterali.

(...) Infine, è necessario riconsiderare i profili problematici legati all'obiezione di coscienza del medico poiché se, da un lato, essa può valere come non condivisione della pratica sociale dell'aborto, dall'altro lato, può generare l'abbandono della madre ad una scelta solitaria e non tempestivamente controllata.

Le proposte della Commissione

Poiché la procedura di immisione in commercio della specialità Mifegyne per mutuo riconoscimento fin qui seguita dall'AIFA non ha previsto la verifica della compatibilità con la normativa vigente, la Commissione Igiene e sanità propone di

► Segue

Governo. Stabilendo l'obbligo del ricovero, ma senza specificare che esso debba essere ordinario, l'Aifa ha di fatto stabilito che spetti al medico e alla struttura sanitaria la scelta sul protocollo terapeutico da adottare ed entro il quale effettuare l'interruzione di gravidanza nel rispetto della 194, la quale, è bene ricordare, in nessun comma prevede l'obbligo del ricovero ordinario per l'aborto.

Per questo, se la scelta della struttura andasse verso un ricovero in forma di day hospital, esso si concilierebbe, nella forma, sia con la determina di autorizzazione (perché sempre di ricovero trattasi) che con la 194 e, nella sostanza, consentirebbe, pur nel rispetto delle norme, di gestire la paziente tra l'ospedale e il suo domicilio.

Tutto ciò purché siano sempre garantiti "la sorveglianza del servizio ostetrico ginecologico, nonché l'attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse", come dispone la stessa determina. Due compiti che, se debitamente programmati e organizzati, possono essere sicuramente espletati in modo appropriato anche a "distanza".

Il day hospital, alla luce dell'attuale autorizzazione, risulta quindi un'opzione legittima (come del resto era stata già valutata nel gennaio scorso anche dal Tribunale di Torino, chiamato a giudicare sulle modalità con le quali era stata effettuata la sperimentazione della pillola da parte dell'Ospedale Sant'Anna), ulteriormente avvalorata laddove si specifica che "è rimesso alle autorità competenti (quindi le stesse Regioni e Aziende sanitarie, ndr.) di assicurare che le modalità di utilizzo del medicinale ottemperino alla normativa vigente in materia di Ivg".

Detto questo resta il fatto che, senza un chiarimento ufficiale su come operare (che potrebbe discendere solo da un accordo Stato Regioni), il rischio di un approccio difforme alla nuova tecnica abortiva tra una Asl e un'altra, c'è. Non dovremo quindi stupirci se, nel prossimo futuro, sentiremo ancora parlare di RU 486 con la riapertura di polemiche e contrasti, onestamente sempre più inspiegabili agli occhi dell'Europa perché basati più su questioni di principio che di scienza. ■

Ma anche la magistratura ha già detto la sua

I giudici torinesi: il day hospital è legittimo

Sono circa 17 milioni le donne tra i 15 e i 49 anni affette da Aids nel mondo. Nella fascia di età compresa tra i 15 e 24 anni superano ormai il 60% delle persone affette. Dati che rendono improrogabile una riflessione sull'impatto del genere sul trattamento dell'Hiv/Aids. La ricerca di nuovi trattamenti, la



gestione della patologia durante la gravidanza, gli effetti delle terapie sulla contraccezione, gli aspetti psicosociali della cura e l'impatto dell'Hiv/Aids sulle famiglie sono temi che richiedono la massima attenzione e a cui è stata dedicata la tavola rotonda "Gender Perspective - HIV and Women", promossa da Bristol Myers Squibb nell'ambito del 12° Annual European AIDS Conference (EACS) e che ha riunito a Colonia i massimi esperti europei sull'argomento. "L'epidemia di Aids ha avuto un impatto molto forte sulle donne: è doveroso da parte della comunità medica approfondire l'universo femminile come popolazione specifica di pazienti affetti da Hiv", ha commentato Antonella D'Arminio Monforte, direttore del dipartimento malattie infettive all'Ospedale San Paolo di Milano. I fattori che hanno determinato questa situazione sono molteplici, incluso il ruolo del genere nella determinazione della vulnerabilità di un individuo all'infezione da Hiv e la sua capacità di accedere alle migliori cure". Il genere infatti influisce in maniera determinante nella risposta alla malattia e al trattamento: le donne hanno dimostrato differenze nella carica virale dell'Hiv, nella farmacocinetica dei medicinali e negli effetti collaterali dei farmaci. "Se la risposta delle donne al trattamento è paragonabile a quella degli uomini - ha aggiunto D'Arminio Monforte - non altrettanto si può dire per gli effetti collaterali: molto più pesanti per il sesso femminile. Per questo c'è ancora molto da fare per trovare il trattamento più adeguato per le donne".

sospendere tale procedura per chiedere ed acquisire il parere del Ministero competente in materia, consentendo, ove si ritenga necessario, di riavviare la procedura dall'inizio.

Il parere della Commissione per quanto riguarda sia la compatibilità con la normativa vigente che i profili di sicurezza è, come peraltro indicato dai due pareri del CSS, che l'intera procedura abortiva, nelle sue diverse fasi, sia effettuata in regime di ricovero ordinario.

La Commissione suggerisce inoltre di verificare l'esistenza di studi per superiorità del metodo farmacologico o studi di non inferiorità, al fine di ottemperare all'articolo 15 della citata legge n. 194, nel quale si prevede la possibilità di ricorrere all'uso "di tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza".

Rispetto ai dubbi sui decessi a seguito di assunzione di RU486 o delle prostaglandine associate, e di fronte alle difficoltà di disporre di dati certi, si auspica una richiesta di arbitrato che riapra la discussione di merito sul rapporto rischi/benefici e ponga in essere una nuova istruttoria e deliberazione dell'EMEA.

2. La lettera del Ministro Sacconi al presidente dell'Aifa dopo le conclusioni della Commissione d'indagine del Senato (27 novembre 2009)

Egregio Presidente,
come Lei sa, la legge 22 maggio 1978, n.194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), stabilisce che l'interruzione volontaria della gravidanza deve essere praticata da un medico del servizio ostetrico ginecologico in ospedale, specificando inoltre quali siano le strutture autorizzate.

Il Consiglio Superiore di Sanità, con parere del 18 marzo 2004, ha affermato che: "i rischi connessi all'interruzione farmacologica della gravidanza si possono considerare equivalenti alla interruzione chirurgica solo se l'interruzione di gravidanza avviene in ambito ospedaliero", tenuto conto della "non prevedibilità del momento in cui avviene l'aborto" e del "rispetto della legislazione vigente che prevede che l'aborto avvenga in ambito ospedaliero".

In data 20 dicembre 2005 il Consiglio Superiore di Sanità ha ribadito l'avviso che: "l'associazione di mifepristone e misoprostolo deve essere somministrata in ospedale pubblico o in altra struttura prevista dalla predetta legge e la

donna deve essere ivi trattenuta fino ad aborto avvenuto".

Il Consiglio di Amministrazione dell'Aifa il 30 luglio 2009 ha stabilito che: "l'impiego del farmaco deve trovare applicazione nel rigoroso rispetto dei precetti normativi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n.194 a garanzia e tutela della salute della donna; in particolare deve essere garantito il ricovero in una delle strutture sanitarie individuate dall'articolo 8 della citata legge 194/78 dal momento dell'assunzione del farmaco sino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento. Tutto il percorso abortivo deve avvenire sotto la sorveglianza da parte di un medico del servizio ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui possibili rischi connessi, nonché l'attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali emorragie, infezioni ed eventi fatali".

L'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione Sanità del Senato sulla procedura di aborto farmacologico mediante mifepristone e prostaglandine ha così concluso: "poiché la procedura di immissione in commercio della specialità Mifegyne per mutuo riconoscimento fin qui seguita dall'AIFA non ha previsto la verifica della compatibilità con la normativa vigente, la Commissione Igiene e sanità propone di sospendere tale procedura per chiedere ed acquisire il parere del Ministro competente in materia, consentendo, ove si ritenga necessario, di riavviare la procedura dall'inizio".

La stessa Commissione ha altresì specificato che il suo parere: "per quanto riguarda sia la compatibilità con la normativa vigente che i profili di sicurezza è, come peraltro indicato dai due pareri del CSS, che l'intera procedura abortiva, nelle sue diverse fasi, sia effettuata in regime di ricovero ordinario".

Tutto ciò premesso ritengo che, sulla base dei sopracitati pareri del Consiglio superiore di Sanità, la specialità Mifegyne, nota anche come pillola Ru486, possa essere utilizzata per uso abortivo, in compatibilità con la legge 194, solo se l'intera procedura abortiva, e fino all'accertamento dell'avvenuta espulsione dell'embrione, sia effettuata in regime di ricovero ordinario nelle strutture sanitarie indicate dall'art. 8 della suddetta legge. Ritengo anche necessaria una specifica sorveglianza da parte del personale sanitario cui è demandata la corretta informazione sul trattamento, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative disponibili e sui possibili rischi del metodo, in par-

icolare relativi alla eventuale richiesta di dimissioni anticipate della paziente. Considero inoltre necessario un attento monitoraggio del percorso abortivo in tutte le sue fasi, sia al fine di ridurre al minimo le reazioni avverse (effetti collaterali, emorragie, infezioni ed eventi fatali) sia per disporre di un rilevamento di dati di farmacovigilanza che consenta di verificare il rispetto della legge.

Alla luce di quanto sopra enunciato, il Consiglio di Amministrazione dell'AIFA valuti se sia necessario riconsiderare la delibera adottata al fine di garantire modalità certe di somministrazione del farmaco in questione onde evitare ogni possibile contrasto con la legge n.194 del 1978.
Maurizio Sacconi

3. La determinazione dell'Aifa Autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano «Mifegyne» (Estratto) (G.U. n.286 - Supplemento Ordinario n.229, 9 dicembre 2009)

Medicinale

Mifegyne
Titolare Aic

Exelgyn - 216, Boulevard Saint-Germain - 75007 Paris, Francia

Forma farmaceutica:

Compresse

Composizione

Ogni compressa contiene:

- Principio attivo: 200 mg di mifepristone
- Eccipienti: Silice colloidale anidra, amido di mais, povidone, magnesio stearato, cellulosa microcristallina

Indicazioni terapeutiche

- Interruzione medica di gravidanza intrauterina in corso: Usato in associazione sequenziale con un analogo delle prostaglandine, che per l'uso in Italia è consentito fino al 49° giorno di amenorrea.
- Rilasciamento e dilatazione della cervice uterina prima dell'interruzione chirurgica della gravidanza nel corso del primo trimestre
- Preparazione all'azione degli analoghi delle prostaglandine nell'interruzione
- terapeutica della gravidanza (oltre il primo trimestre)
- Induzione del travaglio in caso di morte intrauterina fetale: in pazienti nelle quali non è possibile utilizzare prostaglandine od ossitocina

Classificazione ai fini della rimborsabilità Confezione

200 mg compresse 1 compressa in blister PVC/AL - AIC n. 038704019/M (in base 10) 14X4WM (in base 32):

- Classe di rimborsabilità: H
- Prezzo ex factory

(IVA esclusa): € 20,00

- Prezzo al pubblico (IVA inclusa): € 33,01

Confezione

200 mg compresse 3 compresse in blister PVC/AL - AIC n. 038704021/M (in base 10) 14X4WP (in base 32):

- Classe di rimborsabilità: H
- Prezzo ex factory (IVA esclusa): € 60,00
- Prezzo al pubblico (IVA inclusa): € 99,02

Condizioni negoziali

sconto obbligatorio su EF alle strutture pubbliche come da condizioni negoziali

Vincoli del percorso di utilizzo

L'impiego del farmaco deve trovare applicazione nel rigoroso rispetto dei precetti normativi previsti dalla Legge 22 maggio 1978, n. 194 a garanzia e a tutela della salute della donna; in particolare deve essere garantito il ricovero in una delle strutture sanitarie individuate dall'art. 8 della citata Legge 194/78 dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento. Tutto il percorso abortivo deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui possibili rischi connessi, nonché l'attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali emorragie, infezioni ed eventi fatali. Con particolare riguardo alle possibili reazioni avverse, tenuto conto anche del riassunto delle caratteristiche del prodotto approvato dei dati disponibili di Farmacovigilanza nonché della bibliografia disponibile, che avvertono sui rischi teratogeni connessi alla possibilità del fallimento di interruzione farmacologica di gravidanza e del sensibile incremento del tasso di complicazioni in relazione alla durata della gestazione, l'assunzione del farmaco deve avvenire entro la settima settimana di amenorrea. E' rimesso alle autorità competenti, nell'ambito delle proprie funzioni, di assicurare che le modalità di utilizzo della specialità medicinale Mifegyne ottemperino alla normativa vigente in materia di interruzione volontaria di gravidanza e alle disposizioni di cui sopra.

Classificazione ai fini della fornitura

La classificazione ai fini della fornitura del medicinale MIFEGYNE è la seguente:

medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile (OSP 1) comprese le strutture sanitarie individuate dall'Art. 8 della Legge 22 maggio 1978, n. 194.

A Berlino il 4° Congresso della Società Internazionale di Medicina di Genere

Non è solo il cuore che fa la differenza

di **Francesca Fiorillo**

La medicina "sex gender based", come ha ricordato V. Miller (College Of Medicine, Usa) in apertura del congresso, è una disciplina nata negli Stati Uniti per iniziativa governativa con lo scopo di aumentare la partecipazione delle donne ai trial clinici. Presso il Women's Health Center (Usa) sono stati realizzati i primi studi volti ad identificare gli effetti degli estrogeni sul sistema cardiovascolare e fu pubblicato il primo rapporto "Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter? Board on Health Sciences Policy" dove erano riportate le differenze sex gender specifiche nell'incidenza, nella fisiopatologia, nel trattamento e nell'esito di molte patologie. Da allora sono stati realizzati molti progressi, ma a tutt'oggi molte aree sono ancora inesplorate, in particolar modo le differenze biologiche tra uomo e donna.

La ricerca dunque è incompleta e procede in maniera ancora confusa, con interesse quindi è stato accolto il progetto presentato da **S. Oertelt-Prigione** (Institute of Gender in Medicine, Berlin). Si tratta di un progetto di analisi e di catalogazione della letteratura esistente sulla medicina di genere che ha l'obiettivo primario di definire l'attuale stato della ricerca, identificando gli aspetti comuni e le differenze esistenti fra i diversi studi clinici, il che apre alla possibilità di utilizzare i risultati per indirizzare la ricerca futura, per suggerire linee guida e aiutare nella didattica.

Sono state individuate 10 specializzazioni cliniche e scelte 6-8 condizioni morbose per ogni area, utilizzando un text-mining program per standardizzare la ricerca su PubMed sono stati analizzati e suddivisi gli abstract in 5 categorie: studi epidemiologici, di fisiopatologia, di clinica, di management e di esito. Da una prima analisi si sono rilevate notevoli differenze quantitative, infatti sono stati pubblicati 970 articoli di cardiologia, 334 di pneumologia, 147 di reu-

■ Si è tenuto a Berlino, in occasione del XX anniversario della caduta del muro, il 4° congresso della Società Internazionale di Medicina di Genere, organizzato da Vera Regitz-Zagrosek dell'Istituto di Medicina di Genere - Centro per la Ricerca Cardiovascolare "Charitè", Università di Medicina di Berlino, con il supporto dell'Organizzazione per lo Studio delle Differenze Sessuali (Ossd) (Usa)



Vera Regitz-Zagrosek

matologia e 129 di gastroenterologia. Numerose sono state anche le differenze qualitative infatti in alcuni lavori è stata realizzata una ricerca di base sulle differenze sex/gender specifiche, in altri la ricerca è stata indirizzata maggiormente sulla gestione e i risultati clinici, in ogni caso si è rilevato un progressivo aumento della letteratura sex/gender specifica negli ultimi anni.

Donne e cuore

In linea con la prevalenza degli studi cardiologici anche il congresso ha privilegiato queste tematiche, si è svolta infatti anche una sessione congiunta con i cardiologi che partecipavano al 6° Symposium su "Mechanical Circulatory Support of the DHZB" dove si è discusso delle differenze di genere nella fase finale dello scompenso cardiaco, delle differenze di genere nei trapianti e nelle riparazioni del miocardio con le cellule staminali. Le donne rappresentano il 25% dei beneficiari di trapianto, ma oltre il 30% dei donatori. Sono più spesso donatrici per-

ché gli uomini che ricevono il cuore da una donna hanno un rischio di mortalità a 10 anni minore e un minor rischio di vasculopatia cardiaca allogena. Le donne hanno un maggior rischio di mortalità che si riduce con la terapia immunosoppressiva mentre la gravidanza e l'allolossibilizzazione con anticorpi HLA aumenta il rischio di rigetto; comunque, indipendentemente da queste considerazioni, alle donne il trapianto viene proposto meno e quando viene consigliato viene accettato meno.

Le terapie di riparazione cardiaca con le cellule staminali offrono opportunità interessanti, esistono però differenze di genere nel recupero della lesione cardiaca con le cellule staminali. Gli estrogeni influenzano la crescita, la differenziazione, il metabolismo, e l'effetto finale delle cellule staminali in molti tessuti. C'è quindi necessità di capire le differenze di genere durante e dopo il

danno cardiaco, così come le differenze sulla funzione e i meccanismi riparativi delle cellule staminali sul controllo delle cellule progenitrici, sulla protezione del miocardio legata alla funzione paracrina delle cellule staminali, sull'effetto degli estrogeni sull'homing delle cellule staminali e sull'efficacia terapeutica delle staminali influenzata dagli estrogeni o androgeni.

Attualmente, come ha ricordato **W.H. Zimmermann** (Department of Pharmacology, Germany), è possibile ottenere da ovociti non fecondati stimolati farmacologicamente, con meccanismo partogenetico, blastocisti contenenti cellule staminali pluripotenti da usarsi per la riparazione del muscolo cardiaco. Negli uomini prevale la funzione sistolica e la disfunzione sistolica mentre nelle donne la funzione e la disfunzione diastolica, sulla quale peraltro non esistono linee guida a differenza della di-

sfunzione sistolica - ha affermato **Vera Regitz - Zagrosek** nel suo intervento. Sono state inoltre riportate le differenze di genere riscontrate in modelli animali e in studi clinici nello scompenso e nell'ipertrofia miocardica. I topi femmina sviluppano una ipertrofia concentrica più fisiologica con l'esercizio fisico, hanno una minore ipertrofia patologica quale sequenza del sovraccarico pressorio e una maggiore sopravvivenza dopo infarto del miocardio. Mostrano una minore dilatazione, un miglior metabolismo energetico, una minore fibrosi e una minore apoptosi rispetto ai maschi. Nel cuore umano la regressione della stenosi aortica dopo riparazione della valvola è più veloce nella donna con un minore rimodellamento della matrice.

Donne e ipertensione

J. Strametz-Juranek (Department of Cardiology & Stabsstelle Gebder Mainstreaming, Vienna) ha riportato le differenze di genere che si riscontrano nei soggetti ipertesi. Dopo la menopausa aumenta l'incidenza e la prevalenza dell'ipertensione, il calo degli estrogeni determina un aumento dell'endotelina e dell'angiotensina, molecole ad azione vasoconstrictrice, aumenta l'attività simpatica, l'insulino-resistenza, il peso e la sensibilità al sale, responsabili delle disfunzioni endoteliali. Le donne rispetto ai maschi sono meno trattate con gli ACE inibitori e i sartani mentre sono più trattate con i beta-bloccanti e diuretici. Inoltre alle donne le statine vengono poco prescritte. Le linee guida per l'ipertensione non tengono conto delle differenze di sesso e di genere. **K. Sandeberg** (Center of the Study of Sex Differences in Health, Aging and Disease, Washington Usa) ha recentemente dimostrato che non è solo lo stato gonadico ad influenzare la pressione nelle donne ma anche la presenza del cromosoma sessuale X. Infatti in topi maschi e femmine ipogonadectomizzati trattati per 7 giorni con angiotensina II è stato dimostrato che la pressione è influenzata in maniera statisticamente significativa dal cromosoma sessuale (XX) indipendentemente dal sesso gonadico. Pertanto l'effetto del cromosoma sessuale sul controllo nervoso del sistema cardiovascolare contribuisce alle differenze pressorie nelle donne.



Donne e ictus

J. F. Arnal e M. G. Modena (Università de Toulouse, France; Istituto di Cardiologia, Modena, Italy) hanno ricordato che gli studi epidemiologici riportano un aumentato rischio di CHD e di ictus con la terapia ormonale, ma gli studi sperimentali dimostrano che l'E2 ha un'azione endotelio-protettiva. L'HRT migliora la vasodilatazione endotelio dipendente, aumenta la gittata cardiaca, migliora l'insulino-resistenza, il profilo lipidico e i fenomeni aterosclerotici. Diventa quindi improcrastinabile comprendere i meccanismi cellulari e molecolari degli estrogeni. Gli estrogeni possiedono un'azione endotelio protettiva in quanto promuovono la liberazione di NO e la produzione di prostaciline ed un effetto antiinfiammatorio in vitro. In vivo però promuovono la risposta infiammatoria agendo a vari livelli come aumentando le citochine infiammatorie, e rendendo instabile la placca. Le azioni sull'endotelio e sul sistema immune sembrano mediate maggiormente dal ER . Il ER modula la trascrizione del gene bersaglio attraverso due funzioni di attivazione AF-1 e AF-2. AF-1 non è richiesto per l'azione vasoprotettiva dell'E2 mentre è necessario per gli effetti dell'E2 sulla funzione riproduttiva. Questi risultati suggeriscono che un modulatore selettivo del recettore dell'estrogeno per il ER , che inibisce prevalentemente l'attivazione di AF-1, potrebbe mantenere benefici effetti sul sistema vascolare riducendo al minimo gli effetti sugli organi sessuali.

M. Endres (Klinik und Poliklinik für Neurologie, Berlin) ha affermato che i tassi d'incidenza per l'ictus sono più bassi nelle donne rispetto agli uomini, ma il tasso di morbilità e mortalità è maggiore nelle donne a causa della maggiore aspettativa di vita e dell'insorgenza tardiva dell'ictus.

In merito ai fattori di rischio ci sono delle differenze fra uomini e donne infatti nelle donne prevale l'ipertensione, la fibrillazione atriale e la disabilità pre-stroke, mentre ha minore rilevanza il fumo e il consumo di alcol. L'ipotesi fisiologica sulla differenza di genere dei fattori di rischio suggerisce il ruolo protettivo degli estrogeni endogeni, ma l'HRT non riduce il rischio di ictus. Variazioni nel trattamento dell'ictus, legate alle procedure diagnostiche e di gestione, sono riportate da alcuni studi ma spesso scompaiono dopo l'aggiustamento per l'età e per la presenza di fattori confondenti quali ad esempio la gravità del colpo. Gli esiti a distan-

za sono peggiori nelle donne sia in termini di funzione che di disabilità. I costi sanitari per il primo ictus sono più elevati per le donne.

Le donne hanno una frequenza maggiore dell'uomo per differenze a carico del nodo del seno e vanno incontro più frequentemente a tachicardia: durante il ciclo mestruale e la gravidanza si riscontrano cambiamenti del ritmo, queste differenze sono dovute a fattori genetici e ormonali. Alcune aritmie, cita **J.J. Mercadier** (Dep. of Physiology and Inserm, Paris), sono più frequenti nelle donne, come la sindrome del QT lungo. Si tratta di una sindrome autosomica dominante e recentemente è stato dimostrato che la predominanza femminile può derivare da un'alterata trasmissione degli alleli mutati più frequentemente trasmessa alle figlie. In alcuni modelli animali molte di queste alterazioni sono attribuite a una differente espressione nel miocardio dei canali ionici coinvolti con la ripolarizzazione, con una conseguente più bassa densità globale della corrente di ripolarizzazione, che spiega in parte il più lungo potenziale d'azione dei miociti ventricolari delle donne.

M. Steiner e G. Weidner (Psychiatry & Behavioural Neurosciences and Obstetrics and Gynecology, Canada; Department of Biology, Usa) hanno sottolineato come lo stress, l'ansia e la depressione rappresentino fattori di rischio per la malattia cardiovascolare, in particolar modo in pre e post menopausa e predicano la morbilità e la mortalità della CVD. I meccanismi con cui tali patologie possono portare



Da sinistra: Valter Malorni, Giovannella Baggio, Flavia Franconi, Francesca Fiorillo e Rodolfo Paoletti

ad eventi cardiaci sono sia biologici sia comportamentali, legati all'ambiente e a fattori sociali. I trattamenti psicologici in pazienti con malattia coronarica sembrano essere efficaci infatti la morbilità e la mortalità a 2 anni si riduce del 27%, questo è vero nei maschi perché nelle donne lo stress è molto forte e strettamente correlato alla malattia e questo rappresenta uno dei principali ostacoli della riabilitazione cardiaca.

La sessione della Fondazione Lorenzini

Molto interessante sessione è stata la sessione dell'European and Italian Societies of Gender Health and Medicine della Fondazione Giovanni Lorenzini.

V. Malorni (dell'Istituto superiore di Sanità, Roma) ha riportato come le cellule maschili e femminili in vitro si comportano in maniera differente. In particolare hanno differenti caratteristiche (ROS, formazione del citoscheletro) e differente destino.

G. Baggio (Dipartimento di Medicina interna, Az. Osp. di Padova) ha descritto il diverso impatto dei fattori di rischio cardiovascolare nelle donne, rischio che insorge 10 anni dopo rispetto all'uomo grazie all'azione endotelio protettiva svolta dagli estrogeni. La sindrome metabolica, ha ricordato, ha una prevalenza del 60% nelle donne sopra i 65 anni e il diabete è il fattore di rischio cardiovascolare più importante nelle donne. Il profilo lipidico più a rischio è invece legato all'aumento dei trigliceridi e /o alla riduzione del colesterolo HDL, mentre negli uomini è più importante l'aumento del colesterolo totale e dell'LDL. È importante inoltre nella donna l'aumento dei biomarcatori infiammatori come il CPR e le citochine infiammatorie. Nonostante tali evidenze, la prevenzione cardiovascolare nelle donne è scarsa come non è adeguato il trattamento.

F. Franconi (Dipartimento di Farmacologia di Sassari) ha descritto infine le differenze farmacocinetiche e farmacodinamiche fra uomo e donna che al momento non sono state tradotte in linee guida e raccomandazioni genere specifiche con la conseguenza che le donne sono soggette a un maggior numero di reazioni avverse. È necessario quindi realizzare degli studi preclinici strutturati per genere a cui le donne possano partecipare in tutte le fasi della vita, in modo da aver adeguate conoscenze per saper scegliere, per ogni tipo di patologia, il farmaco più efficace con il minor numero di effetti collaterali. **Y**

Assenti i ginecologi al dibattito sulla medicina di genere

La prima considerazione che salta agli occhi leggendo il report del 4° Congresso della Società Internazionale di Medicina di Genere, un congresso di estrema rilevanza per la salute della donna, è la pressoché totale assenza della ginecologia internazionale. Eppure le prime differenze di genere si riscontrano già al momento del concepimento e durante la vita intrauterina. È noto infatti che vengono concepiti più feti maschi, lo spermatozoo Y è più veloce, ma è anche vero che queste gravidanze si interrompono più facilmente: i feti maschi vanno più frequentemente incontro a problemi nella crescita, lo stress materno determina più facilmente l'aborto se il feto è maschio; inoltre l'età dei genitori, e il divario di età dei genitori, le condizioni ambientali, in particolar modo i pesticidi, influenzano la sopravvivenza dei feti maschi. Il vantaggio dei feti femmina sicuramente trova una motivazione nella presenza dei due cromosomi X.

M. Glezerman (Rabin Medical Center, Petah Israel), l'unico ginecologo che ha relazionato al congresso, ha infatti riportato uno studio condotto dalla sua equipe su 2704 gravidanze gemellari, di cui 436 (16,1%) femmina-femmina, 1.878 (69,5%) maschio-femmina, e 390 (14,4%) maschio-maschio. I risultati di questo interessante studio hanno evidenziato che il rischio di parto pretermine tra 28 e 31 settimane di gestazione è stato più elevato nel gruppo maschio-maschio (9,2%), intermedio nel gruppo maschio-femmina (7,5%) mentre è stato più basso nel gruppo femmina-femmina (5,5%). I neonati di sesso maschile, nati da gravidanza gemellare maschio-maschio, sono stati caratterizzati da un peso medio alla nascita più basso e da un tasso di crescita inferiore rispetto ai neonati di sesso maschile nati da gravidanza gemellare maschio-femmina. I neonati di sesso femminile, nati da gravidanze maschio-femmina, hanno un tasso di morbilità respiratoria e neurologica simile a quella di neonati di sesso maschile, significativamente superiore a quello dei neonati di sesso femminile nati da gravidanza femmina-femmina. In conclusione nelle gravidanze gemellari l'esito fetale è migliore se il feto (maschio o femmina) condivide l'utero con una femmina piuttosto che con un maschio. Queste differenze potrebbero essere secondarie ad un'interazione paracrina fra i due gemelli, compreso il trasferimento intramniotico di ormoni. Questi processi inoltre potrebbero influenzare la morbilità intrauterina, il parto e situazioni future come ad esempio la fertilità e lo sviluppo di tumori.

Riteniamo dunque che sia necessario approfondire le ricerche sulla vita intrauterina, attraverso le metodiche a nostra disposizione quali ad esempio esami ecografici ad alta risoluzione, esami sul sangue e sul liquido amniotico, in quanto l'ambiente intrauterino, il meliu ormonale, ancora poco conosciuti, sicuramente influenzano la vita, la capacità riproduttiva e l'insorgenza di patologie, ed un intervento mirato potrebbe migliorare il destino futuro.

Responsabilità professionale

Aggiornamenti sul consenso informato in tema di responsabilità medica

di Pier Francesco Tropea

La tematica concernente il consenso del paziente all'atto medico è tuttora oggetto di vivaci dibattiti in ambito giuridico, ad onta dell'univoco orientamento che stabilisce, al di là di una precisa norma di legge tuttora assente nell'ordinamento, la necessità di considerare il consenso quale tappa propedeutica a qualsiasi prestazione sanitaria. Ne viene di conseguenza che oggi nessun medico si azzarderebbe a intraprendere un'iniziativa terapeutica, specialmente di tipo chirurgico, senza ottenere dal malato uno specifico assenso, prescindendo dalla formulazione più o meno dettagliata e dalle modalità di sottoscrizione del consenso stesso.

Dalla conoscenza della dottrina giuridica e soprattutto dalla disamina della produzione giurisprudenziale più o meno recente si possono evincere le ipotesi di reato nelle quali può incorrere il medico che ponga in atto un trattamento, in specie chirurgico, in assenza di un consenso del malato; si allude qui alla previsione dell'art. 610 C.P. che configura la violenza privata e soprattutto all'art. 582 c.p. (lesione personale) nel caso in cui da un intervento chirurgico praticato senza consenso derivi un evento lesivo per il paziente.

I precedenti

Ai cultori di diritto, ma anche ai medici che ne sono venuti a conoscenza non senza sbigottimento e timor panico, è ben noto che in alcuni casi è prevalso un certo orientamento dei giudici a condannare per omicidio preterintenzionale (art. 584 C.P.) i medici che avevano praticato un'operazione chirurgica senza il preventivo consenso, se dall'intervento era derivata la morte del paziente. Tale orientamento ha avuto la sua piena espressione a suo tempo nella condanna, confermata nei tre gradi di giudizio, di un chirurgo incriminato per aver praticato a una paziente un intervento demolitivo diverso da quello per l'esecuzione del quale aveva ottenuto uno specifico consenso

Una posizione finalmente favorevole al medico quella espressa in una recente pronuncia della Cassazione che di fatto esclude la volontarietà del danno in qualche modo conseguente all'atto medico anche in assenza di consenso o con un consenso prestato in modo invalido

(Cassazione, aprile 1992). L'evoluzione giurisprudenziale in materia è stata compiutamente richiamata da Vania Ciresse in un articolo apparso recentemente su questa stessa rivista (cfr *GynecoAogoi* n. 7/09). A noi preme qui rammentare che dopo un non breve lasso di tempo in cui i giudici hanno fatto riferimento alla pronuncia più sopra ricordata, un alleggerimento della posizione processuale del medico in materia è avvenuto con la sentenza della Cassazione penale (Sez. 4°) del marzo 2001 concernente un ginecologo giudicato colpevole di aver praticato un intervento di asportazione di un tumore retroperitoneale, erroneamente confuso con una cisti ovarica, cui era seguita una grave lesione vascolare iliaca con conseguente exitus della paziente. Nella fattispecie, la Corte di Cassazione aveva chiarito che, ai fini della configurazione dell'omicidio preterintenzionale (motivazione espressa nel caso specifico nel giudizio di 1° grado), è necessario accertare l'esistenza del dolo diretto intenzionale dell'agente, in assenza del quale il reato deve configurarsi come colposo e non doloso.

In proposito, già la Corte d'Appello di Catanzaro, in una sentenza (12 luglio 2000) di rilevante interesse giuridico, dissertando sull'esistenza di un dolo del medico che procura con un intervento chirurgico una lesione al paziente, aveva affermato con chiarezza che "emergono legittime riserve in ordine alla automatica equipollenza tra l'atto lesivo del medico e la coltellata del violento aggressore della vita altrui". Pertanto, argomentano i giudici, "l'atto chirurgico eseguito a fini terapeutici è pre-

sieduto da una specie di dolo indubitabilmente teso alla eliminazione di una situazione pregiudizievole per l'integrità fisica del paziente, piuttosto che per la voglia di realizzare un'aggressione". Questa tesi, che di fatto

È noto che in alcuni casi è prevalso un certo orientamento dei giudici a condannare per omicidio preterintenzionale (art. 584 c.p.) i medici che avevano praticato un'operazione chirurgica senza il preventivo consenso, se dall'intervento era derivata la morte del paziente

esclude la volontarietà del danno in qualche modo conseguente all'atto medico, è stata recepita e fatta propria dalla Corte di Cassazione con la pronuncia del 2001 più sopra riportata.

Il caso e la recente pronuncia

L'argomento è stato autorevolmente ripreso in epoca recente dalla Suprema Corte (Sez. 4° penale, n. 51, marzo 2008) con una sentenza i cui punti salienti meritano di essere ricordati. Il procedimento era nato dopo una denuncia relativa ad una serie di interventi praticati in un ospedale, senza un preventivo e valido consenso dei pazienti, alcuni dei quali erano deceduti a

seguito dell'intervento stesso. L'accusa aveva sostenuto la tesi della sussistenza del reato di lesioni dolose e di quello di omicidio preterintenzionale relativamente ai pazienti che avevano subito un danno o nei quali si era

verificato l'exitus conseguente all'operazione chirurgica praticata. In proposito, era stato fatto notare da parte della Pubblica Accusa, che alcuni interventi ad altissimo rischio per la loro natura demolitiva coinvolgente molti organi, non erano stati preceduti da una adeguata informazione al paziente, concernente gli esiti di tali operazioni, le gravi menomazioni conseguenti e quindi le alternative terapeutiche oggetto di una possibile, diversa scelta da parte del malato.

In verità, al riguardo il giudice di merito aveva stabilito la non punibilità degli imputati, sostenendo che, nei casi in esame, dovesse essere applicata la scriminante prevista dall'art. 50 c.p. concernente il consenso dell'avente diritto. A seguito del ricorso in Cassazione avanzato dal P.M. e dalla Parte Civile, la Suprema Corte ha esaminato la complessa tematica in oggetto, pervenendo alle conclusioni che di seguito riportiamo. Va premesso che l'omicidio preterintenzionale si configura nel caso in cui

l'evento dannoso che deriva da un'azione o omissione si riveli più grave rispetto a quello voluto dall'agente che lo compie. Peraltro, l'omicidio preterintenzionale presuppone il dolo diretto intenzionale e cioè la volontà dell'agente di provocare una lesione fisica. Orbene, argomentano i giudici, non è sostenibile che un medico, nell'esercizio della propria funzione professionale, agisca con l'intenzione di provocare una lesione dell'integrità fisica del paziente, il che configurerebbe il reato previsto dall'art. 582 c.p. e cioè la lesione personale volontaria o l'omicidio preterintenzionale (art. 584 c.p.) nel caso in cui dall'atto medico derivi la morte del paziente.

Dunque, in mancanza del presupposto della volontà di procurare un danno, l'eventuale reato commesso dal medico deve essere ritenuto colposo e non doloso. Relativamente al problema del consenso, la Cassazione ribadisce la sua validità nel senso che esso va considerato come un presupposto di legittimità del trattamento medico nei confronti del quale il malato può esprimere anche un dissenso che in tal caso risulta strettamente vincolante per il medico, ad eccezione dei casi in cui ricorra uno stato di necessità (previsto dall'art. 54 c.p.) che obblighi il medico stesso ad intervenire, anche in assenza di consenso del paziente. Pertanto, come sottolineato in precedenti pronunce della Giurisprudenza di legittimità, il medico non possiede un "diritto di curare" che renderebbe superflua l'acquisizione del consenso del paziente, ma una "facoltà di cura" che può concretizzarsi quando venga legittimata dal consenso consapevole del destinatario del trattamento sanitario. "Dal rilievo così attribuito al consenso del malato", aggiungono testualmente i giudici, "non può farsi discendere la conseguenza che dall'intervento effettuato in assenza di consenso o con un consenso prestato in modo invalido, si possa sempre profilare la responsabilità a titolo di omicidio preterintenzionale, in caso di esito letale, ovvero a titolo di lesioni volontarie". Viene in tal modo esclusa l'ipotesi del dolo e cioè la volontarietà di un'azione lesiva da parte del medico, la cui prestazione, caratterizzandosi per la finalità terapeutica, ha come obiettivo fondamentale il recupero della salute psico-fisica del malato, compromessa dallo stato di malattia.

Una posizione concettuale questa, finalmente favorevole al medico, rispettosa della sua dignità professionale e dei principi deontologici cui da sempre si ispira l'intera classe medica. **Y**

di Vania Cinese

Avvocata, Foro di Roma

Il diritto penale mostra nel tempo un'evoluzione sempre più raffinata nello sforzo di elaborare quelli che sono i criteri di riferibilità o "imputazione" del fatto illecito al suo autore.

Dopo il criterio magico, la "forza negativa" del reo, e il criterio naturalistico, "si risponde comunque dell'evento dannoso", per lungo tempo ha dominato la scena il criterio psicologico, in base al quale il soggetto risponde di un fatto antiggiuridico, nei limiti di un giudizio di personale rimproverabilità, poiché oltre al fatto materiale è necessaria la sua "riferibilità psichica" all'agente.

La concezione psicologica si è attestata dall'illuminismo e dunque identifica la colpevolezza in quel nesso (psichico) che unisce il fatto al suo autore, nelle forme del dolo o della colpa, perché l'agente lo ha voluto ovvero non avendolo voluto, avrebbe potuto prevederne la realizzazione se avesse usato la diligenza richiesta.

Il presupposto ideologico di questa costruzione era di scongiurare il rischio di invadere il "foro interno" e distinguere l'imputazione morale da quella giuridica: gli uomini sono uguali e hanno gli stessi motivi per rispettare il patto sociale, non contano le ragioni soggettive a delinquere.

La dottrina dell'800, partendo invece dall'opposta considerazione che gli uomini non sono sostanzialmente uguali, prospettò l'esigenza di graduare la colpevolezza in senso psicologico tenendo conto della motivazione (ad es. il ladro che ruba per biso-

La colpevolezza in ambito sanitario (Prima parte)

Quale rimprovero per il medico?

Come si sono evoluti nel tempo i criteri di colpevolezza nel diritto penale e qual è l'orientamento della dottrina italiana più recente in merito alla responsabilità professionale medica. È questo l'oggetto del presente articolo, introduttivo a un'analisi comparata con gli ordinamenti di Gran Bretagna e Germania, che pubblicheremo sul prossimo numero, che vedrà a confronto in tema di colpa in ambito sanitario le due grandi famiglie di sistemi giuridici: i cosiddetti ordinamenti di *civil law*, in uso nell'Europa continentale, e quelli di *common law*, adottati nei Paesi anglofoni e in buona parte di quelli in via di sviluppo

gno e quello che ruba per avidità). La dottrina più recente, nell'intento di risolvere numerosi problemi applicativi e superare la concezione psicologica, giunge alla concezione "normativa" ravvisando la colpevolezza nel contrasto tra divieto o comando penale e la volontà dell'agente cui esso è diretto. Il riferimento essenziale è al dovere e alla base della colpevolezza c'è un giudizio di rimproverabilità personale. Il soggetto non ha adeguato la propria volontà all'esigenza normativa, nel dolo perché ha voluto ciò

che non doveva volere, nella colpa perché non ha previsto ciò che doveva prevedere.

L'oggetto del giudizio di colpevolezza: la colpa e il dolo

L'oggetto del giudizio poggia su tre elementi: la capacità di intendere e volere, il nesso psichico tra agente e fatto e le "circostanze concomitanti" incidenti sul processo di motivazione dell'agente e che rilevano in termini di maggiore o minore esigibilità di un comportamento conforme alla norma. L'esigibilità esprime il livello della pretesa normativa in rapporto a ciascun singolo soggetto, perché non si può esigere lo stesso grado di osservanza del divieto da persone diverse.

La concezione normativa amplia il concetto di colpevolezza in relazione al parametro di giudizio (o esigibilità ricollegata a criteri valutativi extragiuridici) e all'oggetto del giudizio (ossia le circostanze concomitanti), lasciando insoluto il problema (notevole) dei limiti. Nel

tempo è maturato

peraltro la necessità di precisare l'oggetto del giudizio di colpevolezza, chiamando in causa non semplicemente il fatto tipico antiggiuridico, ma piuttosto il fatto tipico doloso o colposo, antiggiuridico.

Permangono i parametri in base ai quali si può affermare che un fatto illecito doloso o colposo è rimproverabile al soggetto. Di conseguenza la colpevolezza fonda la responsabilità in rapporto alla capacità di intendere e volere e la possibilità di conoscere il divieto; esclude la responsabilità in presenza di scusanti, gradua la responsabilità (ad es. per la personalità del reo).

La colpa, eterogenea rispetto al dolo, si apprezza dunque sul piano normativo, consistendo in un giudizio di inosservanza da parte del soggetto delle regole cautelari inerenti alle attività svolte. Sono naufragati gli sforzi compiuti in passato per rinvenire un fondamento psicologico della colpa, perché ciò che conta è la valutazione in rapporto ad un dovere, la constatazione di un contrasto con una regola cautelare, la cui osservanza sia esigibile dall'agente.

Cautela e diligenza

Sempre più la vita di relazione prospetta l'esigenza che nello svolgimento di attività suscettibili di coinvolgere interessi altrui siano adottate cautele idonee ad evitare la loro offesa e circoscrivere i limiti di tollerabilità sociale che il rischio si verifichi.

Per contenere il pericolo ed impedire che esso si traduca in danno, le regole cautelari (art. 43 c. p.) possono derivare dall'esperienza comune o esperienza tecnico-scientifica (dal-

la cui violazione origina la colpa generica) o essere positivizzate e raccolte in una fonte normativa scritta, specifica (la cui violazione da luogo alla colpa specifica). Poiché le regole della prima fonte sono desunte da ambiti extragiuridici, il problema dell'accertamento ripropone il criterio della "diligenza esigibile" in quella stessa situazione dell'agente modello (l'homo eiusdem conditionis ac professionis), ossia il prototipo ideale di persona prudente, diligente e perita che eserciti la stessa professione od attività dell'agente.

L'evento deve essere obiettivamente prevedibile secondo il metro di tale soggetto.

Val la pena notare che secondo un'altra tesi il parametro della diligenza scaturisce dalla prevedibilità ex ante in base alla miglior scienza ed esperienza riferibile alle situazioni in cui opera l'agente. Questa costruzione risponde all'esigenza di definire un'esigenza cautelare obiettiva, prendendo in considerazione tutto quanto era idoneo ad impedire l'evento o limitare il rischio, in relazione alle conoscenze umane di un dato momento storico.

Il contenuto della regola cautelare extragiuridica o positivizzata in un testo scritto può riferirsi ad obblighi positivi di adozione di cautele o controllo nell'attività, o negativi, di non tenere determinati comportamenti pericolosi e l'obbligo cautelare può riferirsi anche al comportamento di terzi di cui ci si avvale. L'obbligo cautelare negativo può perfino prescrivere l'astensione dall'attività pericolosa, quando il rischio che essa presenta non sia fronteggiato da cautele adeguate. Specialmente nelle attività pericolose socialmente utili (come quella sanitaria) spesso si rende prevedibile, secondo la miglior scienza ed esperienza, il verificarsi di eventi lesivi, tuttavia dette attività sono consentite dall'ordinamento in ragione della loro utilità sociale. Il limite di liceità è dato dal cosiddetto "rischio consentito", perché tali attività possono svolgersi nel bilanciamento dei contrapposti interessi tutelati, al di là di questo di equilibrio si sconfinano nell'illecito e l'attività pericolosa non è più consentita.

Condotta medica: l'"agente modello"

Il punto più delicato del giudizio di colpa è rappresentato dall'accertamento dell'esigibilità dell'osservanza ossia dell'attribuibilità dell'inosservanza all'agente che ha violato il dovere permettendo al rischio di concretizzarsi nell'evento.

Nel caso di colpa generica dunque, l'ordinamento italiano prende a riferimento la figura dell'"agente modello", cioè il soggetto coscienzioso e scrupoloso operante nella stessa condizione dell'agente.

L'evento deve risultare prevedibile secondo le conoscenze di questo soggetto ideale che è costituito un parametro normativo. Naturalmente, non si può tener conto di tutte le circostanze



► Segue da pagina 10

Italiani longevi ma sempre più "cronici"

era del 33% ed è salita al 47% nei primi anni '90.

È scesa negli ultimi 20 anni la mortalità per tumore del colon-retto in entrambi i sessi, ma la sua incidenza è cresciuta fra gli uomini. Il cancro del polmone diminuisce tra gli uomini e aumenta fra le donne; per queste, tra il 1970 e il 2002, il tasso di mortalità è quasi raddoppiato. Dal 1990 è invece diminuita del 2% l'anno la mortalità per tumore al seno. Il tumore alla prostata è la patologia più diffusa tra gli uomini: sono stati circa 36.500 i nuovi casi nel 2008. Aumenta il diabete come conseguenza dell'epidemia di obesità legata a modificazioni degli stili di vita: sono circa 2,5 milioni le persone colpite. Le percentuali relative alla prevalenza del 3,9 al Nord, del 4,1 al Centro e del 4,6 al Sud in linea con un analogo gradiente Nord-Sud di prevalenza di obesità. Nel 2006 in Italia sono avvenuti 35.751 decessi per malattie dell'apparato respiratorio (57% fra i maschi) che rappresentano il 6,4% di tutte le morti.

Salute materna e neonatale

Secondo i dati del Certificato di assistenza al parto, nel 2005, sono stati realizzati 511.436 parti. Nell'80% delle gravidanze state effettuate più di 4 visite di controllo; in media sono state eseguite 4,3 ecografie per ogni parto e nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, ogni 100 parti sono state effettuate circa 16 amniocentesi e circa 3 esami dei villi coriali. Si conferma il ricorso eccessivo al parto per via chirurgica: allo stato attuale l'Italia è ai primi posti in Europa con un tasso di tagli cesarei pari al 38,2%.

In Italia, per il periodo 1998-2002, il rapporto di mortalità materna risulta pari a 3/100.000. Nel 2007 le interruzioni volontarie di gravidanza sono state 127.038, con un tasso di abortività pari a 9,1 per 1.000 donne in età feconda, con un decremento del 3,1 rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda la salute del neonato si rilevano pesi inferiori ai 1.500 grammi nell'1% dei nati, un peso compreso 1.500 e 2.500 grammi nel 5,8% e i nati a termine con peso inferiore ai 2.500 grammi rappresentano circa il 2% dei casi. Il tasso di natimortalità è di 2,8 nati morti ogni 1.000 nati. Tra le cause di natimortalità si evidenziano condizioni morbose ad insorgenza perinatale, problemi fetali e placentari.

Salute infantile e dell'adolescente

Si riducono, i tassi di mortalità infantile. Le cause più frequenti sono le condizioni morbose di origine perinatale, traumatismi ed avvelenamenti, le malforma-

zioni congenite e i tumori. La riduzione della mortalità ha interessato maggiormente i bambini fino a un anno di età, e in maniera comunque significativa i bambini da 1 a 14 anni.

La prima causa di morte nella fascia d'età 1-14 anni è rappresentata dai tumori seguiti dalle cause esterne di traumatismo e avvelenamento. Le patologie che si presentano più frequentemente per la fascia di età 0-14 anni sono le malattie allergiche (9,6%), seguite dall'asma bronchiale (2,9%) e dalla cefalea ed emicrania ricorrente (0,9%). Un maggior numero di maschi (3,8%), rispetto alle femmine (2%) soffre di asma.

Disturbi psichici

Aumenta l'ospedalizzazione psichiatrica nella fascia d'età fra i 12 e i 15 anni. La prevalenza dei disturbi mentali più comuni (depressione, distimia, disturbo d'ansia generalizzata disturbo di panico, fobia semplice e sociale, agorafobia, disturbo post-traumatico da stress, disturbo da abuso/dipendenza da alcol) nella popolazione generale non è inferiore al 7%. I dati relativi alle situazioni di acuzie, fanno emergere un tasso di 26,7 ricoveri psichiatrici per 10mila abitanti. I Tso rappresentano il 9% di tutti i ricoveri annui in Italia, ed il tasso per 10mila abitanti è pari a 2,5, con una marcata variabilità regionale. Per quanto riguarda le attività svolte nei Centri di salute mentale, i dati di prevalenza indicano che i pazienti in trattamento attivo in 626 Centri censiti sui 708 totali sono 457.146 con una media per servizio di 730 pazienti in trattamento attivo.

Monitoraggio delle sperimentazioni cliniche e dell'impiego dei medicinali

Le farmacie pubbliche e private hanno dispensato nel 2007 complessivamente circa 1,7 mld di confezioni (29 confezioni di farmaco per abitante). Circa il 60% dei consumi si concentra nella popolazione over 65; l'80% in quella con più di 55 anni. I farmaci del sistema cardiovascolare sono i più utilizzati (32,7% circa di tutti i consumi) con una copertura del Ssn del 94%. Seguono i farmaci: dell'apparato gastrointestinale e quelli del metabolismo (13,9%) comprensivi dei farmaci contro il diabete; del Sistema nervoso centrale (10,0%); gli ematologici (9,8%). Sono bassissime le percentuali sul consumo degli antimicrobici. L'Italia è il terzo Paese europeo con il consumo più elevato di antibiotici. Il maggior consumo (e livello di spesa) si registra nelle Regioni del Centro-Sud rispetto a quelle del Centro-Nord.

Secondo l'analisi della Commissione Europea nell'ambito del Pharmaceutical Forum, l'Italia assieme all'Olanda è il Paese comunitario con la più bassa percentuale di spesa a carico dei cittadini per i farmaci erogati dal Ssn.

Malattie da lavoro

Aumentano in Italia le malattie professionali. Dall'ultimo rapporto annuale dell'Inail, infatti, risultano pervenute 28.497 denunce di patologie professionali manifestatesi nel 2007, con un aumento rispetto all'anno precedente del 7%, a fronte di una crescita del numero degli occupati dell'1%. Al primo posto tra le malattie denunciate c'è l'ipoacusia. Tra le patologie professionali emergenti si registra un notevole incremento di tendiniti, patologie muscolo scheletriche e malattie respiratorie. Quanto alle patologie tumorali, relativamente all'anno 2007, la rilevazione evidenzia 1.700 casi, di cui circa la metà risulta costituita da neoplasie da asbesto, seguite dai tumori di trachea, pleura e laringe e dai mielomi multipli. In particolare per i tumori vescicali si è passati dai 79 casi registrati nel 2003 ai 200 del 2007.

Stili di vita

La pigrizia uccide quanto molte patologie: per inattività fisica (e le malattie ad essa correlate) muoiono ogni anno solo nel nostro paese qualcosa come 28mila persone, il 5 per cento del totale, mentre per la stessa causa ammontano al 3,1% gli anni di vita in buona salute



persi per invalidità e morte prematura. Si stima che siano attribuibili al fumo dalle 70mila alle 83mila morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Una recente stima indica in 24.061 il numero delle morti per cause alcol correlate fra i soggetti sopra i 20 anni, di cui 17.215 tra gli uomini e 6.846 tra le donne, che rappresentano, rispettivamente, il 6,23% di tutte le morti maschili e il 2,45% di quelle femminili. ■

dell'agente, e si deve tenere in considerazione il diverso tipo di attività svolta all'interno di quel settore determinato.

Così, nell'ambito sanitario l'agente modello del medico generico o di pronto soccorso è diverso da quello del clinico specialista, figura apicale, dirigente di struttura.

La giurisprudenza tende a costruire l'agente modello "oggettivamente" ossia sulla base delle conoscenze ed esperienze che si possano presumere nelle persone esercenti una certa attività. È lecito dubitare della corrispondenza del criterio adottato al principio di colpevolezza, cardine del nostro sistema.

Il criterio della rimproverabilità personale su cui la colpevolezza si fonda esige, infatti, una previa considerazione delle condizioni soggettive dell'agente (naturalmente nei termini normativi collegati all'addebito di colpa). In altre parole, si corre il pericolo che il modello normativo dell'agente consideri quanto di meglio egli sarebbe stato in grado di fare, prescindendo dalla condotta specifica del "vero agente" nella circostanza concreta. È corretto "pensare" l'agente (modello) fuori del fatto e del contesto concreto?

Nella colpa specifica è ancor più controverso se ed in quali termini possa farsi ricorso all'agente modello.

Invero, quando la regola caute-

all'errore di diagnosi di uno specializzando e a quello commesso dallo specialista che vanta specifica casistica ed anni di anzianità nella branca.

Il concetto di colpa negli altri ordinamenti

Se gettiamo un rapido sguardo agli altri ordinamenti notiamo che sia nei paesi di tradizione di *civil law** (come Italia, Francia, Belgio, Germania ecc.) che in quelli di *common law* (Inghilterra, Usa, in generale Paesi anglofoni e paesi in via di sviluppo), il concetto di colpa ha acquisito progressivamente importanza e pari scomposizione nella sua "doppia misura": oggettiva, quale violazione della regola cautelare, e soggettiva, come possibilità di rimproverare al soggetto la violazione della regola cautelare.

La misura oggettiva è il regno dell'evitabilità, quella soggettiva è il regno della motivabilità.

È interessante notare che anche in Inghilterra il giudizio di colpevolezza si articola in tre momenti senza dubbio presenti negli sforzi della dottrina italiana: - la riconoscibilità del pericolo - la conoscibilità della regola cautelare - l'obiettiva possibilità di comportamento conforme alla regola cautelare.

Tali dati, anche per i paesi di *common law*, non costituiscono "dati di fatto" bensì giudizi ipotetici e come tali presuppongono necessariamente l'assunzione di determinati parametri di giudizio. In presenza di una certa situazione, la riconoscibilità della sua pericolosità potrà sussistere o meno a seconda del parametro di riferimento. La stessa cosa può dirsi per la conoscibilità della pretesa cautelare e la possibilità di conformarsi. ■

* Gli studiosi di diritto internazionale comparato dividono i sistemi giuridici mondiali in due grandi famiglie: gli ordinamenti di *civil law* in uso nell'Europa continentale (che discendono direttamente dal diritto romano e dal Codice napoleonico) e quelli di *common law* adottati nei Paesi anglofoni e in buona parte di quelli in via di sviluppo. Questi ultimi non si basano su un sistema di norme raccolte in codici, bensì sul principio giurisprudenziale dello stare decisis, vale a dire sul carattere vincolante del precedente giudiziario. In tale ottica, la legge diviene fonte normativa di secondo grado, assumendo funzione di mera cornice, all'interno della quale vengono a inserirsi le statuizioni contenute nelle pronunce dei giudici.

Prosegue sul prossimo numero la seconda parte dell'articolo dedicata a un'analisi comparata con la dottrina inglese e tedesca

lare è consacrata in un testo (legge, regolamento, disciplina, ecc.), il contenuto è precisato in forma determinata e la cautela (regola "rigida") corrisponde ad uno standard al cui rispetto sono tenuti tutti i soggetti esercenti quella data attività, anche se bisogna accertare che circostanze particolari non rendono concretamente inesigibile l'osservanza; ad esempio, per ignoranza incolpevole del precetto o perché l'osservanza della regola comporterebbe un maggior rischio per il bene tutelato. Non v'è dubbio allora che le circostanze concrete siano rilevanti. Altro elemento non trascurabile è che in rapporto all'esigibilità dell'osservanza il grado è maggiore in soggetti di particolare abilità, competenza ed esperienza e minore in soggetti che abbiano tali caratteristiche ad un livello più modesto: si pensi

Agite a Cape Town

Violenza domestica: come costruire una solida rete di assistenza sul Territorio

di Marina Toschi
Consigliera Agite
Consigliera di Parità
per la Regione Umbria

Luminoso, pieno di piante pensili, elegante e modernissimo, ricco di arte e artigianato, si presentava così l'edificio che ci ha ospitato a Cape Town per il Congresso mondiale Figo 2009, a cui hanno partecipato 6mila delegate/i da tutto il mondo.

Colpiva il vastissimo parterre, la zona degli stand, che, oltre alle più conosciute ditte farmaceutiche e produttrici di strumenti, offriva, in ognuno dei punti nevralgici, un possibile contatto con istituzioni come Ippf, Un, Who o con Ong dell'associazionismo femminile di tutto il mondo, nonché un vasto assortimento di materiale informativo multilingue, dai depliant ai CD, ai libri sui temi di interesse per le donne in ogni angolo del Pianeta: come fornire a tutte un aborto e un parto sicuri, come affrontare la contraccezione in tutte le culture, come coinvolgere i padri nel percorso della nascita e della crescita.

Il racconto delle nostre attività e dei nostri servizi territoriali ha suscitato un vivo interesse, anche perché per molti partecipanti la situazione italiana è assolutamente sconosciuta. Stupore anche sul fatto che esiste una diffusione capillare dei Consultori dove non si svolge solo Family Planning (counseling contraccettivo e applicazione della contraccezione anche alle minori), ma anche screening per la prevenzione dei tumori femminili, follow-up delle gravidanze e/o delle richieste di Ivg, incontri di sostegno alla coppia genitoriale, diagnosi e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili, ecc.

Il tema proposto da Agite su come affrontare nel Territorio la diffusa pratica della violenza domestica è stato quello prescelto dal Comitato Figo.

Con la collaborazione di molte colleghe, e in particolare di Valeria Dubini, che da anni coordina il gruppo Aogoi sulla

Il Congresso Figo 2009, che ha riunito la ginecologia mondiale a Cape Town, è stato per Agite un importante momento di confronto per far conoscere le attività dei nostri servizi territoriali.

La violenza domestica, ovvero come affrontarla nel Territorio, è stata al centro degli interventi di Agite che a questo tema intende dedicare un impegno sempre maggiore: interagendo con i colleghi stranieri attraverso i progetti europei e sviluppando nuove iniziative, anche grazie al neo costituito "Gruppo Sigo sulle Pari Opportunità"



violenza, abbiamo così relazionato e discusso sull'approccio complessivo alla donna vittima di violenza.

L'elemento che più ha colpito i colleghi credo, più che i numeri, ormai conosciuti, sia la vera difficoltà che si evidenzia nel personale sanitario di saper "vedere" e affrontare con la donna la sua storia di violenza. Come sempre ci ricorda Dubini, i dati dell'Istat 2006 ci rivelano che

"Ha mai subito violenza?"

È questa la domanda che tutti/e noi dovremmo cominciare a fare a tutte le pazienti cui facciamo una regolare anamnesi

una donna su 3 è stata vittima di una forma di violenza: ognuno di noi, sia che lavori in Ospedale o nel Territorio, dovrebbe dunque vederne moltissime ogni giorno... Invece io per prima, pur cercando di essere attenta a questo problema, così diffuso e causa di tanta diversa patologia, mi rendo conto di non "vedere". "Ha mai subito violenza?": è questa la domanda che tutti/e noi dovremmo cominciare a fare a tutte le pazienti cui facciamo una regolare anamnesi – una domanda che dovrebbe diventare di routine, tanto quanto quella sulla data delle ultime mestruazioni. Per esperienza so che spesso anche una semplice domanda può rappresentare una sorta di "salvagente" cui la donna può attaccarsi o anche solo una "lucina accesa nel buio" di un profondo silenzio intimo che poi piano piano, magari dopo anni, può sfociare in una presa di coscienza e in un desiderio di uscire dal terribile tunnel del rapporto vittima-carnefice. L'interscambio di conoscenze ed esperienze avviato con le/i colleghi di Tunisia, Svezia, Bulgaria, India, Inghilterra, Norvegia, Spagna ecc. potranno trovare ulteriore corpo nel prossimo appuntamento mondiale Figo 2012 di Roma, dove, anche attraverso i numerosi progetti europei o del Mediterraneo che ci sono stati proposti, si potranno mettere a frutto i collegamenti intrapresi. Questo sarà possibile e facilitato anche grazie alla creazione del nuovo "Gruppo di lavoro Pari Opportunità" proposto dalla Sigo che ho il privilegio di coordinare, cercando di utilizzare al meglio la competenza istituzionale appresa nei miei otto anni di esperienza come Consigliera di Parità della Regione Umbria. In particolare sarà importante e utile per noi tutti/e instaurare una proficua collaborazione con il gruppo che si occupa di "Salute e Sicurezza" all'interno della Rete nazionale delle circa 200 Consigliere di parità italiane. **Y**

La Fesmed promuove insieme ai sindacati medici la "Vertenza salute"

Per salvare il Ssn e per dire No a chi vuole distruggere la sanità pubblica italiana

Assemblee in tutta Italia, tre grandi manifestazioni a Napoli, Milano e Roma e uno sciopero nazionale previsto nella prima decade di marzo

Nessuna risposta alle esigenze dei cittadini e degli operatori che vogliono un servizio più efficiente, moderno e di qualità in tutto il Paese. Nuove chiusure di posti letto ospedalieri senza prevedere alcun servizio alternativo. Risposte inadeguate alla impellente domanda di assistenza per gli anziani ed i non autosufficienti. Nessuna risposta alla piaga delle liste d'attesa che le Regioni scaricano su medici ed operatori costretti a lavorare in condizioni inaccettabili.

E intanto continua lo scandalo delle nomine politiche di primari e direttori generali, dove si guarda più alla tessera di partito che alla qualità delle persone. Aumentano le denunce e gli scandali che mostrano una connivenza sempre più diffusa tra sanità e malaffare.

Passa sotto silenzio la denuncia fatta dal Capo della Protezione civile Guido Bertolaso sul fatto che sono almeno 500 gli ospedali italiani a rischio di crollo per terremoto o altre calamità naturali. Ospedali che necessiterebbero, insieme a scuole e altri edifici di pubblica utilità, di un grande piano nazionale di sicurezza ed ammodernamento strutturale e tecnologico.

Assordante il silenzio calato sulla denuncia dei numerosi casi di intimidazioni subite, in particolare ma non solo, dai veterinari del Servizio sanitario nazionale che continuano a subire ogni giorno attacchi e violenze inaudite che mirano a impedire loro di svolgere con serenità e in sicurezza i compiti di prevenzione sanitaria, eradicazione delle malattie degli animali e sicurezza alimentare.

Un quadro allarmante e drammatico, che ha portato i sindacati dei medici e degli altri dirigenti delle Asl e degli ospedali pubblici italiani, ad aprire una vera e propria "vertenza salute" per richiamare l'attenzione di Governo, Parlamento, Regioni ed opinione pubblica sul progressivo e apparentemente inarrestabile degrado della sanità pubblica italiana.

Il rischio più grande - denunciano i 130 mila dirigenti del Ssn

- è quello di arrendersi di fronte a una realtà di disfacimento del sistema sanitario pubblico italiano, che ormai non offre più neanche la consolazione di un Centro-Nord che "tutto sommato se la cava".

Dinanzi a scelte di basso profilo per la sanità, è tutto il sistema ad andare in crisi. Anche nelle realtà fino ad oggi considerate di buon livello.

Il fondo sanitario nazionale italiano continua ad essere tra i più bassi di tutta la comunità europea e dei Paesi dell'Ocse (l'Italia è ormai al 19° posto per la spesa destinata alla sanità) con ripercussioni fortemente negative, da una parte, sulla qualità e quantità delle prestazioni da garantire ai cittadini e, dall'altra, sulle condizioni di lavoro degli operatori sanitari.

Del resto anche il nuovo Patto per la Salute non risolve il problema ormai cronico dello spreco di risorse da parte di molte Regioni, che, in accordo con il Governo, preferiscono fare ricorso, ancora una volta, a tagli indiscriminati delle voci di spesa, quali la rottamazione dei Medici invece di predisporre piani di risanamento gestionale e di ristrutturazione dei servizi, con il risultato che molti cittadini vedranno messa in discussione la stessa erogazione delle prestazioni essenziali.

L'ulteriore riduzione del numero di posti letto per acuti (3,3 per mille abitanti) ne produrrà un ulteriore taglio (si calcolano quasi 10 mila letti in meno) che in presenza di un forte ritardo della riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali rischia di provocare un vuoto assistenziale nel quale saranno risucchiate prioritariamente le fasce di popolazione più deboli, gli anziani, i malati cronici, i portatori di polipatologie.

Per tutte queste ragioni oggi il vero pericolo non è solo e tanto quello di vederci rassegnati ad una sanità a due velocità (Nord e Sud), ma quello di trascinare tutta la sanità italiana ai livelli insufficienti, se non pessimi, di molte realtà soprattutto meridionali.

Le nostre proposte

1. Maggiori risorse economiche più adeguate al fabbisogno del Ssn, valutabili in almeno 110 miliardi di euro per il 2010 e 115 miliardi di euro per il 2011 (oggi il Patto ne prevede solo 106,2 per il 2010 e 108,6 per il 2011), accompagnate da un maggiore rigore nel controllo della spesa sanitaria da parte delle Regioni.

2. Un Piano nazionale per la ristrutturazione, l'ammodernamento e la messa in sicurezza del patrimonio sanitario pubblico (ospedali, ambulatori, servizi territoriali, tecnologie) con uno stanziamento di almeno 15 miliardi di euro nei prossimi dieci anni (il Patto ne stanziava poco più di 5).

3. Garanzia che i decreti attuativi del federalismo fiscale non mettano in discussione in alcun modo l'unitarietà del sistema sanitario e il diritto dei cittadini ad avere la stessa quantità e qualità dei servizi erogati.

4. Emanazione dei nuovi più volte annunciati Livelli di assistenza che diano risposta alle nuove esigenze dei cittadini, a partire dagli anziani, i disabili, le donne e gli affetti da malattie rare che aspettano da anni risposte assistenziali e servizi adeguati.

5. Abrogare la norma che autorizza i direttori generali delle Asl a mandare in pensione anzitempo i medici del Ssn.

6. Garantire comunque il turnover negli ospedali e nelle Asl per non mettere a rischio la qualità del servizio e la stessa sicurezza delle cure.

7. Fuori la cattiva politica dalla sanità, a partire dalle nomine di manager e primari che devono essere affidate a criteri basati esclusivamente sul merito professionale dei candidati.

8. Sanare lo scandalo delle migliaia di medici ed altri dirigenti precari. La sanità non può vivere nella precarietà professionale perché deve contare sempre su professionisti motivati, giustamente valorizzati e non "ricattabili" da parte dell'amministrazione.

9. Provvedimenti concreti sulla sorte della libera professione intramoenia a pochi mesi dalla scadenza dell'ennesima proroga (31 gennaio 2010).

10. Rivalutazione economica e professionale della dirigenza del Ssn già a partire dal biennio 2008-2009 non ancora definito e della indennità di esclusività il cui importo è fermo al 2002, e soprattutto con una complessiva rinegoziazione dei trattamenti economici e normativi della categoria nella prossima tornata contrattuale, per la quale nella finanziaria 2010 non vi sono le necessarie risorse.



ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FP CGIL MEDICI - FVM - FASSID FESMED - SDS SNABI - AUPI - SINAFO - FEDIR SANITÀ - SIDIRSS

Tenetevi aggiornati sulle manifestazioni consultando il sito www.fesmed.it

Osteoporosi e menopausa oncologica

Menopausa indotta per patologia oncologica: necessità di spazi dedicati

di **Sonia Baldi, Angela Becorpi, Costante Donati Sarti**

Direttivo Società Italiana di Ginecologia Della Terza Età (SIGITE)

Nel follow-up delle pazienti che sono state sottoposte a trattamenti per patologia oncologica la problematica osteoporotica risulta particolarmente importante in quanto esse possono presentare un rischio aggiuntivo di sviluppare un'osteoporosi grave e precoce e in una patologia di base, come per esempio il tumore della mammella, che può rappresentare una controindicazione all'uso della terapia ormonale sostitutiva.

Per quanto riguarda il rischio osteoporotico rimangono tuttora aperti alcuni capitoli quali gli effetti degli inibitori dell'aromatasi sull'osso e l'efficacia preventiva dell'associazione con i bisfosfonati.

È importante la valutazione del metabolismo osseo nelle donne con pregressa neoplasia e osservare quanto questa è influenzata dalla menopausa indotta e dai trattamenti relativi alla patologia tumorale. Occorre definire dei timing terapeutici differenziati in relazione alla malattia di base, all'epoca di menopausa, età del soggetto e sintomatologia per i vari trattamenti ad azione osteoproduttiva. Infine risulta interessante la valutazione della possibile influenza della genetica, in termini di polimorfismo per il recettore ER alfa e dell'aromatasi sul rischio di osteoporosi in questi soggetti che può influenzare una variabilità interpersonale in termini di massa ossea e risposta terapeutica. Tutto ciò clinicamente potrebbe risultare importantissimo nell'individuare i soggetti a rischio di malattia e nella scelta delle terapie adeguate.

Trattamenti endocrini adiuvanti: effetti sulla salute ossea

L'endocrinoterapia nel tumore mammario ha come rationale la riduzione degli effetti degli estrogeni e quindi a lungo termine può essere un fattore da

Le conseguenze di una menopausa indotta precocemente possono essere di grande importanza per le donne che hanno avuto una patologia oncologica. Di qui l'esigenza di un approccio multidisciplinare integrato e di un ambulatorio dedicato che fornisca loro un canale preferenziale di accesso. Per realizzare un servizio in grado di affrontare globalmente le tematiche espresse, riducendo i disagi e fornendo risposte omogenee e il più possibile esaurienti

valutare nella determinazione del rischio osteoporotico di questi soggetti.

Gli analoghi del GnRH (goserelin, triptorelina) sono utilizzati nel trattamento del tumore mammario in età fertile, caratterizzato da positività recettoriale, per determinare un ipo-

gonadismo ipogonadotropo. Questi farmaci causano un'importante perdita di massa ossea, peraltro reversibile con l'interruzione della terapia, va comunque considerato che in questo caso i protocolli terapeutici prevedono un impiego continuativo a lungo termine,

per due o tre anni con un passaggio spesso verso una menopausa indotta irreversibile. Allo stato attuale non esistono dati sulle fratture.

Il tamoxifene è un modulatore selettivo dell'ER ed è il farmaco più utilizzato nella gestione clinica del carcinoma mammario sia nel trattamento adiuvante sia nella fase metastatica di malattia; nel primo contesto è stato ed è tuttora utilizzato sia come trattamento esclusivo, sia sequenziale alla chemioterapia con un beneficio che appare essere di entità significativa in tutte le fasce di età.

Gli effetti sull'osso del tamoxifene appaiono dipendere dallo stato menopausale della paziente (Cosman 2003; Powles 1996). In premenopausa si ha una perdita di massa ossea mentre in postmenopausa si ha un "bone sparing effect" per l'effetto parzialmente agonista del tamoxifene.

L'aromatizzazione periferica degli androgeni surrenali o prodotti da altri distretti è una fonte di produzione di estrogeni nella donna in menopausa. Questo ha portato all'introduzione di una nuova categoria di farmaci, gli inibitori delle aromatasi, che sta recentemente affermandosi nel setting adiuvante delle pazienti con tumore mammario in postmenopausa dove mostrano, in particolare l'anastrozolo una significativa superiorità, espressa in termini di riduzione del rischio di recidive di malattia sia in sede che a distanza, nei confronti del tamoxifene. Comunque, con il proseguire del follow-up, l'impiego di questo farmaco sembra correlare con

un incremento di fratture ossee, soprattutto a carico di somi vertebrali, dovute alla induzione e/o aggravamento dell'osteoporosi anche se la quota delle fratture sembra stabilizzarsi dopo 2 anni.

Scarsi sono i dati di comparazione dell'anastrozolo versus placebo in termini di BMD o rischio di frattura (Locker e Eastell 2003). È stato postulato che le differenze nelle quote di frattura osservate tra anastrozolo e tamoxifene nell'ATAC study sono dovute al fatto che l'inibitore sopprime profondamente la produzione di estrogeni mentre il tamoxifene esercita un parziale effetto agonista e proprio per questo non può forse essere un farmaco ideale di comparazione per valutare l'effetto sull'osso (Eastell 2003). Comunque in relazione ai bassi livelli di estrogeni che si vengono ad avere in queste donne la riduzione di BMD con l'inibitore non sembra così bassa come quella aspettata per la menopausa (Bjarnason e coll 2002)

L'applicazione sequenziale prima di tamoxifene e dopo di un antiaromatasi rappresenta un'altra strategia attualmente sotto investigazione.

Per quanto riguarda l'impiego di altre molecole appartenenti alla categoria degli inibitori dell'aromatasi l'uso del Letrozolo si accompagna ad un aumento dei markers del riassorbimento e non si ha un incremento compensatorio di quelli di formazione ossea. L'uso sequenziale dopo 5 anni di tamoxifene mostra una incidenza di osteoporosi significativa con l'impiego del Letrozolo rispetto al placebo ma non un incremento della quota di fratture. L'uso di exemestano ha mostrato un incremento dei markers del riassorbimento osseo ma anche un aumento di quelli di formazione forse da attribuire all'effetto androgenico di un suo metabolita (17 idrossiexemestano) Non sono mostrate differenze tra il BMD sulla spina e sul femore rispetto al placebo. In tutti gli studi le tre molecole di inibitori dell'aromatasi sono associate ad un maggior numero di fratture rispetto al tamoxifene o al placebo.

L'incidenza delle fratture sembra minore quando l'inibitore è utilizzato dopo il trattamento con tamoxifene. Comunque il breve periodo di follow-up con l'exemestano e il letrozolo complica l'interpretazione dei dati clinici.

Attualmente rimane ancora controversa l'ottimale gestione della risposta endocrina nell'"early cancer" mammario

Per il miglioramento delle possibilità di prevenzione, diagnosi precoce e terapia della patologia oncologica, in particolare con riferimento ai tumori dell'apparato genitale femminile, nel corso degli ultimi decenni stiamo assistendo ad un netto incremento del numero di donne in menopausa iatrogena, anche in età relativamente giovane, secondaria a trattamenti oncologici integrati, ossia a seguito di terapie chirurgiche e/o radiologiche e/o farmacologiche che si rendono necessarie e che comportano la perdita della funzione endocrina e riproduttiva. Di conseguenza, oltre una menopausa di tipo chirurgico, si sta sempre più imponendo all'attenzione la problematica della menopausa indotta da farmaci chemioantiblastici e o radiazioni ionizzanti Mirf (Menopausa Indotta Radiologica e Farmacologica) per il miglioramento della efficacia dei protocolli terapeutici che consentono un aumento delle aspettative di vita.

Ciò, se da un lato ha portato a indubbi vantaggi per la salute della donna, dall'altro, determinandosi un aumento dell'incidenza della menopausa iatrogena, si pone il problema delle conseguenze cliniche e delle problematiche terapeutiche che essa comporta. L'obiettivo terapeutico per questi soggetti deve cercare di assicurare una buona qualità di vita tenendo conto sia del disagio psicologico-relazionale legato alla condizione clinica sia di un elevato rischio di sequele derivanti dalla carenza estrogenica e dai trattamenti effettuati soprattutto in relazione spesso alla ancor giovane età.

in premenopausa, i benefici degli inibitori dell'aromatasi in questa categoria di soggetti rimangono ancora poco noti. Comunque il loro impiego in associazione alla soppressione ovarica in donne con tumore mammario avanzato in premenopausa ha portato ad una riduzione addizionale del 76% degli estrogeni circolanti rispetto al tamoxifene. Questa riduzione potrebbe incrementare l'efficacia del trattamento, di qui la necessità di verificare gli inibitori dell'aromatasi nelle donne in premenopausa con tumore mammario iniziale. È un trattamento i cui effetti collaterali a lungo termine non sono ancora completamente noti, ma c'è sicuramente un aumentato rischio di osteoporosi e/o fratture. Questo suggerisce uno stretto monitoraggio della perdita di massa ossea e l'importanza di considerare la possibilità di utilizzare dei trattamenti protettivi per l'osso in concomitanza agli inibitori dell'aromatasi.

Allo stato attuale non ci sono studi a lungo termine che abbiano come end-point primario la frattura, fattore più rilevante ai fini clinici.

Trattamento osteoporosi in donne in postmenopausa con tumore mammario

La terapia estrogeno sostitutiva, trattamento ideale nei soggetti in menopausa precoce, è generalmente controindicata nelle donne con tumore mammario.

Inoltre, come già detto, sia per i trattamenti a cui sono sottoposte sia per la menopausa prematura indotta dalla chemioterapia o dall'uso di analoghi GnRH si rende necessaria una valutazione particolarmente attenta del rischio di osteoporosi.



Alcuni studi hanno valutato l'effetto di alcuni bisfosfonati risedronato, clodronato e acido zoledronico versus placebo in donne con menopausa indotta da chemioterapia o LHRH agonistici, riportando un effetto positivo sul BMD di questi soggetti (Delmas 2002; Saarto e coll 1997; Gnant e coll 2002; Powles e coll 1998). Le linee guida dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) sull'impiego dei bisfosfonati identificano le donne con tumore mammario che ricevano inibitori dell'aromatasi come soggetti ad alto rischio di osteoporosi e racco-

mandano la valutazione basale del BMD e conseguentemente le strategie di intervento terapeutico saranno guidate dal risultato. Sulla base di recenti studi e trial clinici in corso i bisfosfonati potranno diventare un trattamento standard delle donne con uno stadio precoce di tumore mammario (Hillner e coll 2003).

Inoltre emergenti evidenze suggeriscono proprietà antitumorali e antimetastatiche dell'acido zoledronico come l'inibizione dell'angiogenesi, dell'invasività delle cellule tumorali nell'osso; induzione dell'apoptosi e sinergia antitumo-

rale in associazione alla chemioterapia, immunomodulazione delle cellule T. Recentemente l'aggiunta di acido zoledronico alla terapia soppressiva ovarica con analogo più tamoxifene o inibitore dell'aromatasi comporterebbe un aumento della sopravvivenza libera da malattia in soggetti in premenopausa con tumore mammario iniziale (Gnant et al 2009).

In questi soggetti è necessario raccomandare fino dall'inizio una modificazione dello stile di vita come abolire il fumo, ridurre l'introito di caffè e alcol, svolgere un'attività fisica rego-

lare e supplementare la dieta con appropriate quantità di calcio e vitamina D. Comunque diversi studi epidemiologici hanno indicato che uomini con regimi alimentari ricchi di calcio potrebbero avere un aumentato rischio di forme più aggressive di cancro prostatico. I possibili effetti del calcio dopo terapia non sono tuttavia noti. I pazienti in terapia ormono-soppressiva sono ad alto rischio di osteoporosi ma non è chiaro se supplementi di vitamina D o calcio siano utili o dannosi in questi casi. È da ritenere prudente che i pazienti assumano una dieta contenente almeno 600 UI di vitamina D al giorno e che consumino una dose adeguata, ma non eccessiva (cioè non superiore a 1.200 mg/die) di calcio. Per quanto riguarda il raloxifene, un SERM per il trattamento dell'osteoporosi non ci sono allo stato attuale in Italia indicazioni per il suo utilizzo in soggetti con tumore mammario anche se studi recenti hanno mostrato una riduzione di incidenza di questa neoplasia (Vogel e coll 2006; Barret-Connors 2006).

I fitoestrogeni sono considerati un'alternativa naturale alla Hrt e sono disponibili in commercio come integratori naturali. Gli isoflavoni sono considerati dei possibili SERMs ma possiedono attività non ormonali che possono contribuire al loro effetto non farmacologico. Allo stato attuale l'assenza di studi controllati e controlli tecnici sull'estrazione e realizzazione dei preparati giustificano cautela nell'impiego nelle pazienti soprattutto dopo un pregresso tumore mammario (This e coll 2001; Harris e coll 2002).

► Segue

Per saperne di più

- Adami H-O, Persson I, Hoover R e coll. Risk of cancer in women receiving hormone replacement therapy. *Int J Cancer* 1989;44:833-9
- AA.VV. Gruppo di Studio Progetto Menopausa Italia: Epidemiologia della menopausa in Italia. In: *Ginecologia della Terza Età. Atti del V Convegno Nazionale SIGITE 2000*, CIC Ed. Int. Roma
- AA.VV. Menopausa precoce, a cura di C. Donati Sarti, G. Gilardi, M. Mincigrucci. 2000 Editeam s.a.s.
- Aebi S, Gelber S, Castiglione-Gertsch M, et al. Is chemotherapy alone adequate for young woman with oestrogen receptor positive breast cancer? *Lancet* 2000;355:1869-74
- The ATAC Trialists' Group. Ana-

- strozole alone or in combination with tamoxifen versus tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early breast cancer: first results of the ATAC randomised trial. *Lancet* 2002;359:2131-9
- The ATAC Trialists' Group. Anastrozole alone or in combination with tamoxifen versus tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early breast cancer: results of the ATAC (arimidex Tamoxifen Alone or in combination) trial efficacy and safety update analyses. *Cancer* 2003;98:1802-10
- Barret-Connor E., Mosca L., Collins P., Geiger M.J., Grady D et al. Effects of Raloxifene on cardiovascular events and breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 2006; 235 (23)
- Bjarnason N., Alexandersen P.,

- Christiansen C. Number of years since menopause: spontaneous bone loss in dependent but response to hormone replacement therapy is independent. *Bone* 2002;30:637-42
- Bines J., Oleske D.M., Cobleigh M.A.: Ovarian function in premenopausal women treated with adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol* 1996:14
- Boccardo F., Rubagotti A., Guglielmini P. et al Switching to Anastrozole versus continued tamoxifen treatment of early breast cancer Update results of the Italian tamoxifen anastrozole (ITA) *Ann Oncol* 2006; Jun 17; Suppl 1 7:10-14
- Booth M, Beral V, Smith P. e coll Risk factors for ovarian cancer: a case-control study *Br j Cancer* 1989;60:592-8
- Chapman JA, DiSaia PJ, Osann K,

- Roth PD, Gillotte DL, Berman ML. Estrogen replacement in surgical stage I and II endometrial cancer survivors. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(5):1195-200
- Coleman RE., Banks LM., Girgis SI et al Skeletal effects of exemestane on bone mineral density, bone biomarkers, and fracture incidence in postmenopausal women with early breast cancer participating in the Intergroup Exemestane Study (IES): a randomized controlled study *Oncol The Lancet* 2007; 8:119-27
- Coombes RC., Hall E., Gibson LJ et al A randomized trial of exemestane after two to three years of tamoxifen therapy in postmenopausal women with primary breast cancer. *N Engl J Med* 2004; 350:1081-92
- Cosman F. Selective estrogen-receptor modulators *Clin Geriatr*

- Med 2003; 19:371-9
- Cramer DW, Welch WR. Determinants of ovarian cancer risk. I. Reproductive experiences and family history. *J Natl Cancer Inst* 1985; 71:711-6
- Cuzick J. First results from the International Breast Cancer Intervention Study (Ibisi-1): a randomized prevention trial *Lancet* 2002;360:817-24
- Delmas PD. Treatment of postmenopausal osteoporosis. *Lancet* 2002; 359:2018-26
- Di Saia P.J. Are estrogens contraindicated in patients with gynecological cancer? *Int J Gynaec Obstet* 1991;1:1-7
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer. An overview of the randomised trials. *Lancet*

► Segue

Perché un servizio dedicato

Le conseguenze di una menopausa indotta precocemente possono essere di grande importanza per le donne che hanno avuto una patologia oncologica e il loro trattamento può presentare della problematica di ordine clinico e metabolico. La terapia estrogenica sostitutiva (con o senza progestinici associati) è il trattamento più adeguato per la sintomatologia climaterica e la prevenzione dei problemi legati ad una menopausa precoce. La scelta della terapia ormonale sostitutiva deve tener conto della patologia oncologica di base, mentre questa può essere appropriata per il controllo dei sintomi nelle pazienti con tumori non ormono-sensibili è controindicata in quel-

le con neoplasie ormono-dipendenti che richiederanno trattamenti alternativi di supporto per il controllo della sintomatologia climaterica. Nelle pazienti con tumori ormono-sensibili, la estrogeno terapia comporta infatti un rischio teorico di stimolare una recidiva della malattia, così come di contribuire ad un aumentato rischio di altre neoplasie correlate agli ormoni, con implicazioni diverse secondo il tipo di tumore.

Una corretta assistenza a queste pazienti si esplica attraverso un approccio multidisciplinare integrato che preveda l'intervento condiviso di diverse figure specialistiche (oncologo, ginecologo, endocrinologo, internista psicologo etc) e la realizzazione di un ambulatorio dedicato che fornisca un cana-

le preferenziale di accesso per un servizio che sappia affrontare globalmente le tematiche espresse e che cerchi di ridurre i disagi e di fornire risposte omogenee e il più possibile esaurienti.

Da un punto di vista organizzativo occorre facilitare il percorso assistenziale-diagnostico snellendo le procedure di accesso al servizio, evitando lunghe attese, concentrando i controlli e scegliendo una sede logisticamente adeguata che risulti alla donna come uno spazio "creato per lei", dove si parla di qualità di vita dopo il trattamento. Uno spazio che al contempo deve favorire la collaborazione tra il personale medico, per valutare ogni caso nella sua complessità e specificità e definire una strategia di intervento, applicare protocolli

specifici, attività di ricerca clinica applicata ed eventuale influenza delle linee guida sull'argomento. La corretta valutazione, informazione e discussione della terapia con la donna ci permette di:

- valutare le conseguenze a livello ginecologico/riproduttivo, psicologico delle terapie adiuvanti e individuare percorsi terapeutici per la prevenzione e soluzione di problematiche cliniche attuali e future
- valutare l'uso di Hrt per migliorare la qualità della vita, là dove non è controindicata, senza esclusione a priori per un "generico rischio di patologia tumorale" o la possibilità di impiego di trattamenti terapeutici alternativi
- valutare la necessità di una consulenza psicologica e/o

sessuologica

- rivolgere una particolare attenzione alla prevenzione e trattamento della patologia osteoporotica in questi soggetti nei quali la cessazione precoce della capacità riproduttiva e/o la conseguenza dei trattamenti possono avere un effetto negativo sul bilancio del metabolismo osseo.

La creazione di questi spazi appositi potrebbe stabilire un importante momento di consultazione sulle conseguenze della malattia tumorale per il singolo individuo e per la coppia. L'ambulatorio di menopausa dedicato diventa un luogo ideale per la valutazione di problematiche emergenti legate ai trattamenti della patologia oncologica e alla menopausa precoce che ne consegue. **Y**

1998;351:1451-67

- Eastell R. Effect of anastrozole of bone mineral density: 2 years results of the Arimidex (Anastrozole) Tamoxifen Alone or in combination (ATAC) trial. Minneapolis, MN:25th American Society for Bone and Mineral Research Annual Meeting 2003
- Fisher B., Costantino JP, Wickerham DL. Et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study J Natl Cancer Inst 1998;90:1371-88
- Garg PP, Kerlikowske K, Subak L e coll. Hormone replacement therapy and the risk of epithelial ovarian carcinoma: a meta-analysis Obstet Gynecol 1998;92:472-9
- Gnant M., Hausmaninger H., Samonigg H., Mineritsch B., Taucher S et al. Changes in bone mineral density caused by anastrozole or tamoxifen in combination with goserilin(+/- zoledronate) as adjuvant treatment for hormone receptor-positive premenopausal breast cancer: results of a randomized multicenter trial Breast Cancer Res Treat 2002;76(Suppl 1):S31study in premenopausal breast cancer patients J Clin Oncol 1997; 15:1341-7
- Gnant M, Mlineritsch B, Schipfinger W., et al. Endocrine therapy plus zoledronate acid in premenopausal breast cancer. N Engl J Med 2009;360:679-91
- Goldrhrish A, Glick JH, Gelber RD, et al. Meeting Highlights: International Consensus Panel on the treatment of primary breast cancer. J Clin Oncol 2001;19:3817-27
- Goodwin P.J., Ennis M., Pritchard K.I. e coll. Risk of menopause during the first year after breast cancer diagnosis. J Clin Oncol 1999;17
- Goss PE., Ingle J.N., Martino S et al A randomized trial of letrozole in postmenopausal women after five years of tamoxifen therapy for early-stage breast cancer. N Engl J Med 2003;349:1793-1802
- Guidozi F e Daponte A. Estrogen replacement therapy for ovarian carcinoma survivors – A randomized controlled trial Cancer 1999; 86:1013-18
- Harris R,Whittemore AS e Itnyre J Characteristics relating to ovarian cancer risk: collaborative analysis of 12 US case-control studies. III . Epithelial tumors of low malignant potential in white women Am J Epidemiol 1992;136:1204-11
- Harris PF, Remington PL, Trentham-Dietz A, et al. Prevalence and treatment of menopausal symptoms among breast cancer survivors. J Pain Symptoms Manage 2002;23:5019
- Hartge P, Hoover R, Shiffman MH e coll. A case-control study of epithelial ovarian cancer. Am J Obstet Gynecol 1989;161:10
- Hempling RE, Wong C, Piver MS e coll. Hormone replacement therapy as a risk factor for epithelial ovarian cancer: results of a case-control study. Obstet Gynecol 1997; 89:1012-6
- Hildreth NG, Kelsey JL, Li Volsi VA e coll. An epidemiologic study of epithelial carcinoma of the ovary. Am J Epidemiol 1981;114:398-405
- Hillner BE Ingle JN, Chlebowski RT et al American Society of Clinical Oncology 2003 up-date on the role of bisphosphonates and bone health issues in women with breast cancer J Clin Oncol 2003;21:4042-4057
- La Vecchia C, Liberati A, Franceschi S Noncontraceptive estrogen use and the occurrence of ovarian cancer J Natl Cancer Inst 1982;69:1207
- Lin K, Runowicz CD. The wisdom of hormone-replacement therapy in survivors of ovarian and endometrial cancer. Surg Clin North Am 2001;81(4):987-93
- Kaufman DW, Kelly IP, Welch WR e coll. Noncontraceptive estrogen use and epithelial ovarian cancer Am J Epidemiol 1989;130(6):1142-51
- Kaufmann M., Jonat W., Blamey R et al Survival analyses from ZEBRA study. Goserilin(Zoladex) versus CMF in premenopausal women with node-positive breast cancer Eur J Cancer 2003;39(12):1711-7
- Klijn JGM Beex LVAM, Mauriac L, at al. Combined treatment with buserelin and tamoxifen in premenopausal metastatic breast cancer: a randomized study. J Natl Cancer Inst 2000; 92: 903-11
- Locker e Eastell R. The time course of bone fractures observed in the ATAC (Arimedex, tamoxifen, Alone o in combination) trial. Proc Am Soc Clin Oncol 203;22:25
- Madsen B.L., Giudice L., Donaldson S.: Radiation-induced premature menopause:a misconception. Int J Radiol Oncol Biol Phys 1995:32
- Negri E, Tzonou A, Beral V e coll. Hormonal therapy for menopause and ovarian cancer in a collaborative re-analysis of European studies Int J Cancer 1999;80:848-51
- Persson I, Yuen J, Bergkvist L e coll. Cancer incidence and mortality in women receiving estrogen and estrogen-progestin replacement therapy. Long-term follow-up of a swedish cohort. Int J Cancer 1996;67: 327-32
- Petitti DB, Perlman JA e Sidney S. Noncontraceptive estrogens and mortality: a long-term follow-up of women in the Walnut Creek Study Obstet Gynecol 1987;70: 289-93
- Ploch E. Hormonal replacement therapy in patients after cervical cancer treatment. Gynecol oncol; 1987; 26:169-177
- Powles Tj, Hickish T., Kanis JA et al Effect of tamoxifen on bone mineral density measured by dual energy X ray absorptiometry in healthy premenopausal and postmenopausal women. J Clin Oncol 1996;14:78-84
- Powles Tj., Mc Closkey E., Ashley S., Tidy VA et al. Oral clodronate and reduction in loss of bone mineral density in women with operable primary breast cancer. J Natl Cancer Inst 1998;90:704-8
- Risch HA. Estrogen replacement therapy and risk of epithelial ovarian cancer Gynecol Oncol 1996; 63: 254-7
- Rodriguez C, Calle EE, Coates RJ e coll. Estrogen replacement therapy and fatal ovarian cancer and fatal ovarian cancer Am J Epidemiol 1995: 141:828-35
- Rodriguez C, Patel AV, Calle EE e coll. Estrogen replacement therapy and ovarian cancer risk mortality in a large prospective study of US women JAMA 2001;285: 1460-65
- Saarto T, Blomqvist C, Valimaki M, Makela P, Sarna S, Elomaa I. Chemical castration by adjuvant cyclophosphamide, methotrexate and fluoracil chemotherapy causes rapid bone loss that is reduced by clodronate: a randomized study in premenopausal breast cancer patients J Clin Oncol 1997;15:1341-7
- Sainsbury R., on behalf of the ATAC trialists group. Beneficial side effect profile of anastrozole compared with tamoxifene confirmed by additional 7 months of exposure data: a safety update from the Arimidex, Tamoxifen, Alone or in combination(ATAC) trial. Breast Cancer Res Treat 2002;76 (suppl 1):S156
- Schairer C, Adami HO, Hoover R e coll. Cause-specific mortality in women receiving hormone replacement therapy Epidemiologic 1997;8:59-65
- Sideli C. MIRF Aspetti clinici e socio-assistenziali Menopausa e terza età up to date l'esperienza italiana 2004:27-40
- Sismondi P, Biglia N, Roagna R, Cozzarella M, Sgro L, Ujcic E. Actis Dato F Tibolone e mammella in: Il benessere della terza età Chiantera A, Colacurci N. Eds Atti del VI Congresso Nazionale S.I.G.I.T.E Napoli 3-6 ottobre 2002. CIC Edizioni Internazionali Roma 2002:123-9
- Suriano KA, McHale M, McLaren CE, Li KT, Re A, DiSaia PJ. Estrogen replacement therapy in endometrial cancer patients: a matched control study. Obstet Gynecol 2001;97(4):555-60.
- This P., De La Rochefordiere A., Clough K., et al. Breast Cancer Group of the Institut Curie Phytoestrogens after breast cancer Endocr Relat Cancer 2001;8:129-34
- Ursic-Vrscaj M, Bebar S, Zakelj MP e coll. Hormone replacement therapy after invasive ovarian serous cystoadenocarcinoma treatment: the effect on survival Menopause 2001;8:70-75
- Valagussa P., Moliterni A., Zambetti M. e coll. Long term sequela e from adjuvant chemotherapy. Cancer Res 1993:127
- Vogel VG., Costantino JP, Wickerham DL et al. Effects of Tamoxifene vs Raloxifene on the risk of developing invasive breast cancer and other disease outcomes. The NSABP Study of Tamoxifene and raloxifene (STAR) P-2 trial. JAMA 2006 June; 299 (23)
- Wallace WH. The radiosensitivity of the human oocyte. Hum Reprod 1993:18(1)
- Weiss NS, Lyon JL, Krishnamurthy S e coll. Noncontraceptive estrogen use and the occurrence of ovarian cancer. J Natl Cancer Inst 1982;68: 95-6
- Whittemore AS, Harris R, Itnyre J and the Collaborative Ovarian Cancer Group.Characteristics relating to ovarian cancer risk: collaborative analysis of 12 US case-control studies I . The pathogenesis of epithelial ovarian cancer. Am J Epidemiol 1992;136: 1212-20
- Whittemore AS, Harris R, Itnyre J and the Collaborative Ovarian Cancer Group E coll. Characteristics relating to ovarian cancer risk: collaborative analysis of 12 US case-control studies. II . Invasive epithelial ovarian cancers in White women. Am J Epidemiol 1992;136: 1184-203
- Wren B.G. Hormonal therapy following female genital tract cancer. Int J Gynaecol Cancer 1994;4: 217-24
- Ylikorkala O, Metsa-Heikkila M. Hormone replacement therapy in women with a history of breast cancer. Gynecol Endocrinol 2002;16:469-78

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



L'addio

Con tutta probabilità lascerò la professione a breve, essendo ormai prossimo ai quarant'anni di anzianità (prima che mi rottamino, provvedo io a farlo...).

Ma il motivo più forte che mi spinge a lasciare è che non vedo la luce alla fine del tunnel. E pensare che per carattere sono un'ottimista!

Ho sempre fatto il medico pubblico (attività privata quasi zero), con sacrifici notevoli (venticinque anni di turni in una divisione di ostetrica "che tirava"), senza alcuna gratificazione, né economica né di carriera. Sono rimasto più o meno lì da dove son partito, malgrado due specializzazioni e un master di perfezionamento. E poi un bel giorno mi è stato detto che ciò che facevo era praticamente inutile (visto che la Divisione in cui operavo è stata chiusa il 30 novembre 2003).

Coerente con la difesa che ne avevo sempre fatto, mi sono "salvato" perché, con intuito provvidenziale, avendo capito come sarebbe finita, ero già con un piede sul territorio. E così da

Ho sempre fatto il medico pubblico (attività privata quasi zero), con sacrifici notevoli: venticinque anni di turni in una divisione di ostetrica "che tirava", senza alcuna gratificazione, né economica né di carriera



allora opero su tre consultori per cinque giorni alla settimana, con tre rientri pomeridiani (chi altri lo fa in Italia?), proprio per garantire l'accesso sui tre paesi alle donne che non possono al mattino per motivi di lavoro.

Al mio arrivo ho trovato tre strutture al minimo storico per la ginecologia. Convinto che, anche nell'arretrato e vilipeso Sud, i consultori pubblici potessero funzionare e che il servizio offerto si potesse contraddistinguere per

accoglienza, disponibilità e professionalità, li ho fatti rifiorire, con un netto aumento dell'utenza che tuttora cresce: in uno dei tre siamo già a più di 1200 nuovi accessi dall'inizio dell'anno e mancano ancora due mesi alla fine!

Forte di quanto avevo fatto, nel 2005, all'inizio della cosiddetta "rivoluzione gentile" della nuova presidenza regionale di sinistra, scrissi al nuovo direttore generale di una Asl "raccoglieteci" (inventata per mere convenienze politiche e subito abortita per la creazione delle aziende provinciali): "Un dirigente - termine abusato quanto svuotato di ogni significato - dovrebbe almeno avere il diritto di essere ascoltato, non dico esaudito, nelle sue richieste. Che non sono, come spesso le capiterà di sentire, personali. Non ho mai chiesto né onori, né cariche. In venticinque anni di onorato servizio ospedaliero ho visto tanti ciucci andare avanti. Sorrido, ma di rabbia, al ricordo di quanto avvenne al tempo della parificazione aiuti-assistenti. Per non parlare dell'attribuzione degli incarichi (artt. 56-57), perpetrata in dispregio di qualsiasi preparazione e competenza. ... Vorrei solo essere ascoltato per problematiche attinenti al servizio. E alle sue carenze in termini di

sedi, personale e attrezzature. ... Vorrei solo essere nelle condizioni per lavorare meglio. Vorrei e potrei fare di più, ma mi mancano i mezzi". È amaro constatare che in questi cinque anni non ho avuto alcunché: almeno dalla precedente amministrazione di destra qualcosa avevamo ottenuto!

La delusione non risparmia neanche l'aspetto sindacale: il nostro sindacato stenta a decollare anche per la scarsa sensibilità di tanti colleghi, più interessati ai problemi spiccioli che ai grandi ideali. Non c'è spazio per un dialogo costruttivo quando i tanti piccoli interessi dei singoli hanno il sopravvento e le zuffe da pollaio tra gli stessi iscritti nelle singole divisioni sono la norma. C'è n'è e ne avanza per rovinarsi il fegato! Quanto dovrò campare ancora?

Preferisco allora dedicarmi a tutto quanto, con i ritmi sostenuti sinora, non son riuscito a fare. Ad iniziare dai miei figli, che, ormai grandi, non riescono a trovare un lavoro decente. Cui non sono in grado - e me nel dolgo - di dare una mano, non avendo avuto la possibilità, proprio per i miei impegni (cui si aggiungevano quelli di mia moglie, anche lei medico ospedaliero), di frequentare i salotti importanti...



AOGOI LOMBARDIA

Crescini riconfermato segretario regionale

Si è svolto a Bergamo il 27-28 novembre 2009 il VI congresso regionale Aogoi Lombardia che ha visto la partecipazione di circa seicento ginecologi e ostetriche provenienti da tutte le regioni italiane. Il congresso è stato articolato in due sessioni contemporanee,

una ostetrica e una ginecologica, con alcuni simposi satellite e due corsi pratici: uno sulla diagnostica isteroscopica e uno sulle urgenze ed emergenze in sala parto. L'assemblea dei soci Aogoi Lombardia ha riconfermato all'unanimità Claudio Crescini segretario regionale per il prossimo biennio.

Al segretario regionale vanno gli auguri e le felicitazioni del presidente Gianni Monni, del segretario nazionale Antonio Chiantera e del presidente Sigo Giorgio Vittori.



SIGO 2010

86 CONGRESSO SIGO 51 CONGRESSO AOGOI

DONNA OGGI: ESSERE E BENESSERE
LA MEDICINA AL SERVIZIO DELLA DONNA

Presidente: Prof. Nicola Natale

Triumph C&C - Via Lucilio, 60 - 00136 Roma Tel: +39 06 355301 - Fax: +39 06 35340213 sigo2010@gruppotriumph.it

Congressi convegni



ANNO 2010

MANAGEMENT DEGLI EFFETTI COLLATERALI DELL'ORMONOTERAPIA ADIUVANTE NEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA

Roma
30 gennaio
 Segreteria organizzatrice
 Ellesse Eventi Srl
 Via Ferdinando Liuzzi 23
 00194 Roma
 Tel. 06.36490488
 Fax 06.36382006
 info@ellesseeventi.it

CONVEGNO NAZIONALE CIOG - IL DOLORE PELVICO: DA SINTOMO AD ENTITÀ NOSOLOGICA

Milano
26 febbraio
 Segreteria organizzatrice
 A.O.G.O.I.
 Via G. Abamonti 1
 20129 Milano
 Tel. 02.29525380
 Fax: 02.29525521
 aogoi@aogoi.it

CORSO DI CHIRURGIA RADICALE ADDOMINO-PELVICA IN ONCOLOGIA GINECOLOGICA

Aviano (Pn)
15-18 marzo
 Segreteria organizzatrice
 Centro di Riferimento Oncologico
 Via Franco Gallini 2
 33081 Aviano
 Tel. 0434.659777
 Fax 0434.659439
 mariadandrea@cro.it

CONGRESSO REGIONALE A.O.G.O.I. EMILIA ROMAGNA

Modena
26-27 marzo
 Segreteria organizzatrice
 D.B. Srl
 Viale Alfeo Corassoli 70 - 41100
 Modena
 Tel. 059.342757
 Fax 059.342757
 segreteria@eziobergamini.it

ALLATTAMENTO MATERNO E OSPEDALI AMICI DEI BAMBINI: DIECI PASSI INSIEME PER LA QUALITÀ DEL PERCORSO NASCITA

Palermo 26-27 marzo
 Segreteria organizzatrice
 BGE Eventi e Congressi
 Via G. Bonanno 61 90143 Palermo
 Tel. 091.306887 Fax 091.6260945
 info@bgeventi.com

10° Corso 
Aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale

13 - 16 Maggio 2010
 Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

PATROGINI RICHIESTI

- | | | | |
|---------|---|-------|--|
| WAFM | World Association of Fetal Medicine | SEOG | Società Italiana di Scienze Ostetriche - Ginecologiche |
| IAPM | International Academy of Perinatal Medicine | SIMP | Società Italiana di Medicina Perinatale |
| EAPO | European Association of Perinatal Medicine | SIOG | Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia |
| SOCIETY | The Italian Society of Perinatal Medicine | SMOG | Società Medica Italiana per la Confezione e l'Assistenza |
| WED-UGG | Western European Obstetrics and Gynecology | AGITE | Associazione Ginecologi Terziari |



DIRETTORE DEL CORSO
 Giovanni Morici

PRESIDENTI DEL CORSO
 Antonio Chiavara
 Giovanni Morici
 Giovanni Ulla

SEGRETARIA SCIENTIFICA
 Servizio di Ginecologia e Ostetricia
 Diagnosi Prenatale e Preimpianto, Terapia Fetale
 Ospedale Regionale per la Microdonazione
 Via Jenner s/n - 09121 Cagliari
 Tel. 070.6285487 - Fax 070.6285374
 E-mail: ginecologia@ospedale.gov.it

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
 IMC Europe srl
 Via Trieste 93 - 09123 Cagliari
 Tel. 070.275470 - Fax 070.275500
 E-mail: imc@imceurope.eu
 E-mail: segreteria@imceurope.eu
 Internet: www.imceurope.eu

AOGOI
 Via G. Abamonti, 1
 20129 Milano
 Tel. 02.29525380
 Fax: 02.29525521
 E-mail: aogoi@aogoi.it

VIVERE CON L'ENDOMETRIOSI - POSSIAMO CURARLA INSIEME: MOLTI SPECIALISTI . . . UNA META

Verona 26-27 marzo
 Segreteria organizzatrice
 Ufficio Formazione - Ospedale
 Sacro Cuore Don Calabria
 Via Don A. Sembrenoni 5 - 37024
 Negrar (Vr)
 Tel. 045.6013208
 Fax 045.7500480
 ufficio.formazione@sacrocuore.it

CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Ascoli Piceno 19-22 aprile
 Segreteria organizzatrice
 Etrusca Convention
 Via Bonciario 6/D
 06123 Perugia
 Tel. 075.5722232
 Fax 075.5722232
 info@etruscaconventions.com

CONGRESSO DELLA SOCIETÀ 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

Chirurgia Sacro-Cuore - Don Calabria
 Sede Operativa di Ostetricia e Ginecologia
 Direttore: Dr. Luca Minelli

Vivere con l'Endometriosi
 Possiamo curarla insieme:
 molti specialisti... una meta

26-27 marzo 2010

PROGRAMMA PRELIMINARE

Palazzo della Gran Guardia
 Piazza Bra - Verona

Presidente del Congresso
 Luca Minelli

Con il supporto scientifico di 

Cari Colleghi, cari Pazienti,

da diversi anni l'U. O. di Ostetricia - Ginecologia dell'Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria" di Negrar si occupa delle diagnosi e della cura dell'Endometriosi Severa. Tale patologia colpisce un numero sempre maggiore di donne nel mondo. Le ultime stime dell'OMU parlano di 150 milioni di donne affette. L'endometriosi è una malattia complessa ed in quanto tale deve essere affrontata in modo multidisciplinare con fattivo coinvolgimento di più figure specialistiche.

Il trattamento, per lo più chirurgico, se individualizzato valutando il problema clinico nella sua interezza, devono essere presi in considerazione non solo la patologia (dolore pelvico, mestruo) ma anche l'infertilità, non trascurando mai l'impatto che la malattia e gli effetti del trattamento producono sulla qualità di vita della donna.

L'obiettivo di questo convegno è quello di approfondire gli aspetti più importanti di questa malattia mettendo a confronto le specifiche competenze dei più grandi esperti europei nel campo al fine di contribuire a completare le conoscenze e a migliorare il management clinico e sociale delle donne con l'endometriosi. Invitiamo quindi alla partecipazione tutti coloro che, per esperienza professionale (medici, biologi, psicologi, infermieri, infermieri o dietisti (pazienti o parenti), vogliono arricchire o condividere con gli altri le proprie esperienze legate a questa grave patologia sociale.

LUCA MINELLI
 Direttore Sede Operativa
 Ostetricia - Ginecologia
 Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"
 Negrar - Verona

PROGRAMMA

VENERDÌ 26 MARZO

09.00 Saluto delle Autorità

09.30 Apertura dei lavori
 L. Minelli

1ª Sessione

Valutazione preoperatoria dell'endometriosi profonda: tecniche di "imaging"

Moderatori: M. Scosca, Z. Tineff, G. Frerking

09.40 Ruolo del clima caldo nella valutazione dell'endometriosi profonda
 F. Minelli

09.55 Adrenali e risonanza magnetica
 E. Scosca

10.10 Diagnostica ecografica dell'endometriosi pelvica
 L. Minelli

10.25 Discussione

10.40 Lezione magistrale: Pathogenesis of Endometriosis and Adenomyosis
 G. Donceel

11.00 Coffee break

2ª Sessione

Endometriosi intestinale

Moderatori: G.G. Delaini, M. Faloni, A. Sencichelli, A. Chiavara

11.30 Indicazioni al trattamento chirurgico
 C.A. Sartor

11.45 Tecnica chirurgica di Minelli

12.00 Correlazioni of intestinal surgery
 A. Minelli

12.15 Sessione video: la nostra esperienza
 G. Frerking

12.30 Discussione

12.45 Lunch

3ª Sessione

Problematiche ginecologiche dell'endometriosi

Moderatori: A. Wuttke, M. Mazzanti, M. Frerking, F. Zullo

14.15 Non-sparing nella chirurgia dell'endometriosi profonda
 M. Gattuso

14.30 Deep Endometriosis: surgical techniques
 J. Kerkin

14.45 Endometriosi e sterilità
 G.A. La Sala

15.00 Endometriosi e fecondazione assistita
 L. Menaggio

15.15 Fertilità dopo intervento chirurgico per endometriosi profonda
 A. Paoletti

15.30 Qualità di vita dopo la chirurgia
 M. Zaccarelli

15.45 Endometriosi e rischio oncologico
 G. Frerking

16.00 Sistemi video: la nostra esperienza
 L. Minelli

16.15 Discussione

16.30 Coffee break

4ª Sessione

Endometriosi delle vie urinarie

Moderatori: B. Arslan, A. Paoletti, E. Zapp, G. Celini

16.45 Indicazioni alla chirurgia
 G. Minelli

17.00 Tecnica chirurgica
 G. Gattuso

17.15 Complicanze della chirurgia urinologica
 G. Gattuso

17.30 Sessione video: la nostra esperienza
 A. Minelli

17.45 Discussione

18.00 Fine dei lavori

SABATO 27 MARZO

5ª Sessione

Terapie non chirurgiche dell'endometriosi

Moderatori: G. Soria, P. Giorgio, C. Dioguardi, V. Tringolo

09.00 Dolore ed endometriosi
 G. Frerking

09.30 Terapie mediche
 F. Zullo

09.45 Terapia vasodilatativa
 Z. Tineff

10.00 Discussione

10.30 Coffee break

10.50 Terapie non convenzionali
 F. Zullo

11.30 Aspetti psicologici
 S. Zaccarelli

11.40 Tavola rotonda aperta al pubblico:
 Medici, pazienti e assistenti
 esperienze e confronto

13.00 Gastrotrattato BOM e chiusura dei lavori

SEGRETARIA SCIENTIFICA

Paoletti Pasquale, Minelli Scosca, Minelli Scosca
 Sede Operativa di Ostetricia e Ginecologia
 Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

Ufficio Formazione
 Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"
 Via Don A. Sembrenoni, 5 - 37024 Negrar - Verona
 Tel. 045.6013208 - Fax 045.7500480
 Ufficio.formazione@sacrocuore.it
 www.etruscaconventions.com

Ricomponi l'equilibrio intestinale

© 2009 by Lingo med



INTEGRATORE ALIMENTARE PROBIOTICO
con **50 miliardi di lattobacilli vivi**
e vitamine

sapore
vaniglia

 **sigma-tau** s.p.a.
industrie farmaceutiche riunite