

28-31 ottobre 2009
Bari - Fiera del Levante
Congresso nazionale Sigo-Agoi

**Emozione
donna
tra luci
ed ombre**

Sacconi presenta la Relazione 2009

LEGGE 194

Allarme donne immigrate

Mentre continuano a calare le lvg di donne italiane il tasso di abortività delle immigrate è di 3 - 4 volte superiore. Anche per questo il sottosegretario Roccella, nel sottolineare che la legge funziona e non c'è bisogno di modifiche, ha ribadito con forza che si deve sviluppare la parte dedicata alla prevenzione

■ **Congresso 2009**
Caliamo la ginecologia
nella società
di Vito Trojano

■ **Le nostre proposte**
Consultori,
è ora di cambiare
di Antonio Chiantera

■ **Fazio a tutto campo**
Intervista al vice ministro della
Salute. "Ssn? Non c'è sistema
migliore"

■ **Le giornate di Villasimius**
Cabero Roura (past vice president
della Figo): "Con un buon screening
prenatale meno TC"

7
2009



FRAGMIN: PIÙ DI 20 ANNI DI ESPERIENZA CLINICA¹



Chirurgia ortopedica



Chirurgia generale



Chirurgia ginecologica



Chirurgia urologica



Chirurgia oncologica



Terapia TVP



Emodialisi-emofiltrazione



Sindrome coronarica acuta (NSTE)



Embolia polmonare



PROFILASSI PROLUNGATA IN CHIRURGIA ORTOPEDICA²



FACILITÀ D'IMPIEGO



SICUREZZA

PER LE INDICAZIONI, CONTROINDICAZIONI E AVVERTENZE VEDI RCP DI PRODOTTO



Fragmin[®]
dalteparina sodica

Depositato presso AIFA in data 17/07/2008

Editoriale

Legge 194. Una legge finalmente condivisa

Il calo costante e progressivo delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne italiane è ancora una volta confermato dalla Relazione annuale predisposta, quest'anno, dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi e inviata al Parlamento il 29 luglio scorso.

Trova conferma, tuttavia, anche l'altra tendenza, già segnalata nelle due precedenti relazioni a cura dell'ex ministro Livia Turco: quella dell'aumento degli aborti tra le cittadine straniere residenti nel nostro Paese. Ormai un aborto su tre è effettuato da donne non italiane. Una realtà che richiede evidentemente approcci nuovi per una piena applicazione della legge 194 che, non dimentichiamolo, depenalizza le Ivg ma soprattutto nasce per promuovere una maternità responsabile attraverso adeguati sostegni di natura assistenziale, sanitaria ed anche sociale. Siamo certi che questa parte della legge sia sempre compiutamente attuata? A leggere la Relazione di quest'anno, il panorama appare a macchia di leopardo, con aree del Paese dove occuparsi di maternità e sostegno alle donne in attesa di un figlio non sembra ancora essere una priorità irrinunciabile per ogni servizio sanitario.

Di contro, i segnali di un maggiore impegno ci sono e la conferma più eclatante è il calo costante e massiccio (di oltre il 45% dal 1982 ad oggi) del numero di aborti effettuati ogni anno.

Ma, appunto, c'è ancora molto da fare. Sia per incrementare le azioni di prevenzione di gravidanze indesiderate, sia per sostenere con mezzi e impegni adeguati chi un figlio lo vuole ma ha timore di non essere in grado di sostenerne gli oneri, sia per garantire che le Ivg siano effettuate in ambiti e con modalità sempre all'altezza dei bisogni della donna.

Voglio però concludere queste brevi riflessioni con una nota di ottimismo. Dopo anni di polemiche furiose, spesso troppo ideologizzate, sulla 194, dobbiamo constatare con piacere che il riconoscimento della sua validità può essere ormai considerato pressoché univoco. Le affermazioni in tal senso dello stesso Sacconi, ma anche della sottosegretaria Roccella, ne costituiscono una indubbia testimonianza e penso archivino di fatto quella stagione di veleni e anatemi reciproci che non ha portato ad alcun beneficio per la salute della donna e per una effettiva tutela della maternità.

Non possiamo che esserne lieti, augurandoci che questo rinnovato clima di condivisione sui meriti della 194 possa tradursi in una sua sempre migliore applicazione in tutti gli ambiti di intervento da essa contemplati.

Giovanni Monni
Presidente AOGOI



www.donna-aogoi.it

GYNCOLETTER AOGOI
Per ricevere la newsletter elettronica potete inviare una mail dal vostro indirizzo di posta a gyncoletter@hcom.it specificando nell'oggetto "GYNCOLETTER SÌ"

Indice numero 7-2009

- In evidenza**
- 5 Congresso nazionale 85°Sigo-50°Aogoi:**
Bari, 28-31 ottobre 2009
Il programma aggiornato e la lettera dei presidenti Schönauer e Trojano
 - 6 "Caliamo la ginecologia nella società"**
di Vito Trojano
 - 7 Consultori, è ora di cambiare**
di Antonio Chiantera

- Primo piano**
- 8 L'INTERVISTA "Non c'è sistema migliore"**
Intervista al viceministro della Salute Ferruccio Fazio (dall'incontro promosso da Margherita De Bac)
A cura di Lucia Conti ed Ester Maragò
 - 10 RICERCA FIASO - CER GAS**
Integrazione e continuità: c'è ancora tanto da fare
 - 11 DPEF 2010-2013**
Spesa sanitaria: rischio "boom" nel 2013
di Luciano Fassari
 - 12 OCSE - HEALTH DATA 2009**
Ocse: la spesa italiana nella media
di Lucia Conti
 - 13 Aiuti sanitari: l'emergenza non basta**
di Antonino Michienzi
 - 14 ENCICLICA "CARITAS IN VERITATE"**
La tecnica sia usata in modo etico, non contro la vita
di Stefano Simoni
 - 15 BOLLINI ROSA 2009**
Qui la donna è al centro della cura
di Ester Maragò

- Professione**
- 16 "TROPPI CESAREI? PARLIAMONE"**
Non sempre le ragioni sono bioeticamente accettabili
Intervista a Luis Cabero Roura di Arianna Alberti
 - 18 RELAZIONE SULLA L. 194/78**
Ivg: diminuiscono tra le italiane, ma aumentano tra le immigrate
di Lucia Conti
 - 20 RU486**
L'Aifa dice sì. Ecco tutti i documenti
 - 21 CONSENSO INFORMATO**
In attesa di una legge
di Vania Cirese
 - 23 La responsabilità del medico nella prescrizione farmacologica**
di Pier Francesco Tropea
 - 24 AGITE**
Per rilanciare il valore delle nostre competenze
di Maurizio Orlandella
 - 25 Addio a Ugo Montemagno**
 - 26 Operazione trasparenza sulle retribuzioni dei dirigenti**
di Carmine Gigli

- Rubriche**
- 28 Fatti & Disfatti 29 Libri 30 Congressi**

G Y N E C O
AOGOI

NUMERO 7 - 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: gyncoaoogoi@hcom.it
Pubblicità
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

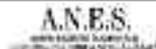
Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Anno: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 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: settembre 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

SIGO 2009

85° congresso nazionale SIGO
50° congresso nazionale AOGOI

TEMI CONGRESSUALI

- Essere Donna: l'evolversi delle emozioni dalla pubertà alla adolescenza - dall'età fertile alla menopausa
- La diagnosi prenatale: nuovi orizzonti e psicologia di coppia
- Le banche staminali: attualità e prospettive
- Clinica e psicologia della paziente endometriosica
- L'incontinenza urinaria: aspetti clinici terapeutici e psicologici
- La chirurgia plastica ed estetica nelle varie età della donna: stati emozionali
- Prevenzione, screening e vaccinazione HPV: stato dell'arte
- Dalla chirurgia della radicalità alla modulazione della stessa nell'interesse clinico, psicologico e di qualità di vita della donna
- Flussi migratori: vecchie e nuove patologie
- L'integrazione fra medicina di base, medicina territoriale e medicina ospedaliera nella gestione emozionale e clinica del percorso Donna
- Formazione, aggiornamento e qualificazione del ginecologo oggi
- La Responsabilità Professionale: nuovo stato dell'arte e tutela del ginecologo da parte delle Associazioni
- L'importanza della comunicazione medico-ostetrica: "shock comunicativo"

EMOZIONE DONNA TRA LUCI ED OMBRE

Carissimi Colleghi,

È un grande piacere e motivo di orgoglio invitarvi all'85° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia ed al 50° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia Ospedaliera che si terranno a Bari dal 29 ottobre al 1 novembre 2009.

Sono trascorsi 29 anni da quando il Professor Giorgio Cognazzo presiedette il Congresso SIGO a Bari nel 1980. I temi discussi, innovativi per quei tempi, riguardavano specificamente l'oncologia e l'uroginecologia, fulcro importante di ricerca della nostra scuola barese e che ancora oggi sono argomenti di studio e di confronto.

I percorsi diagnostici e terapeutici, tradizionali ed innovativi, che verranno trattati alla luce delle nuove acquisizioni in campo oncologico, di medicina prenatale, di infettivologia, di uroginecologia, di ostetricia e di infertilità dovranno confrontarsi sempre, nel rispetto della patologia affrontata, con la sfera emotiva della paziente.

Le emozioni riassumono la complessità dello stato psico-fisico di ogni soggetto. Questo stato d'animo interviene, con un ruolo più o meno rilevante, nei processi di selezione ed archiviazione degli avvenimenti ritenuti "di valore".

In ginecologia ed ostetricia la salute dell'apparato riproduttivo femminile è legata a doppio filo con il benessere emotivo. Un numero sempre crescente di studi dimostra, infatti, che l'attenzione al vissuto emotivo è la vera chiave per guarire e, spesso, per non ammalarsi.

Bari è la seconda città del mezzogiorno continentale dopo Napoli e nona in Italia per numero di abitanti. È nota per essere la città nella quale riposano le reliquie di San Nicola, tale privilegio ha reso Bari e la sua Basilica uno dei maggiori centri prediletti dall'ortodossia in Italia.

Nella parte antica della città si trovano notevoli monumenti, tra cui la cattedrale di San Sabino (1170-1178) con la sua bellissima Cripta, nei cui archivi è conservato un celebre Exultet (codice miniato) databile attorno al 1025, il celebre castello Normanno-Svevo fatto edificare da Federico II di Svevia, il Fortino di Sant'Antonio Abate (XIV secolo) ed il famoso Teatro Petruzzelli, da poco ristrutturato.

La città ha una solida tradizione mercantile e da sempre è punto nevralgico nell'ambito del commercio e dei contatti politico-culturali con l'Est europeo, consolidati grazie all'importante rassegna della Fiera del Levante nata nel 1930 e più recentemente dalla sede del segretariato per il Corridoio trans-europeo.

Da non trascurare i percorsi pedonali che da Piazza del Ferrarese portano, attraverso l'antica Piazza Mercantile, all'intrigo di vicoli della città vecchia, con i suoi profumi e gli scorci di improvvisa bellezza, e la suggestiva passeggiata lungo la Muraglia.

Di particolare interesse anche il territorio circostante ricco di fascino naturalistico oltre che di interesse storico, come la Valle d'Itria a Sud e la Murgia Barese a Nord.

Con l'augurio che i temi congressuali scelti, approfonditi senz'altro con la collaborazione delle vostre ricerche e dei vostri studi, siano per tutti noi di grande interesse, Vi aspettiamo numerosi e siamo certi che a Bari ci ritroveremo insieme vecchi e nuovi amici, uniti nella profonda stima ed amicizia che da sempre hanno contraddistinto la ginecologia italiana.

Sergio Schönauer

Vito Trojano

EMOZIONE DONNA TRA LUCI ED OMBRE

28-31 OTTOBRE 2009
BARI - FIERA DEL LEVANTE

Triumph C.A.C.

Via Lucilio, 60 - 00136 Roma
Tel: +39 06 355301 - Fax: +39 06 35340213
sigo2009@gruppotriumph.it

www.sigo2009.it

Presidenti: Sergio Schönauer, Vito Trojano

Presidenti Onorari: Dorothy Shaw, Gamal Serour, Peter Hornnes, Giovanni Monni, Giorgio Vittori



SIGO
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

AOGOI
ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Programma

28 - 31 OTTOBRE 2009 BARI - FIERA DEL LEVANTE

Mercoledì 28	AUDITORIUM	SALA ACERO	SALA OLMO	SALA LECCIO	SALA BIANCOSPINO	SALA ALLORO	SALA MIRTO
9.00-16.00		CORSO PRECONGRESSUALE ■ HPV e patologie correlate: prevenzione, diagnosi e trattamento	CORSO PRECONGRESSUALE ■ Office Hysteroscopy e Laparoscopia in sicurezza: accesso e suture	CORSO PRECONGRESSUALE ■ Percorsi preventivi e diagnostici di primo livello nella infertilità di coppia	CORSO PRECONGRESSUALE ■ L'umanizzazione del parto: l'analgesia, un incontro tra Oriente e Occidente	CORSO PRECONGRESSUALE ■ La gestione delle complicanze intraoperatorie in chirurgia ginecologica	CORSO PRECONGRESSUALE ■ Ecografia di base office sonography
19.00	INAUGURAZIONE						
Giovedì 29	AUDITORIUM	SALA ACERO	SALA OLMO	SALA LECCIO	SALA BIANCOSPINO	SALA ALLORO	SALA MIRTO
8.30-11.00	■ Radicalità chirurgica in oncologia ginecologica e sua modulazione: cervice uterina	■ Live Surgery 8.30-11.30	■ Ecografia nelle malformazioni fetali I sessione 8.30-11.30	■ Il ginecologo europeo e il suo percorso formativo 8.30-11.30	■ Benessere ed emozioni dalla pubertà all'adolescenza	■ La chirurgia ginecologica mininvasiva: la via isteroscopica: I sessione	■ Le linee guida A.O.G.O.I.
11.30-13.30	■ Radicalità chirurgica in oncologia ginecologica e sua modulazione: endometrio	■ Simposio CIOG - La ginecologia all'inizio del terzo millennio 12.00-13.30	■ Ecografia nelle malformazioni fetali II sessione	■ Tavola rotonda FIGO ■ Simposio Bayer 12.30-13.30	■ Benessere ed emozioni dall'età fertile alla menopausa	■ La chirurgia ginecologica mininvasiva: la via isteroscopica: II sessione	■ Comunicazioni
15.00-17.00	■ Radicalità chirurgica in oncologia ginecologica e sua modulazione: ovaio	■ Lo stato dell'arte in senologia 15.00-17.30	■ Gravidanza a rischio I sessione 15.00-17.30	■ Le cellule staminali: tra clinica, etica e legislazione	■ Simposio SIGITE Aging e menopausa: 15.00-17.30	■ La chirurgia ginecologica mininvasiva: la via laparoscopica - I sessione - II sessione 17.15 - 18.30	■ Comunicazioni
17.00-19.30	■ Cancro e femminilità	■ Simposio ESBE - Società europea di ecografia mammaria 17.30-19.30	■ Gravidanza a rischio II sessione 17.30-19.30	■ Simposio AGITE - Mst: dalla diagnosi alle strategie preventive 17.00-18.30	■ Benessere ed emozioni dalla menopausa alla terza età: 17.30-19.30	■ La chirurgia ginecologica mininvasiva: la via vaginale 18.30 - 19.30	■ Comunicazioni ■ Comunicazioni
Venerdì 30	AUDITORIUM	SALA ACERO	SALA OLMO	SALA LECCIO	SALA BIANCOSPINO	SALA ALLORO	SALA MIRTO
8.30-11.00	■ Tavola rotonda: La realtà sanitaria pugliese, importante e strategico riferimento italiano nella sanità del mediterraneo	■ Live Surgery	■ La prevenzione del carcinoma della cervice 8.30-10.30	■ Le disfunzioni del pavimento pelvico	■ Nuovi orizzonti e realtà nell'espletamento del parto oggi	■ Patologia vulvare: tra clinica ed estetica I sessione	■ Comunicazioni
11.30-13.30		■ Live Surgery	■ Tavola rotonda Screening Hpv nelle varie regioni italiane	■ Urge urinary incontinence: diagnosi e terapia	■ Parto Cesareo: attuali problematiche	■ Patologia vulvare: tra clinica ed estetica II sessione	■ Comunicazioni
15.00-16.30	■ La responsabilità professionale: nuovi orientamenti giuridico-legislativi	■ Simposio SIOG	■ L'importanza della comunicazione: "shock comunicativo" 14.30-16.30	■ Integrazione della medicina di base, medicina territoriale e medicina ospedaliera nella gestione emozionale e clinica del percorso donna	■ IVG: attuali problematiche	■ La chirurgia plastica ed estetica nelle varie età della donna: stati emozionali	■ Comunicazioni
17.00-18.30	■ Assemblea AOGOI						
18.30-19.30	■ Assemblea SIGO						
Sabato 31	AUDITORIUM	SALA ACERO	SALA OLMO	SALA LECCIO	SALA BIANCOSPINO	SALA ALLORO	SALA MIRTO
8.30-11.00	■ Flussi migratori e gravidanza	■ Il dolore pelvico Tavola rotonda: proposte politiche per l'istituzione di centri di diagnosi e cura dell'endometriosi	■ Simposio OGASH - SIGO per organizzazione gestosi e Ogash celebrazione per il 40° anniversario og 8.30-10.45 ■ Simposio AOGOI - Fondazione Lorenzini: protezione della salute della donna nei confronti delle malattie croniche non comunicabili 11.00-13.00	■ Simposio SIGIP - la citologia endometriale: una nuova frontiera 8.30-10.00 ■ Simposio Avantgarde - DHA in gravidanza: aspetti biochimici, farmacologici e clinici 10.00-11.00 ■ Simposio FNCO - l'ostetrica/o e la comunicazione 11.00-13.00	■ La sanità militare per la salute delle donne 8.30-10.30 ■ Simposio SICPCV - diagnosi precoce della neoplasia cervicale 10.30-11.45 ■ Simposio SICPCV - prevenzione primaria del cervico - carcinoma 11.45-13.00	■ Sterilità e infertilità Pma: tra clinica, etica e legislazione 8.30-11.30 ■ Tavola rotonda Lo stato dell'arte della Pma in Italia alla luce della più recente giurisprudenza 11.30-13.00	■ Progetto libro bianco AOGOI-SIGO 8.30-10.30 ■ Simposio SIDIP 10.30-11.45 ■ Simposio SCCL 11.45-13.00
11.15-13.00	■ Violenza sulle donne						SALA SAMBUCCO ■ Comunicazioni 8.30-13.00
13.00	CHIUSURA DEL CONGRESSO						

85° Congresso Nazionale SIGO-50° Congresso Nazionale AOGOI

Caliamo la ginecologia nella società

di Vito Trojano

Finalmente ci siamo. L'85° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia e il 50° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia Ospedaliera è alle porte. A ospitarlo sarà Bari, una delle porte italiane sul Mediterraneo e sull'est Europa. È tempo di nuovi progetti e nuovi messaggi. Se per un verso il prossimo Congresso avrà come sottofondo il tema delle emozioni, la cifra più intima che riassume la complessità dello stato psico-fisico di ogni soggetto, dall'altro dovranno essere altri i semi che, piantati a Bari, dovranno rinvigorire la ginecologia italiana. Mettiamo a frutto il contesto quanto mai favorevole in cui ci troviamo a operare. Mai come oggi, le aule del Parlamento sono state ricche di medici e ginecologi. Colleghi che possono e devono essere "depositari" delle istanze che il Congresso produrrà.

Non scuiamo questa occasione. È il momento di dimostrare che il mondo politico e quello scientifico – che finora hanno spesso camminato ciascuno per proprio conto – possono integrarsi. Ma la competenza e disponibilità degli interlocutori non può bastare senza un'assunzione di responsabilità in capo alla ginecologia italiana. Un cambio di rotta, di mentalità e di cultura, che finalmente sta avvenendo.

Siamo riusciti a portare a Roma il congresso mondiale Figo 2012. È un segnale, importante,



Vito Trojano

"Siamo finalmente consapevoli di essere attori importanti, con un peso e una voce che il mondo politico deve ascoltare. Non soltanto sui temi tecnici, ma anche su questioni politiche i ginecologi hanno la loro da dire"



di questo cambiamento: Sigo e Aogoi sono sempre più in prima linea.

Ma siamo soltanto all'inizio. Il prossimo passaggio dovrà essere un nuovo atteggiamento. Più propositivo. Stiamo acquisendo la consapevolezza di essere attori importanti, con un peso e una voce che il mondo politico deve ascoltare in quanto interlocutori istituzionali e non già per "amicizia" o "vicinanza politica". Siamo finalmente riusciti a capire che per innescare un vero cambiamento è necessario muoversi a livello istituzionale quale soggetti attivi: non più essere stimolati dal mondo politico ma essere parte attiva, dando Noi stessi gli input per un'azione che risponda a un dettato scientifico.

Questo cambiamento è già avvenuto in altre realtà, come il Regno Unito o gli Usa.

È quello che intendiamo fare anche Noi.

Non può essere (solo) la politica a proporre. La politica ha il diritto di accogliere le istanze o rigettarle. Ma queste devono provenire (anche) dal mondo scientifico.

È tempo inoltre che le iniziati-

ve politiche siano in linea con quanto enunciato dalle Società scientifiche. Laddove ciò non avviene si producono pericolosi paradossi i cui effetti ricadono sul fruitore ultimo di entrambe le istituzioni: il cittadino, la persona.

Ma ciò potrà avvenire soltanto se Noi saremo in grado di dare indicazioni sempre più precise e di elaborare documenti validi che possano orientare e guidare l'azione politica. Talmente solidi da poter contrastare anche eventuali interessi confliggenti.

È in questo modo che la Ginecologia potrà calarsi nel più ampio contesto sociale.

Perché la ginecologia non è "altro" rispetto alla società.

Per questo a Bari vorremo parlare non sol-

tanto agli specialisti, ma anche alla società civile e alle istituzioni.

I temi più importanti e più dibattuti nella nostra specialità non sono dissertazioni accade-

niche avulse da ogni contesto: sono realtà viva dei rapporti sociali. Il progetto materno-infantile, la questione dei cesarei, il problema della violenza sulle donne non sono argomenti che riguardano Noi soltanto. Allo stesso tempo, i grandi temi della politica non ci sono estranei. Anche su quello vorremo dire la nostra. Il federalismo – che non può essere frantumazione – ci riguarda.

Così come la gestione dei flussi migratori e i rapporti con i vari paesi del Mediterraneo. Abbiamo proposte e iniziative su questi temi, come l'elaborazione di protocolli e percorsi terapeutici e clinico scientifici comuni con gli altri Paesi, la proposta di un protocollo d'intesa da sottoporre ai vari ministri che saranno presenti e ai presidenti delle società scientifiche straniere.

È un segno dei tempi che cambiano. E della medicina che cambia.

È passato il tempo in cui la malattia era il soggetto sovrano della nostra disciplina e la clinica lo strumento per governarla. Oggi la medicina ha al centro la persona – la donna nel nostro caso – e il territorio. Un mutamento che abbiamo riconosciuto e a cui stiamo cercando di conformarci appieno.

Come ogni assise importante per la nostra specialità Bari è un banco di prova per misurare il valore delle nostre proposte e accrescere attraverso la nostra partecipazione attiva la forza della società che ci rappresenta.

Anche per questo vi aspettiamo numerosi.

Bari: uno spazio multimediale tutto per noi.
Comunicazione ed Ecm targate Aogoi

Gyneco e www.aogoi.it Ti invitano a visitare lo stand dedicato alla comunicazione e all'informazione scientifica Aogoi. Con incontri, miniconferenze, presentazione di libri e iniziative. Come il nuovo servizio per la formazione a distanza riservato agli iscritti Aogoi

Proprio in occasione del prossimo congresso nazionale Aogoi darà avvio ad un importante e innovativo servizio di formazione professionale attraverso la piattaforma **e-learning Springer.**

Nello stand verrà allestito un punto internet dove i soci Aogoi potranno iscriversi e avere accesso alla sessione di formazione on-line per scoprire le potenzialità di questo nuovo spazio multimediale, raggiungibile tramite il sito www.aogoi.it. I corsi di formazione a distanza, certificati Aogoi, sono gratuiti per tutti gli iscritti che, attraverso Springer, potranno ottenere crediti Ecm. È un appuntamento importante per il tuo aggiornamento professionale, non mancare!

Per una visione unificante del ginecologo "medico della donna"

Consultori, è ora di cambiare

di Antonio Chiantera
Segretario nazionale Aogoi

I consultori familiari, a 34 anni dalla loro costituzione (legge quadro 405/1975), hanno cambiato identità e ruolo. In particolare, si assiste a un progressivo trasferimento di funzioni e risorse al territorio. Oggi, ben il 60% dell'assistenza in ambito ginecologico e materno-infantile viene erogata fuori dall'ospedale, che sta riassumendo la sua fisionomia originaria, connotata verso l'acuzie e le patologie complesse. Da qui derivano l'ineludibile necessità del riequilibrio dei costi e il mix contrattuale che caratterizza gli specialisti che operano nelle due realtà (ospedale e territorio).

Questa situazione e la peculiarità della figura e della cultura del ginecologo impongono una rivisitazione del ruolo dei medici territoriali nel Servizio sanitario nazionale ma anche della loro connotazione in termini professionali, gestionali e organizzativi. Fra le segnalazioni raccolte dall'Aogoi (Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani) vi è la difficoltà a frequentare convegni o corsi di aggiornamento (anche facoltativo) perché l'autorizzazione a parteciparvi viene concessa da organismi dirigenti Asl non sempre in grado di valutare la validità della singola iniziativa, costringendo talora lo specialista a usufruire forzatamente di permessi e ferie; si sono verificate contestazioni sui tempi di visita da parte di organismi tecnici di controllo, non considerando in alcun modo il parere delle società scientifiche. E allo stesso modo, in alcuni istituti, il tempo della visita ginecologica e ostetrica è stato coercitivamente ridotto a 20 minuti, in una omogeneizzazione della prestazione. Infine si sottolinea anche l'impossibilità (contrattuale) da parte degli specialisti ambulatoriali a svolgere attività di ricerca presso gli ambulatori pubblici, divieto che non sussiste ad esempio per i medici di medicina generale che la possono espletare nei propri ambulatori privati.

Campanelli d'allarme che non vanno sottovalutati: consideriamo ormai non più procrastinabile una riorganizzazione dell'area ginecologica territoriale. Le attività consultoriali vanno uniformate e strutturate come

Le proposte della nostra associazione per aggiornare identità e ruolo dei consultori familiari in un articolo, che qui pubblichiamo integralmente, del segretario nazionale Antonio Chiantera apparso sul primo numero di settembre del *Il Sole24 ore Sanità*

Consultori pubblici al 2006 (0,7 per 20mila ab.)

ITALIA SETTENTRIONALE	939
PIEMONTE	213
VALLE D'AOSTA	22
LOMBARDIA	230
BOLZANO	0
TRENTO	10
VENETO	137
FRIULI VENEZIA GIULIA	22
LIGURIA	87
EMILIA ROMAGNA	218
ITALIA CENTRALE	474
TOSCANA	204
UMBRIA	34
MARCHE	72
LAZIO	164
ITALIA MERIDIONALE	528
ABRUZZO	74
MOLISE	7
CAMPANIA	177
PUGLIA	162
BASILICATA	35
CALABRIA	73
ITALIA INSULARE	247
SICILIA	170
SARDEGNA	77
ITALIA	2.188

Fonte: Aogoi



Antonio Chiantera

Unità operative complesse, su base distrettuale o multidistrettuale, dirette da una figura dirigente del comparto sanitario (medico con specializzazione attinente alle attività consultoriali o psicologo). Circa la gestione del personale e le attività più specificamente ambulatoriali, va prevista un'integrazione armonica tra le funzioni svolte dai distretti sanitari e le unità operative Attività consultoriali.

Andrebbero istituite le Unità operative complesse di ginecologia medica preventiva che coordinino le attività ginecologiche territoriali raccordando le funzioni svolte sul territorio con quelle dell'ospedale, creando un circuito virtuoso. Queste unità operative dovrebbero sovrintendere all'intera attività ginecologica svolta sul territorio, in maniera speculare rispetto a quelle ospedaliere: in particolare, sulle funzioni specialistiche diagnostiche di I livello (office ecografia, prevenzione diagnosi e terapia della patologia del basso tratto genitale, ambulatorio di uroginecologia, ambulatorio per la menopausa, ambulatorio di senologia ecc.).

Ciò consentirebbe di "alleggerire" i compiti degli ambulatori ospedalieri e di completare il ciclo della prevenzione di primo e secondo livello anche nell'ambito degli screening. Renderebbe inoltre possibile l'eventuale ri-

conversione di strutture ex ospedaliere, l'abbattimento drastico delle liste d'attesa e una più organica e razionale integrazione, con evidenti vantaggi per i cittadini. Questa riorganizzazione, soprattutto nelle aziende sanitarie di maggiori dimensioni, dovrà essere concepita nell'ambito del Dipartimento materno-infantile, affidato a personale medico apicale in possesso di specialità affini per l'ambito specialistico considerato (ginecologi-pediatri), con incarico biennale e secondo la regola dell'alternanza.

A questo proposito si dovranno potenziare tutte le funzioni e prestazioni di II livello (pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse o Pac) che possano essere trasferite e svolte in modo appropriato sul territorio, lasciando l'ospedale libero di dedicarsi in maniera più specifica e puntuale alle attività chirurgiche ordinarie e di day hospital e alle patologie ostetrico-ginecologiche complesse, con un'evidente riduzione di costi e liste d'attesa. Sono inoltre necessari una revisione e un aggiornamento costante del Progetto obiettivo materno-infantile (Pomi) attualmente fermo all'aprile 2000 (relativo al Psn 1998-2000) e contestualmente dei diversi Piani sanitari nazionali che verranno via via concepiti. Ciò consentirebbe di apportare le modifiche e integrazioni richieste dal progressivo mutamento delle condizioni di salute delle donne italiane e delle loro esigenze nonché dai progressi della scienza medica e tecnologica. Con la conseguente revisione "in progress" di modalità organizzative e gestionali alla base delle eventuali nuove normative.

In ultima analisi, l'obiettivo primario della proposta di cui Aogoi si fa portavoce è una visione unificante della figura del ginecologo, "medico della donna" tout court. Ovunque operi e indipendentemente dalla formazione e dal regime contrattuale che lo caratterizza. I cambiamenti imposti dai mutamenti sociologici e dalle cogenze economiche di questi ultimi anni hanno investito profondamente la nostra professione. Vanno quindi uniformati i percorsi diagnostici e le soluzioni terapeutiche, senza intaccare l'unicità e la peculiarità umana di questo rapporto medico/paziente così singolare.

La sanità secondo il vice ministro alla Salute Ferruccio Fazio

"Ssn? Non c'è sistema migliore"

Viceministro Fazio, l'Oms ha dichiarato lo stato di pandemia da influenza A. I casi nel Regno Unito sono circa 200 al giorno. In Italia il virus è ancora contenuto, ma quali misure sta preparando il nostro Paese per contrastare la pandemia?

L'epidemia sta arrivando anche in Italia. Non c'è bisogno di fare allarmismo, ma se è vero che la forma di virus è attualmente leggera, è anche vero che, secondo le proiezioni, entro marzo vi saranno circa 3-4 milioni di casi. L'epidemia continuerà nei mesi successivi e non è detto, peraltro, che non evolva in una forma più grave. Occorre quindi prepararsi a misure efficaci di contenimento, oltre che di terapia e assistenza. In Italia vi sono già 40 milioni di dosi di antivirali e sono in acquisto altri 6 milioni di dosi. Il Governo sta inoltre preparando una strategia vaccinale che in una prima fase riguarderà le categorie più esposte e fondamentali per attuare una difesa, come gli operatori sanitari, ma anche la popolazione più fragile, vale a dire gli anziani e pazienti con specifiche patologie, ad esempio asma e diabete. Entro la fine dell'anno prevediamo di vaccinare più di 8 milioni di italiani, mentre da gennaio la vaccinazione sarà estesa a circa 12 milioni di ragazzi in età scolare.

Ci aspettiamo, poi, che proprio il Regno Unito attui al più presto una forte strategia di contrasto, considerato che la grande ondata italiana arriverà proprio da oltre Manica, anche a causa del rientro di turisti e studenti dal Regno Unito.

L'allarmismo potrebbe aprire la strada a una diffusione di vaccini contraffatti?

Di tentativi sicuramente. Per questo occorre chiarire alla popolazione che in Italia abbiamo una tracciabilità assoluta dei farmaci, registrando solo lo 0,1% di contraffazioni attraverso i canali legali. Il problema è tuttavia grave, perché il canale degli acquisti su internet è il più rischioso ma purtroppo anche molto diffuso. Allo stesso modo in cui le palestre rappresentano un canale a rischio per anabolizzanti e steroidi. Va dunque sottolineato ancora una volta che i canali sicuri sono quelli istitu-

La giornalista del Corriere della Sera, Margherita De Bac ha promosso un confronto pubblico con il viceministro alla Salute Ferruccio Fazio. Ne è scaturita una lunga intervista a più voci, con domande poste, oltre che da De Bac, anche dal pubblico in sala (soprattutto operatori del settore). *Gyneco c'era e vi racconta come è andata*



zionali. E lì non arriverà alcun vaccino contraffatto.

In questi mesi ha lavorato molto con le organizzazioni della medicina generale per lo sviluppo delle cure primarie. Qual è il modello che vi preparate a proporre?

Sviluppare le cure primarie significa costruire un percorso per il cittadino che parta dal medico di medicina generale, si articoli sul territorio, transiti il minor tempo possibile - e solo se necessario - per l'ospedale, per poi ritornare sul territorio in regime di continuità assistenziale. L'ospedale deve essere il punto di riferimento per diagnosi e ricoveri che hanno bisogno di tec-

mille abitanti e il tasso di ospedalizzazione da 193 a sotto i 130. Un altro aspetto è quello del Pronto Soccorso, che continua ad accogliere bisogni di assistenza inappropriati a quel servizio. Oggi oltre il 50% degli accessi sono codici bianchi e codici verdi, che potrebbero essere diagnosticati e trattati sul territorio.

Al di là dei disturbi più lievi, il fatto è che sul territorio non ci sono oggi strutture in grado di fare un'organizzazione del percorso e il Pronto Soccorso diventa così il canale di accesso ad esami, diagnosi e ricoveri. Questo, peraltro, costa al Ssn 15 miliardi di euro, che - secondo quanto stimato dall'Ordine dei medici di Roma - è il costo legato alla medicina difensiva per indagini, tac e radiologiche improprie.

Nei mesi passati abbiamo comunque lavorato duramente con tutte le organizzazioni sindacali della medicina del territorio (medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale) e abbiamo elaborato dei progetti di associazionismo, sia strutturale - con progetti tipo le Case della Salute - che virtuale, tramite collegamento in rete.

Proprio allo sviluppo della medicina territoriale H24, il Governo ha stanziato 350 milioni di euro, cioè un quarto delle risorse per gli obiettivi specifici del Fsn. Già la metà delle Regioni sta elaborando dei progetti per l'assegnazione dei fondi, che verranno erogati per il 70% subito e il restante 30% a consuntivo.

Proprio con i medici di medicina generale, inoltre, stiamo avviando una serie di iniziative per la gestione di nuovi punti di assistenza territoriale (ad esempio le farmacie) ma anche per la promozione dei farmaci generici e dell'educazione sanitaria.

"Sviluppare le cure primarie significa costruire un percorso per il cittadino che parta dal medico di medicina generale, si articoli sul territorio, transiti il minor tempo possibile - e solo se necessario - per l'ospedale, per poi ritornare sul territorio in regime di continuità assistenziale"

Insieme ai modelli serve però anche l'impegno dei professionisti a lavorare in sinergia. Come pensate di potenziare l'integrazione?

Ci saranno strutture uniche in cui i professionisti lavoreranno condividendo anche gli spazi, ma stiamo accettando anche progetti in cui ci sia un collegamento "virtuale" attraverso le tecnologie elettroniche.

Devo dire di essere molto soddisfatto, perché siamo riusciti a trovare un piano di azione su cui hanno concordato tutti i sindacati medici. E ci siamo riusciti perché abbiamo chiesto loro di presentare quelli che ritenevano i modelli migliori, dai quali realizzare la sintesi più efficace. **Il confronto con le Regioni è ancora oggi fermo. Anzi, c'è stata un'ulteriore lacerazione dopo la presentazione dell'emendamento anti-crisi che prevedeva, tra l'altro, il taglio del 20% dei posti letto e sul quale le Regioni hanno contestato uno scavalamento dell'autonomia prevista dal Titolo V.**

Vorrei anzitutto sottolineare che ci sono state tante polemiche su un emendamento che non è stato presentato. E poi ricordare che la Finanziaria 2007 del Governo Prodi stabilisce che il 31 dicembre 2009 decadessero tutti gli accreditamenti provvisori delle strutture che non rispondevano ai requisiti previsti. In realtà quello che il Governo stava preparando era una proroga di quella data, consentendo all'80% delle strutture di continuare la loro attività. In pratica, si è polemizzato su un taglio che era tutto il contrario di un taglio. In ogni caso, ora vedremo che tipo di proroga decidere.

Ma i rapporti con le Regioni sono ancora critici...

Ci sono difficoltà, è evidente. Ma credo che sia molto importante sedersi a un tavolo, perché il confronto tra sordi certo non porta soluzioni. Il pericolo reale è che se non si firma il Patto per la Salute, il problema dei fondi e dei tetti andrà oltre quelli previsti per il 2010-2011, peraltro già implementati di 1,2 miliardi di euro.

Però occorre ricordare che se è vero che questi tetti non rispettano il tendenziale, è altrettanto vero che erano comunque già incrementati rispetto a quello

che sarebbe dovuto essere il finanziamento. Non c'è normativa che preveda questo tipo di allineamento.

Di sicuro c'è che esistono grosse sacche di inappropriatazza e il Patto per la Salute dovrà assolutamente prevedere misure di verifica e contenimento.

Ci sono molte inappropriatazze su cui si possono recuperare risorse: cesarei, diagnosi, esami, ricoveri e anche bene e servizi e ci sono Regioni dove una siringa costa il doppio che in altre. Senza dimenticare la grande inappropriatazza farmaceutica. Ma anche il personale del Ssn deve essere meglio utilizzato, perché il criterio non può essere quello del "fare ore" ma "fare prestazioni", verificando gli effetti dell'operato del personale che lavora nel sistema.

Anche il taglio del tetto per la farmaceutica ha causato qualche critica da parte del settore...

L'Italia è tradizionalmente un Paese in cui le logiche della farmaceutica sono più di mercato che non di sviluppo e innovazione. Non dico che non ci siano industrie che hanno fatto e fanno notevole innovazione, ma d'altro canto si può ribattere che l'Italia è un Paese in cui il costo dei generici è più alto che in altri e il consumo molto basso.

Il problema non è solo della farmaceutica, ma dell'intera filiera, che comprende la distribuzione. In questo ambito, credo che il sistema a doppio canale funzioni e vada preservato, mentre non sono a favore del triplo canale della "parafarmacia". La parola stessa, secondo il mio parere, andrebbe eliminata, perché prefigura un'ope legis che non è in linea con questo Governo. Il problema delle parafarmacie si risolve molto semplicemente mantenendo tutte le parafarmacie attive e permettendo ai farmacisti di operare in queste strutture, ma la parola parafarmacia è sbagliata.

Nella farmaceutica, poi, c'è un problema generale. Io sono dell'opinione che un settore in cui si debba investire di più sia la farmaceutica ospedaliera, in particolare i farmaci oncologici innovativi. Certo, la compagine di Governo opera secondo determinati modi e tutta la parte finanziaria è di fatto demandata al ministero dell'Economia. Per i farmaci oncologici innovativi si registra uno sfioramento di 240 milioni di euro. L'impegno del ministero c'è, ma ci sono anche esigenze oggettive di sostenibilità dell'economia del Paese.

Un settore su cui lei ha puntato molto fin dall'inizio del suo incarico di sottosegretario è quello della ricerca. Quali sono le novità?

La trasparenza. È quello a cui

puntiamo. Per questo abbiamo introdotto nuove regole, ossia la peer review dovrà diventare la prassi, ma nel prossimo biennio sarà realizzata dal Nhs americano proprio per garantire una revisione senza conflitti di interessi.

Il bando di ricerca riguarderà settori e categorie privilegiati, come per la ricerca under 40, ma vi sarà un'unica lista di qualità da cui selezionare i progetti migliori. Anche in questo caso il sistema consentirà di evitare la creazione di comitati di valutazione settoriali più a rischio di interessi.

Ma gli attuali meccanismi di accesso ai finanziamenti per la ricerca funzionano o vanno cambiati?

I finanziamenti non dovranno essere dati per tipologia di struttura, ma per qualità di progetti. Non è possibile che una struttura possa accedere ai finanziamenti per la ricerca corrente solo perché, per motivi vari, è stata annoverata nella categoria degli Irccs, mentre questa possibilità viene negata, ad esempio, al Niguarda di Milano o al Careggi di Firenze o ancora al Sant'Orsola di Bologna. Questo non è assolutamente logico.

Per questo dobbiamo spostarci progressivamente verso un nuovo assetto: è ipotizzabile per esempio un riassorbimento da parte delle Regioni del personale dell'area Irccs per costituire dei pool regionali di personale a termine che dovranno poi essere utilizzati per progetti specifici. La ricerca diventerà così istituzionalizzata nell'ambito del servizio sanitario nazionale. A

"I medici potranno svolgere la libera professione fuori dall'orario di servizio, in intra o extramoenia, ma questa non potrà superare per quantità l'attività istituzionale stabilita in base a carichi di lavoro fissati dal ministero e dall'Agenas"

questo proposito stiamo creando tre reti, oncologica, cardiologia e neuroscienza, alle quali le strutture potranno accreditarsi solo se saranno in regola con requisiti dettati da regole severe. In questo modo potremmo finalmente individuare la vera eccellenza.



Margherita De Bac

Inoltre, stiamo costruendo rapporti con il Miur e forse da quest'anno vi sarà un bando di ricerca unico, il che significherà anche maggiori finanziamenti. In questo ambito, abbiamo anche concluso un accordo con gli assessori per un co-finanziamento da parte delle Regioni. **Fuga dei cervelli, come arginarla?** Innanzitutto stiamo lavorando per capire quanti sono i profes-

"Ci sono molte inappropriatazze su cui si possono recuperare risorse. Ma anche il personale del Ssn deve essere meglio utilizzato, perché il criterio non può essere quello del "fare ore" ma "fare prestazioni"

sionisti che hanno scelto di uscire dal Paese. Ma secondo un piano nuovo, che tiene conto di una realtà: il reinserimento di uno scienziato che ha lavorato per anni all'estero non è semplice, per una questione di percorsi e meccanismi che possono essere diversi da Paese a Paese. Pensiamo sia più utile, piuttosto, istituire un'anagrafe dei ricercatori all'estero che possa servire ai ricercatori italiani per sapere dove poter fare collaborazioni, e ai ricercatori all'estero per inviare scienziati a stage e progetti nei laboratori italiani. Abbiamo in programma di organizzare nei prossimi mesi una grande convention a cui parteciperanno circa un centinaio di ricercatori italiani all'estero, e da lì organizzare gruppi di studio misti da finanziare con un budget prossimo ai 10 milioni di euro. Non è molto, ma per partire possono essere sufficienti. In questo modo i ricercatori all'estero non saranno più estra-

nei e distaccati dall'Italia ma potranno collaborare con il nostro Paese, rendere positiva quella fuga di cervelli che oggi ha avuto solo conseguenze negative.

È ipotizzabile una riduzione dell'Iva per le Onlus che operano nell'ambito sanitario?

Non sono contrario a questa ipotesi, ma in questo momento non posso dare risposte certe anche perché decisioni di carattere finanziario vanno sempre prese di concerto con l'Economia. Sicuramente c'è la necessità di rivisitare le normative per facilitare l'entrata di un privato virtuoso nell'ambito di una governance pubblica, specialmente nel Mezzogiorno.

Qual è la sua posizione sull'omeopatia?

Proveggo da una cultura scientifica rispetto alla quale l'omeopatia si è trovata in rotta di fuga. Ci siamo anche confrontati con le Regioni su questo tema, e noi siamo sicuramente aperti sulla possibilità di vagliare altre strade, ma ritengo che debba esserci una dimostrazione scientifica sull'efficacia e l'utilità di un certo tipo di farmaci. Per questo non mi trovo concorde con Francia e Germania, Paesi che gestiscono il grosso del mercato degli omeopatici e che hanno spinto le normative europee verso il riconoscimento di questi prodotti più per motivi economici che per chiare evidenze scientifiche. Sarà comunque mio compito fare rispettare e recepire le normative. Ciò premesso, credo che ci siano forme di medicina alternativa valide, penso ad alcune tecniche di riabilitazione fisica, ad esempio lo shiatsu.

Sarebbe favorevole all'inserimento in fascia A di prodotti sulla disaffezione al fumo?

Absolutamente no, in quanto ci sono studi scientifici molto precisi che dimostrano come il risultato sia legato per il 90% alla volontà del singolo. Comunque, siamo sempre pronti a un supplemento istruttorio.

Molti lamentano difficoltà di accesso, in alcune Regioni, ai farmaci innovativi. Come risolvere la situazione?

È alla firma un decreto d'intesa con le Regioni per cui i farmaci innovativi e potenzialmente innovativi vengono recepiti direttamente nei proutuari regionali, fino a quando le Regioni non decidano il contrario. In sostanza si ribalta il meccanismo attuale, per cui per escluderle dal proutuario non ci potranno più essere motivazioni solo economiche.

Nuovi Lea. Qual è lo stato dell'arte?

Il decreto di revisione dei Lea è alla firma. Potrebbe essere necessario un ulteriore passaggio

politico, ma ritengo che prima della fine del mese di luglio potrebbe essere approvato.

Nell'elenco delle prestazioni che saranno rimborsate dal Ssn sono state inserite anche nuove famiglie di malattie rare. Devo però precisare che la richiesta arrivata da alcune Regioni, Veneto in testa, di estendere ulteriormente l'elenco delle malattie rare da includere, temo troverà il parere negativo dell'Economia. Una soluzione alternativa potrebbe essere quella di ricorrere a un Decreto quadro per poi progressivamente inserirle nei Lea. Anche l'assistenza domiciliare sarà caratterizzata in modo più preciso, sarà divisa in assistenza per non autosufficienti, per le cure palliative e quelle ai malati terminali.

Libera professione dei medici. Il disegno di legge sul governo clinico nel quale è inserito anche un articolo ad hoc è stato bloccato dalle Regioni per incompatibilità con il Titolo V della Costituzione. Cosa si prevede, a questo punto, per il futuro dell'attività libero professionale?

Debbo innanzitutto precisare che le riserve delle Regioni non riguardavano il tema della libera professione, e comunque è stata stilata da Domenico Di Virgilio una nuova versione del Ddl che dovrebbe consentire il superamento di tutte le criticità sollevate. Per quanto attiene in particolare l'articolo sulla libera professione, alla stesura della quale ho contribuito personalmente, è previsto che i medici potranno svolgere la libera professione fuori dall'orario di servizio, in intra o extramoenia, ma questa non potrà superare per quantità l'attività istituzionale stabilita in base a carichi di lavoro fissati dal ministero e dall'Agenas. Certo le Regioni potranno poi scegliere diversamente. Inoltre la libera professione così disciplinata ci consentirà anche di gestire in maniera diversa i rapporti con gli universitari.

Da medico che voto avrebbe dato al Ssn, e che voto da invece oggi, a un anno di distanza dal suo insediamento alla Salute?

Nel corso di questi 14 mesi di lavoro ho cercato di capire se un sistema sanitario diverso da quello che abbiamo sarebbe preferibile. La mia attuale convinzione è che non c'è sistema migliore. Da medico ritenevo che il nostro fosse un servizio molto buono, ma che si reggesse soprattutto sull'impegno dei singoli professionisti. Ora, da amministratore, ho ribaltato il discorso: ferma restando la capacità dei professionisti, quello che funziona è il sistema così come concepito, ossia universalistico e multi-regionale dove le esperienze migliori possono venire mutualizzate. Per raggiungere l'optimum dobbiamo solo sanare la situazione nelle Regioni con gravi deficit finanziari.

A cura di Lucia Conti e Ester Maragò

Ricerca Fiaso - Cergas

Integrazione e continuità: c'è ancora tanto da fare

Continuità assistenziale e percorsi diagnostico-terapeutici integrati sul territorio in Italia sono ancora un miraggio. Anche quando si parla di malattie croniche. A dirlo è la ricerca su *Misurazione e valutazione dell'integrazione professionale e sulla continuità delle cure* promossa dalla Fiaso (la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) e condotta in partnership con il Cergas della Bocconi, da cui emerge che il coordinamento tra professionisti scatta quasi esclusivamente se le condizioni dei pazienti sono molto gravi e il bisogno di assistenza urgente. L'ospedale continua ad essere il luogo di cura anche per i casi non urgenti né acuti, e il territorio, seppur rafforzato, stenta a diventare quel sistema organizzato, coordinato e integrato tanto declamato su tanti documenti di politica sanitaria.

Ma veniamo alla fotografia scattata dalla ricerca Fiaso. Sulla base di un'indagine svolta tra i professionisti di 13 Aziende sanitarie (8 a prevalenza dipartimentale, 4 orientate al modello distrettuale e 1 mista), la ricerca ha misurato il legame tra le caratteristiche dell'organizzazione aziendale e il livello di integrazione tra professionisti per tre patologie croniche a forte bisogno di continuità (diabete in pazienti con danno d'organo, BPCO e tumore in fase avanzata assistiti a domicilio). Lo studio ha inoltre investigato il mondo dei pazienti, chiedendo loro di esprimere un voto di soddisfazione.

I risultati? Il primo ad emergere è l'assenza di una "one best way", cioè di una forma di organizzazione aziendale individuata come la migliore a raggiungere il livello di integrazione ospedale-territorio ottimale. I professionisti, in altre parole, non collaborano per

Professionisti che collaborano per "istinto emozionale", assistenza ancorata alla gravità e all'emergenza anche per le cronicità. Il coordinamento tra professionisti, la continuità assistenziale e i percorsi diagnostico-terapeutici integrati sul territorio stentano a decollare in Italia

protocollo o buona pratica, bensì per "istinto emozionale" (o necessità inderogabile). È infatti la gravità delle condizioni cliniche del paziente a far scattare quel dialogo tra professionisti diversi in grado di garantire più efficienza nel passaggio di assistenza dall'ospedale al territorio e viceversa. A contribuire fortemente c'è anche la vicinanza spaziale tra professionisti, tanto che proprio i medici di famiglia – che per antica tradizione esercitano in maniera più isolata e individuale – risultano essere la categoria meno incline all'integrazione tra colleghi. Adirittura, dall'analisi tra il livello di integrazione professionale e i moderni modelli organizzativi della medicina di famiglia, emerge che neanche lavorare in associazionismo rende i medici di

medicina generale più inclini a relazionarsi con gli altri colleghi. In una scala di valori da 0 a 5, il "voto" sull'integrazione è stato 3,24 per la cura del diabete, 3,06 per le insufficienze respiratorie, 3,17 per i tumori. Con un punteggio assegnato ai medici di famiglia sempre più basso rispetto a quello degli specialisti (per il diabete è 2,40 contro il 4,03 degli specialisti, per le insufficienze respiratorie gravi è di 2,39 contro 3,65, e per i tumori di 2,69 contro 3,68). La ricerca della Fiaso restituisce una fotografia piuttosto cupa del presente, gettando ombra anche sul futuro. "Si continua a destinare la maggior parte delle risorse ai pazienti con patologie ormai conclamate, limitando a interventi residuali l'investimento in prevenzione e monitoraggio", ha os-

servato il presidente della Fiaso, Giovanni Monchiero, alla presentazione dell'indagine.

"Ma la sfida – ha proseguito – è quella di andare ad intercettare quei livelli di bisogno inespresse che non riescono a tradursi in domanda esplicita di servizi, programmando le strategie di inclusione in programmi formalizzati di assistenza e monitoraggio. Sempre che – conclude Monchiero – le condizioni di sostenibilità economica del Ssn non costringano le aziende a ripiegare sull'essenziale rispondendo alla domanda di cura più che a quella, spesso inespressa, di salute".

Ospedale e territorio: l'organizzazione del percorso di cura

Il modello macro-organizzativo

adottato dall'azienda non è l'elemento che spiega una maggiore integrazione tra professionisti e una maggiore continuità della cura. Per quanto riguarda il rapporto tra la frequenza dello scambio informativo fra medici di medicina generale (mmg) e specialisti, anzi, una variabile maggiormente indicativa sembra essere il contesto (metropolitano o rurale) in cui le Aziende sono inserite e in base al quale, all'aumentare della densità della popolazione sul territorio, si riscontra un aumento del libello di integrazione tra i professionisti.

Diabete. Considerata la patologia cronica per eccellenza, proprio sul diabete si sono concentrati negli ultimi anni sforzi ed investimenti organizzativi e finanziari. Per questa patologia, così come per la BPCO, la maggior parte delle aziende propende per una formalizzazione del percorso di cura, sebbene non in tutte sia presente un'Unità Organizzativa con ruolo di coordinamento e permanga una rilevante componente ospedaliera dovuta, in questo caso, alla presenza di centri antidiabetici.

BPCO. Poche aziende mostrano una vera integrazione tra ambito ospedaliero e territoriale e particolarmente eterogenea è la rete d'offerta territoriale. La maggior parte delle aziende presenta percorsi diagnostico-terapeutici formalizzati ma sbilanciati sul ruolo delle unità pneumologiche ospedaliere; in alcune aziende manca un percorso formalizzato e una sostanziale assenza di presa in carico integrata del paziente cronico.

Tumore. La gravità della patologia e delle condizioni cliniche, pur in assenza di un reale livello di integrazione organizzativa tra ospedale e territorio, ha spinto sostanzialmente tutte le aziende a forti sforzi rivolti all'assistenza di tale categoria di pazienti.

L'integrazione tra professionisti

Diabete. L'indice sintetico medio di integrazione professionale per il percorso del diabete all'interno del campione di Aziende analizzato dalla Fiaso, in una scala da 1 a 5, è di 3,24, con una percentuale più elevata per gli specialisti (4,03) che nei medici di medicina generale (2,40). I mmg interagiscono in media con altri 3 professionisti organizzare il percorso di un paziente affetto da diabete. In particolare, l'87% dei mmg si relaziona con almeno un diabetologo, mentre si registrano quote notevolmente più basse per le altre specialità (cardiologo 38%, ►

Indice sintetico di integrazione professionale nei tre percorsi per patologia

Valore medio espresso dagli operatori in una scala da 0 a 5

	percorso diabete			percorso BPCO			percorso tumore		
	Mmg	Specialisti	Valore medio	Mmg	Specialisti	Valore medio	Mmg	Specialisti	Valore medio
Frequenza dello scambio informativo interprofessionale	0,95	5,00	3,00	0,81	4,19	2,60	1,17	4,38	2,75
Livello di condivisione e utilizzo di sistemi informativi comuni	2,45	2,95	2,70	2,55	2,93	2,74	2,75	2,77	2,76
Indice sintetico di integrazione professionale	2,40	4,03	3,24	2,39	3,65	3,06	2,69	3,68	3,17

Indice sintetico di continuità percepita dai pazienti nei tre percorsi per patologia

Valore medio espresso dai pazienti in una scala da 0 a 5

	percorso diabete	percorso BPCO	percorso tumore
Indice medio di continuità longitudinale	2,18	2,16	5,00
Indice medio di accessibilità	3,80	3,74	4,11
Indice medio di qualità delle relazioni	4,19	4,12	4,42
Indice medio di unitarietà diagnostico terapeutica percepita	3,90	3,77	4,15
Indice sintetico di continuità delle cure percepita	3,52	3,45	4,42

Fonte: Fiaso-Cergas Bocconi

di Luciano Fassari

Dpef 2010-2013

Spesa sanitaria: rischio "boom" nel 2013

Con un tasso di crescita medio del 3,1 per cento annuo toccherà quota 127 miliardi di euro nel 2013. Ma federalismo fiscale e costi standard potrebbero mettere un freno

Sarà una crescita esponenziale quella che caratterizzerà la spesa sanitaria nel prossimo quadriennio secondo il Dpef 2010-2013. Il documento di programmazione economica e finanziaria ha infatti rilevato che, se nel 2008 la spesa si è attestata a 108,747 miliardi di euro, la previsione per il 2009 fa lievitare la cifra a 112,929 miliardi. Sarà di 114,710 miliardi nel 2010, e supererà i 118 nel 2011.

Trend di crescita confermato anche per gli anni 2012 (122,769 miliardi di euro) e 2013 (127,677 miliardi). Le cifre sono il risultato dell'applicazione, per il periodo 2010-2013, di un tasso di crescita medio del 3,1 per cento che tiene conto dei criteri previsti concernenti la spesa per il personale (che nel periodo si incrementa mediamente del 2,4 per cento), gli acquisti di beni e servizi (che registreranno una crescita media della 5,3 per cento) e le prestazioni fornite da produttori in regime di mercato (+ 3,6 per cento). La previsione sconta inoltre gli effetti delle misure di contenimento della spesa varate con le precedenti Leggi finanziarie nonché gli effetti delle manovre contenute nei Piani di rientro. Tuttavia, nonostante le non rosee previsioni, il Dpef precisa che "è intenzione del Governo assicurare il completamento del risanamento dei budget sanitari delle Regioni in disavanzo". E la vera partita per il controllo della spesa sanitaria, sempre secondo il Ministero dell'Economia, dovrebbe giocarsi con l'avvio del federalismo fiscale e l'individuazione dei costi standard dei servizi. Dal federalismo, infatti, dovrebbero arriva-

re "generose economie di spesa" generate "dalla diffusione sul territorio nazionale delle best practice osservate nella gestione dei servizi pubblici". Risparmi di cui, però, "prudenzialmente non si è tenuto conto nella definizione dello scenario programmatico". Questo potrebbe spiegare la differenza tra la previsione di spesa sanitaria del Dpef e l'attuale stanziamento previsto dall'art.79 della manovra economico finanziaria del luglio 2008, che fissava in 103.945 miliardi il finanziamento per il Ssn nel 2010 (- 10,7 mld rispetto al tendenziale) e in 106.265 miliardi per il 2011 (- 12 mld rispetto al tendenziale).

Non solo Dpef

Quest'estate ha visto infatti la luce anche il Decreto legge 78/09, la cosiddetta Manovra d'estate, dove non mancano le novità anche per il capitolo sanità. In verità, molti provvedimenti hanno la natura della proroga per la stipula di accordi. Tuttavia altri rappresentano interventi di natura

programmatica al fine di rendere il SSN più equo e sostenibile. È contenuta nel testo la proroga al 15 settembre 2009 (dal 31 ottobre 2008) del termine per la stipula della specifica intesa tra Stato e Regioni (Province autonome), cui è subordinato il finanziamento integrativo al Ssn a carico del bilancio dello Stato,

Spesa in salita ma "è intenzione del Governo assicurare il completamento del risanamento dei budget sanitari delle Regioni in disavanzo"

previo raggiungimento dei programmi obiettivi di riorganizzazione delle strutture sanitarie e di contenimento dei costi del relativo settore. Inoltre, l'intesa dovrà confermare, per il 2010 e 2011, le anticipazioni a titolo di premialità in favore delle regioni adempienti. Vi è pure lo spo-

stamento, sempre al 15 settembre 2009, del termine ultimo per la stipula dell'intesa, pena l'intervento del Welfare e dell'Economia, per la fissazione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, utili a garantire uniformità su tutto il territorio nazionale dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria. La

normativa prevede comunque, in caso di mancata intesa entro il termine sovra citato, il mantenimento nella misura del 7% dello standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale rispetto al finanzia-

mento ordinario e alle entrate regionali, al cui raggiungimento scatta obbligatoriamente la sottoscrizione dei piani di rientro.

Si introducono anche nuovi adempimenti regionali. Gli Enti territoriali dovranno trasmettere entro il 30 settembre 2009, e comunque con cadenza annuale, un

provvedimento ricognitivo delle prestazioni aggiuntive rispetto ai Lea, con indicazione della specifica provenienza del finanziamento non a carico del Ssn e l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, previa fissazione di criteri con decreto del Welfare, sentite le Regioni, da emanarsi entro il 31 ottobre prossimo.

Viene istituito presso l'Economia, un fondo di 50 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2009, (alimentato da un contributo annuo fisso) a favore dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù.

Sarà istituito un fondo con dotazione pari a 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010 destinato a interventi relativi al settore sanitario. La sua definizione sarà definita da apposito decreto del Ministro del lavoro, salute e politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia, sentita la Conferenza Stato-regioni. Sempre a partire dal 2010 lo Stato ridurrà il finanziamento della spesa farmaceutica nell'ordine di 800 milioni di euro e in termini percentuali nella misura del 13,3 per cento a decorrere sempre dal 2010.

Ultima novità riguarda le Visite fiscali (articolo 17, commi 23 e 24). Saranno pagate dalle Usl, che avranno per questo fine un finanziamento ulteriore, considerato come gli accertamenti medico-legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia effettuati dalle aziende sanitarie locali su richiesta delle amministrazioni pubbliche interessate rientrano nei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale. Torna, poi, di 4 ore la reperibilità a casa del personale pubblico malato: dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 17 alle ore 19. **Y**

► oculista 30%, infermiere 23%). Gli specialisti, invece, interagiscono in media con altri 3,5 professionisti (almeno un infermiere nel 48% dei casi, diabetologi nel 34% e poi nefrologi, cardiologi e dietisti). Da evidenziare come dall'analisi emerga che gli specialisti non sono soliti contattare i mmg. La comunicazione avviene prevalentemente attraverso lettere portate dai pazienti o attraverso il telefono, ma tra specialisti vi è anche un 45% di scambi tra professionisti che avvengono faccia a faccia.

BPCO. L'indice sintetico medio di integrazione professionale per il percorso della BPCO è di 3,06 e, anche in questo caso, più elevato negli specialisti (3,65) che nei mmg (2,39). Tutti i mmg si relazionano in linea di massima con pneumologi e in misura molto minore con in-

fermieri (31%) e con cardiologi (23%). Comunicano tra di loro prevalentemente attraverso lettere portate dai pazienti, ma a differenza che nei casi di diabete, i mmg sono soliti indirizzare i pazienti verso la struttura e non verso uno specifico professionista, segno di una relazione professionale meno forte. Il 58% degli specialisti, in media, si relaziona con pneumologi, il 45% con l'infermiere, il 27% con il cardiologo e il 16% con il mmg. Anche in questo caso, la modalità più frequente di relazione è l'incontro fisico (46%).

Tumore. L'indice sintetico è di 3,17 (3,68 per gli specialisti e 2,69 per i mmg). Il 66% dei mmg si relaziona con un oncologo, il 61% con un infermiere, e circa il 20% con il palliativista e il chirurgo. In questo caso, i professionisti con cui

si relazionano i mmg lavorano principalmente nello stesso Distretto/Dipartimento aziendale, e comunicano tra loro prevalentemente attraverso telefono e incontro fisico, anche se il punto di riferimento verso il quale indirizzare il paziente resta la struttura e non il professionista. Anche gli specialisti si relazionano per il 63% dei casi con il mmg; il 42% con l'oncologo e il 40% con l'infermiere; il 27% con il palliativista, preferendo il telefono.

La qualità delle cure secondo i pazienti

Diabete. L'indice sintetico di continuità delle cure percepita in pazienti affetti da Diabete con danno d'organo è medio alto, pari, lungo una scala da 1 a 5 a 3,52. In particolare, segna un indice di gradimento pari a 4,19 il livello di qualità

percepita nelle relazioni con i professionisti, mentre l'indice più basso (2,18) va alla continuità longitudinale, ossia il livello di frequenza della relazione e dello scambio informativo tra paziente e professionista. Il paziente medio affetto da Diabete con danno d'organo ha poco più di un contatto e mezzo al mese con personale sanitario, viene contattato dalla Ausl 2 volte all'anno, effettua in media 7 esami del sangue e viene visitato più di una volta al mese da medico e infermiere.

BPCO. L'indice sintetico di continuità delle cure percepita dai pazienti con insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO è di 3,45. Il paziente ha in media un contatto e mezzo al mese con personale sanitario, viene contattato dalla Ausl due volte all'anno, effettua circa 6 esami del sangue all'anno e ri-

ceve visite da parte di medico o infermiere poco più di una volta al mese

Anche in questo caso, il valore più basso è dato dall'indice medio di continuità longitudinale (2,16) e il più alto da quello di qualità delle relazioni (4,12).

Tumore. L'indice sintetico è di 4,42, con valori superiori al 4 per tutte le voci. L'indice medio di continuità longitudinale, che nelle altre due patologie era il più critico, segna in questo caso addirittura un 5, cioè il massimo della scala.

Il paziente affetto da tumore ha in media poco più di 4 contatti al mese con personale sanitario, viene contattato dalla Ausl poco più di due volte all'anno, effettua circa 15 esami del sangue all'anno e riceve visite da parte di medico o infermiere poco meno di 3 volte al mese. **Y**

Rapporto Health Data 2009

Ocse: la spesa italiana nella media

In Italia la spesa sanitaria sembra non fermarsi mai e, secondo le previsioni del Dpef 2010-2013, lieviterà fino a 127,677 miliardi nel 2013 (vedi pagina 11). Soldi spesi per curare gli italiani, ma anche in sprechi e inapproprietezze. Sarà per contenere questi cattivi elementi che il nostro Paese ha iniziato pian piano a spendere meno in sanità: dal 2000 al 2007 la spesa pro capite degli italiani è infatti cresciuta dell'1,9% all'anno, quasi la metà del tasso di crescita della media Ocse che ha fatto segnare un aumento della spesa sanitaria del 3,7% all'anno. E così, se nel 2007 l'Italia ha speso per la sanità l'8,7% del Pil (6,7 a carico dello Stato), la media dell'Ocse ha segnato l'8,9% (6,5 di spesa pubblica). La fotografia arriva dall'ultimo confronto sui 30 Paesi più ricchi del mondo dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico Ocse, che pur non valutando gli eventuali cambiamenti dello stato di salute dei Paesi in esame, osserva come il nostro Paese riesca a spendere meno senza dover rinunciare alle risorse e alle tecnologie. Anzi, il numero di Tac e Rmn per milioni di abitanti sono al di sopra di Canada, Francia e Germania, che pure spendono più del nostro Paese (rispettivamente 10,1% del Pil, 11,0% e 10,4%).

Confronti un po' "grezzi", ma che danno il senso di un trend. Che vede l'Italia far crescere la spesa sanitaria meno degli altri: dal 2000 al 2007 - sottolinea l'Ocse - la spesa pro capite degli italiani è cresciuta dell'1,9% all'anno, quasi la metà del tasso di crescita della media Ocse che ha fatto segnare un aumento della spesa sanitaria del 3,7% all'anno. Insomma, siamo abbastanza "risparmiosi". Senza però avere meno risorse e tecnologie degli altri (come dimostrano i dati su posti letto, Tac e Rmn).

Come riportato nelle tabelle a questa pagina, quasi la metà dei Paesi più industrializzati ha una spesa sanitaria maggiore dell'Italia. Anche gran parte dei Paesi europei supera o sfiora una quota di Pil pari al 10% per la spesa sanitaria. Francia, Ger-

Spendiamo più di Spagna e Regno Unito, ma meno di Francia e Germania. Con l'8,7% del Pil l'Italia è infatti nella media (8,9%) dei Paesi Ocse. Questo il dato emerso dall'ultimo rapporto sulla sanità, che segnala anche la diminuzione dei medici e la carenza di infermieri nel nostro Ssn

mania, Belgio e Danimarca, ad esempio, anche se con piccole variazioni di partecipazione pubblica (se per esempio la spesa a carico dello Stato in Dani-

marca è dell'8,2% su un totale 9,8% del Pil, in Portogallo la quota di spesa pubblica è del 7,1% su un totale di 9,9%).

Dei Paesi europei più avanzati, spendono meno dell'Italia la Spagna e il Regno Unito, segnando rispettivamente l'8,5% del Pil (6,1 a carico dello Stato) e l'8,4% del Pil (6,9 a carico dello Stato).

Anche la spesa sanitaria pro capite è in Italia inferiore alla media: ogni italiano spende all'anno per curarsi 2.686 dollari

Spesa sanitaria in % al Pil (anno 2007)

Paese	Spesa totale	Spesa sanitaria pubblica
STATI UNITI	16,0	7,3
FRANCIA	11,0	8,7
SVIZZERA	10,8	6,4
GERMANIA	10,4	8,0
BELGIO	10,2	7,2
CANADA	10,1	7,1
AUSTRIA	10,1	7,7
PORTOGALLO	9,9	7,1
OLANDA	9,8	7,6
DANIMARCA	9,8	8,2
GRECIA	9,6	5,8
ISLANDA	9,3	7,7
N. ZELANDA	9,2	7,3
SVEZIA	9,1	7,4
OCSE	8,9	6,5
NORVEGIA	8,9	7,5
ITALIA	8,7	6,7
AUSTRALIA	8,7	5,9
SPAGNA	8,5	6,1
REGNO UNITO	8,4	6,9
FINLANDIA	8,2	6,1
GIAPPONE	8,1	6,6
SLOVACCHIA	7,7	5,2
IRLANDA	7,6	6,1
UNGHERIA	7,4	5,2
LUSSEMBURGO	7,3	6,6
COREA	6,8	3,7
REP. CECA	6,8	5,8
POLONIA	6,4	4,6
MESSICO	5,9	2,7
TURCHIA	5,7	4,1

Fonte: Ocse Health Data 2009

Spesa sanitaria totale pro capite (in dollari, anno 2007)

Paese	Spesa procapite
STATI UNITI	7.290
NORVEGIA	4.763
SVIZZERA	4.417
CANADA	3.895
AUSTRIA	3.763
FRANCIA	3.601
GERMANIA	3.585
OLANDA	3.527
BELGIO	3.452
IRLANDA	3.424
DANIMARCA	3.362
SVEZIA	3.323
ISLANDA	3.319
REGNO UNITO	2.992
OCSE	2.964
FINLANDIA	2.840
GRECIA	2.727
ITALIA	2.686
SPAGNA	2.671
GIAPPONE	2.581
NUOVA ZELANDA	2.510
PORTOGALLO	2.150

Fonte: Ocse Health Data 2009

contro i 2.964 dollari dell'Ocse. Per questa voce, invece, il Regno Unito ci supera con un 2.992, mentre la Spagna resta subito sotto con 2.671. In generale, il range varia tra i 4.763 dollari della Norvegia e i 2.150 del Portogallo, escludendo il dato "fuori classifica" degli Usa, dove ogni cittadino spende 7.290 dollari all'anno per curarsi. L'Italia si distingue anche per numero di posti letto: 3,9 per mille abitanti contro, ad esempio, gli 8,2 della Germania e il 7,1 della Francia. Meno di noi, in Europa, fanno solo Spagna (3,3), Regno Unito (3,4) e Danimarca, Norvegia e Portogallo con il 3,5.

Meno medici in Italia, ma crescono le migrazioni

Diminuisce, seppure lentamente, il numero di camici bianchi in Italia. Se nel 1990 ce ne erano 3,8 ogni mille abitanti, nel 2007 erano 3,7. Un dato che non stupirebbe, se non fosse così in controtendenza rispetto a quel che accade nel resto dei Paesi Ocse. In Olanda, per dire uno, il rapporto tra medici e abitanti è passato da 2,5 nel 1990 a 3,9 nel 2007. In Grecia è addirittura cresciuto dal 3,4 al 5,4. E anche in Francia, Germania e Regno Unito si reclu-

I medici nel mondo Ocse (numero di camici bianchi ogni 1.000 abitanti, confronto 1990-2007)

Paese	1990	2007
GRECIA	3,4	5,4
BELGIO	3,3	4,0
OLANDA	2,5	3,9
NORVEGIA	2,6	3,9
SVIZZERA	3,0	3,9
AUSTRIA	2,2	3,8
ISLANDA	2,9	3,7
ITALIA	3,8	3,7
SPAGNA	2,5	3,7
SVEZIA	2,9	3,6
REP. CECA	2,7	3,6
PORTOGALLO	2,8	3,5
GERMANIA	2,8	3,5
FRANCIA	3,1	3,4
DANIMARCA	2,4	3,2
OCSE	-	3,1
SLOVACCHIA	-	3,1
IRLANDA	2,0	3,0
FINLANDIA	2,2	3,0
LUSSEMBURGO	2,0	2,9
AUSTRALIA	2,2	2,8
UNGHERIA	2,8	2,8
REGNO UNITO	1,6	2,5
STATI UNITI	2,1	2,4
NUOVA ZELANDA	1,9	2,3
POLONIA	2,2	2,2
CANADA	2,1	2,2
GIAPPONE	1,7	2,1
MESSICO	1,0	2,0
COREA	0,8	1,7
TURCHIA	0,9	1,5

Fonte: Ocse Health Data 2009

tano medici, considerato però che in questi Paesi ne scarseggiavano in passato.

Meno medici attivi nel Ssn e anche meno laureati, passati da 10.439 nel 1990 a 6.816 nel 2007. Un numero comunque maggiore che nel resto dei Paesi Ocse. Se la media è infatti del 9,9 ogni 100mila persone, l'Italia registra un 11,6, contro il 10,2 del Regno Unito e l'8,7 della Spagna.

Dati che servono a spiegare un fenomeno crescente in Europa, ma anche nel resto del mondo, cioè il reclutamento di medici stranieri per supplire alla mancanza di quelli del proprio Paese. Sta già avvenendo in Svizzera, Svezia, Irlanda, Finlandia, dove il numero di medici stranieri è addirittura triplicato. In Irlanda, per esempio, la percentuale di medici stranieri è passata dal 16,1 del 2000 al 43,2 del 2007. E un trend in crescita si inizia a registrare anche negli Usa e nel Regno Unito. Un fenomeno dal quale l'Italia è ancora estranea, anzi, spesso sono i nostri medici ad andare a lavorare all'estero, dove l'offerta occupazionale è più alta. Ma il trend che si registra invita comunque a tenere alta l'attenzione, soprattutto nel valutare i posti a disposizione negli Atenei universitari. Se infatti la regola del "numero chiuso" ha contribuito al calo del numero dei medici, ora in molti Paesi si assiste a un aumento progressivo dei posti nelle università, contro il rischio di ritrovarsi tra qualche anno alle prese con una inaspettata carenza di camici bianchi.

Un altro fenomeno ormai sotto gli occhi di tutto il mondo è la crescita della componente femminile nel mondo medico. In alcuni Paesi i camici rosa sono già maggioranza: come in Finlandia (55,9%), Polonia (55,6%), Ungheria (52,6) e Repubblica Ceca (52,7). Ma anche negli altri Paesi la crescita è consistente: come in Portogallo (49,2%), Spagna (47,4%), Danimarca (43,2%) e Svezia (43,1 per cento). L'Italia è ancora un po' indietro, con il 38,3% di donne medico. Il nostro Paese resta indietro anche per quanto riguarda le professioni sanitarie. Continua, infatti, la carenza di infermieri, che in Italia sono 7 ogni mille abitanti. Sotto di noi ci sono pochi Paesi: Turchia (2 infermieri per mille abitanti), Messico (2,3 per mille persone), Grecia (3,2), Corea (4,1), Polonia e Portogallo (5,1). Mentre il record di infermieri va all'Irlanda (15,5 infermieri per mille abitanti), alla Svizzera (14,8 per mille persone), alla Danimarca (14,3) e all'Islanda (14,0). (L.C.)

Meeting Oms a Venezia

Aiuti sanitari: l'emergenza non basta



I ministri della Salute di 35 Paesi, con esperti mondiali e rappresentanti dell'Oms, hanno discusso su come estendere ai sistemi sanitari i vantaggi derivanti dalle Iniziative Sanitarie Globali. Per evitare nuove "guerre tra poveri"

Hanno rivoluzionato il modo di portare aiuti sanitari nei Paesi a basso reddito sostituendo iniziative caotiche seppur animate da buone intenzioni con programmi rigorosi, finalizzati a contrastare un singolo problema, sostenuti da finanziamenti imponenti e correlati al raggiungimento di specifici obiettivi in tempi contingenti. Sono le cosiddette Iniziative Sanitarie Globali (Isg), i megaprogetti sanitari per le popolazioni e i Paesi svantaggiati, delle quali, si è parlato a Venezia il 22 e 23 giugno scorsi nel corso del meeting "Massimizzare le sinergie positive tra i sistemi sanitari e le Iniziative Sanitarie Globali" promosso dall'Oms. Circa cento "iniziative" che nel mondo mirano a battere Aids o malaria, tubercolosi o malattie tropicali. Finanziate con denaro pubblico o privato, riconducibili a singoli filantropi o di respiro

internazionale, poco importa. Ciò che le contraddistingue è la filosofia: un modello aziendalistico dell'aiuto. E che sembra funzionare. Tanto che le Iniziative Sanitarie Globali sono ormai diventate a tutti gli effetti parte delle risorse sanitarie globali.

Cifre da capogiro

Nel solo 2007 il Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria e la Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) hanno stanziato 2,16 miliardi di dollari; l'US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) 5,4 miliardi di dollari. Cifre da capogiro. Fiumi di soldi così corposi che non manca chi mette in dubbio l'appropriatezza della spesa: molti si chiedono se non sia più opportuno che questa massa enorme di fondi, piuttosto che essere puntata sul piatto di una singola patologia, venga investita

sullo sviluppo globale dei sistemi sanitari in quei Paesi.

Gran parte dei sistemi sanitari degli Stati interessati dalle Iniziative Sanitarie Globali, infatti, presenta elementari problemi di accesso da parte della popolazione, scarsa qualità dell'offerta, sconta un ritardo nella preparazione degli operatori o una

Un modello che funziona

Sono circa cento le Iniziative Sanitarie Globali (ISG) che nel mondo mirano a battere Aids o malaria, tubercolosi o malattie tropicali. Finanziate con denaro pubblico o privato, riconducibili a singoli filantropi o di respiro internazionale, poco importa. Ciò che le contraddistingue è la filosofia: un modello aziendalistico dell'aiuto

operando un "effetto contagio" o, quando ciò non è stato possibile, evidenziando le lacune su cui era necessario intervenire. Un concetto, questo, sottolineato da Margaret Chan dettasi lieta che l'incontro abbia finalmente posto fine "a un dibattito lungo e che ha alimentato discordie". Il dibattito, ha aggiunto, "che contrappone le iniziative finalizzate a contrastare una singola patologia e le misure per migliorare i sistemi sanitari nel loro complesso".

"Come sostengo da quando ho assunto questo incarico, i due approcci non sono mutualmente esclusivi. Non sono in conflitto. È il contrario. Essi possono e devono rinforzarsi a vicenda. Abbiamo bisogno di entrambi".

Dello stesso avviso il viceministro alla Salute, Ferruccio Fazio: "È fondamentale promuovere un approccio integrato a largo spettro verso il raggiungimento di risultati sanitari specifici e allo stesso tempo mantenere un alto livello di priorità per il rafforzamento dei sistemi sanitari", ha dichiarato. "È una questione di sostenibilità a lungo termine così come di un utilizzo razionale delle risorse disponibili". Oculatezza che si rende ancor più necessaria "in particolare in un momento di crisi globale finanziaria ed economica" come quello attuale. "Proteggere le risorse dedicate alla salute, cercando di aumentarle ed utilizzarle in maniera più efficace ed efficiente, diventa di fondamentale importanza", ha concluso Fazio.

La Dichiarazione di Venezia

L'incontro di Venezia si è chiuso con la firma di una dichiarazione nella quale i partecipanti hanno stilato una scaletta delle misure necessarie a far sì che i finanziamenti destinati al contrasto di singole patologie abbiano un indotto positivo sull'intero sistema sanitario dei paesi beneficiari. Una decina di punti in cui si rimarca la necessità di prestare massima attenzione non soltanto al contrasto delle malattie emergenti, ma anche alle determinanti della salute, cioè quell'insieme di condizioni sociali, economiche, ambientali che, seppur in maniera indiretta, possono influenzare il benessere della popolazione. È stata inoltre ribadita la necessità di una formazione e di un trattamento adeguato per il personale sanitario e il riconoscimento di un ruolo rilevante alle comunità locali. E, infine, è stato chiesto un impegno dei governi locali nel riconoscere l'assistenza sanitaria primaria e un maggiore coordinamento tra i "partner allo sviluppo" per ridurre "duplicazioni e frammentazioni degli interventi".

Il tutto per far sì che le Iniziative Sanitarie Globali non siano cattedrali nel deserto, ma il traino verso la costruzione di sistemi sanitari meno "deboli e ingiusti". (A.M.)

carezza di personale spesso in fuga verso lidi migliori.

C'è poi un altro rischio, commentano i detrattori delle ISG: finanziare la lotta a singole patologie rischia di creare in quei Paesi malati di serie A e di serie B. Una guerra tra poveri, in cui a vincere è chi è affetto da una patologia "finanziata".

Temi delicati, quindi, che hanno reso particolarmente interessante l'incontro veneziano, a cui hanno preso parte i ministri della Salute di 35 Paesi, oltre a numerosi esperti mondiali e a rappresentanti dell'Oms, alla presenza del Direttore generale Margaret Chan.

Il 1° Rapporto mondiale sull'impatto delle Isg

L'incontro è stato inoltre l'occasione per presentare il primo rapporto mondiale sull'impatto delle Iniziative Sanitarie Globali sui sistemi sanitari in oltre 20 Paesi, realizzato grazie al contributo della Direzione generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri. Un rapporto che ha chiarito come, laddove le Isg siano state accompagnate da un impegno coordinato da parte delle autorità sanitarie locali, hanno anche influenzato positivamente l'intero sistema sanitario

L'enciclica "sociale" *Caritas in veritate*

Tecnica ed etica insieme per la vita

di Stefano Simoni

Come sempre accade per questo tipo di documenti, c'era molta attesa e anche curiosità e forse non è un caso che pur riportando la data del 29 giugno, giorno dei S.S. Pietro e Paolo, l'enciclica sia stata pubblicata appena a ridosso dell'importante vertice del G8, che a L'Aquila ha visto confrontarsi i maggiori leader mondiali su tematiche che per certi versi sono state convergenti con quelle affrontate dal Pontefice: economia, globalizzazione e rispetto dell'ambiente.

Cresce la ricchezza mondiale in termini assoluti e aumentano al contempo le disparità, nascono nuove povertà e continua lo scandalo di disuguaglianze clamorose. La corruzione e l'illegalità sono presenti sia nel comportamento di soggetti economici e politici dei Paesi ricchi, sia negli stessi Paesi poveri. A non rispettare i diritti umani dei lavoratori sono a volte grandi imprese transnazionali e anche i gruppi di produzione locale. Gli aiuti internazionali spesso vengono distorti dalle loro finalità, per irresponsabilità dei donatori e dei fruitori, mentre ci sono forme eccessive di protezione della conoscenza da parte dei Paesi ricchi, mediante un utilizzo troppo rigido del diritto di proprietà intellettuale, specialmente nel campo sanitario.

L'enciclica sociale *Caritas in veritate* trasforma la dottrina sociale della Chiesa nel rapporto tra la Chiesa e il mondo, dato che essa tratta dello "sviluppo umano integrale nella carità e nella verità". È un'enciclica inserita nel pontificato di Benedetto XVI, che non solo ha fatto dei due termini carità e verità il cuore del suo agire ma ha anche posto nel modo più radicale il tema di "Dio nel mondo", ossia se il cristianesimo sia solo utile o anche indispensabile alla costruzione di un vero sviluppo umano.

Un'enciclica che guarda al futuro

Lo schema Nord-Sud è superato, dice Benedetto XVI, la responsabilità del sottosviluppo non è solo di alcuni ma di tanti, compresi i Paesi emergenti e le élites di quelli poveri, talvolta an-

■ **Publicata alla vigilia del G8, incentrata sui temi della globalizzazione, dell'economia e dell'etica, la terza enciclica di Benedetto XVI riprende le tematiche sociali a 20 anni dall'ultima enciclica sociale di Giovanni Paolo II. Un documento che approfondisce alcuni aspetti dello sviluppo economico per richiamare l'attenzione sul significato del rapporto tra la carità e la razionalità, tra l'amore e la verità**

che le organizzazioni umanitarie e gli organismi internazionali sembrano più interessati al proprio benessere e a quello delle proprie burocrazie che non allo sviluppo dei poveri, il turismo sessuale è sostenuto non solo dai Paesi da dove partono i "clienti", ma anche da quelli che lo ospitano, la corruzione la si ritrova in tutta la filiera degli aiuti umanitari, se i Paesi occidentali sbagliano a proteggere eccessivamente la proprietà intellettuale specialmente per i farmaci nelle culture dei paesi arretrati ci sono superstizioni e visioni ancestrali che bloccano lo sviluppo, e così via. È un'enciclica che condanna le ideologie del passato ed anche quelle nuove: dall'ecologismo al terzomondismo. Ma affronta soprattutto una ideologia, l'ideologia della tecnica. Il documento, composto di sei capitoli, di una introduzione e di una conclusione per un totale di 142 pagine a cui, secondo le varie anticipazioni, hanno lavorato molti esperti ma anche di consiglieri particolarmente vicini alla sensibilità del Papa, a dif-

Un'enciclica dedicata alla speranza

Lo scorso 7 luglio è stata resa pubblica l'ultima enciclica di Benedetto XVI: *Caritas in veritate*, terza lettera del Pontefice teologo che arriva dopo la *Deus caritas est* (2005) dedicata all'amore e dopo la *Spe Salvi* (2007) dedicata alla speranza. Questa è un'enciclica definita "sociale" e in quanto tale si colloca sulla scia, in linea di continuità, con la *Rerum Novarum* (1891) di Papa Leone XIII, con la *Populorum Progressio* (1967) di Papa Paolo VI e la *Centesimus annus* (1991) di Papa Giovanni Paolo II, l'ultima enciclica di un pontefice a carattere sociale.



ferenza dell'enciclica sulla speranza che il Papa aveva scritto personalmente e a differenza anche dell'enciclica sulla carità, in cui il Pontefice-teologo aveva scritto interamente la prima metà. Chi segue da vicino le vicende del Vaticano è comunque certo che alla fine, nonostante gli esperti e i consiglieri, Benedetto XVI ha lasciato la sua impronta in tutta la lettera, che già a partire dal titolo coniuga indissolubilmente carità e verità. Pur non citando mai la parola "capitalismo", l'enciclica propone un progetto di carattere culturale e sociale per superare le logiche utilitaristiche a favore di una rivoluzione antropologica dove lo sviluppo è indicato come "vocazione" per favorire "il bene comune" e si colloca nel "disegno di Dio".

Molte novità

La prima è la grande rilevanza dei temi di bioetica che per la prima volta in un'enciclica sociale trovano una esplicita e corposa collocazione in relazione allo sviluppo. Nella *Caritas in veritate* (nei paragrafi 28, 44, 75 e in particolare l'intero capitolo sesto dedicato a "Lo sviluppo dei popoli e la tecnica") la questione antropologica diventa a pieno titolo questione sociale. Il

controllo delle nascite, l'aborto, le sterilizzazioni, l'eutanasia, le manipolazioni dell'identità umana e la selezione eugenetica sono criticate soprattutto per la capacità di lacerare e degradare il tessuto sociale, minare il senso della legge, corrodere la famiglia e rendere difficile l'accoglienza del più debole.

Il documento del Pontefice spiega come per non mettere in pericolo lo sviluppo dell'economia e della società non sarà più possibile impostare programmi di sviluppo solo di tipo utilitaristico che non tengano conto anche della dignità della donna, della procreazione, della famiglia e dei diritti del concepito.

Altra tematica nuova affrontata dall'enciclica sociale è quella ambientale. L'ecologia "umana" è contrapposta all'ecologia "ambientale". Nella *Caritas in Veritate* è scritto che è contrario al vero sviluppo considerare "la

natura più importante della stessa persona umana. Questa posizione induce ad atteggiamenti neopagani o di nuovo panteismo. Dalla sola natura, intesa in senso puramente naturalistico non può derivare la salvezza per l'uomo". E nel capitolo che tratta la crisi alimentare mondiale (il secondo, "Lo sviluppo umano nel nostro tempo"), il pontefice scrive che "potrebbe risultare utile considerare le nuove frontiere che vengono aperte da un corretto impiego delle tecniche di produzione agricola tradizionali e di quelle innovative, supposto che esse siano state dopo adeguata verifica riconosciute opportune, rispettose dell'ambiente e attente alle popolazioni più svantaggiate", concetto, questo, che gli analisti hanno letto come una possibile apertura, certamente prudente e velata, che Benedetto XVI farebbe nei confronti delle nuove biotecnologie vegetali.

Il nuovo idolo del tempo della globalizzazione

Nel Documento traspare chiaramente l'esigenza di valutare correttamente la tecnica, che non va esaltata oltre il dovuto ma neanche demonizzata: "Assolutizzare ideologicamente il pro-

gresso tecnico oppure vagheggiare l'utopia di un'umanità tornata all'originario stato di natura sono due modi opposti per separare il progresso dalla sua valutazione morale e, quindi, dalla nostra responsabilità". Questa maniera di comprendere e valutare l'economia, la tecnologia e il progresso medesimo punta a riaffermare il primato dell'etica. Nell'enciclica si afferma come lo sviluppo non sarà mai garantito compiutamente da forze in qualche misura automatiche e impersonali, siano esse quelle del mercato o quelle della politica internazionale. "Lo sviluppo è impossibile senza uomini retti, senza operatori economici e uomini politici che vivano fortemente nelle loro coscienze l'appello del bene comune". Per Benedetto XVI la tecnica è il nuovo idolo del tempo della globalizzazione: "Questa visione rende oggi così forte la mentalità tecnicistica da far coincidere il vero con il fattibile. Ma quando l'unico criterio della verità è l'efficienza e l'utilità, lo sviluppo viene automaticamente negato. Infatti, il vero sviluppo non consiste primariamente nel fare. Chiave dello sviluppo è un'intelligenza in grado di pensare la tecnica e di cogliere il senso pienamente umano del fare dell'uomo, nell'orizzonte di senso della persona presa nella globalità del suo essere". Per questo è necessaria una "formazione alla responsabilità etica nell'uso della tecnica".

Campo cruciale della lotta "tra l'assolutismo della tecnicità e la responsabilità morale dell'uomo" è quello dunque della bioetica. "La fecondazione in vitro, la ricerca sugli embrioni, la possibilità della clonazione e dell'ibridazione umana nascono e sono promosse nell'attuale cultura del disincanto totale, che crede di aver svelato ogni mistero, perché si è ormai arrivati alla radice della vita. Qui l'assolutismo della tecnica trova la sua massima espressione. In tale tipo di cultura la coscienza è solo chiamata a prendere atto di una mera possibilità tecnica. Non si possono tuttavia minimizzare gli scenari inquietanti per il futuro dell'uomo e i nuovi potenti strumenti che la 'cultura della morte' ha a disposizione. Alla diffusa, tragica, piaga dell'aborto si potrebbe aggiungere in futuro, ma è già surrettiziamente in nuce, una sistematica pianificazione eugenetica delle nascite. Sul versante opposto, va facendosi strada una mens eutanassica, manifestazione non meno abusiva di dominio sulla vita, che in certe condizioni viene considerata non più degna di essere vissuta". Conclude il Papa: "Pronti a scandalizzarsi per cose marginali, molti sembrano tollerare ingiustizie inaudite. Mentre i poveri del mondo bussano ancora alle porte dell'opulenza, il mondo ricco rischia di non sentire più quei colpi alla sua porta, per una coscienza ormai incapace di riconoscere l'umano".

Bollini rosa 2009: 93 le strutture premiate

Qui la donna è al centro della cura

di Ester Maragò

La sanità è sempre più a "misura di donna"? Sembrerebbe proprio così. Almeno a giudicare dai numeri di tutto rispetto snocciolati dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda). L'occasione è la presentazione della terza edizione del progetto Ospedale-donna promosso dall'Osservatorio che premia con "bollini rosa" le strutture attente alle esigenze del mondo femminile. Quest'anno si possono fregiare dell'ormai celebre bollino 93 strutture sulle 103 che hanno presentato la loro candidatura (l'87% sono pubbliche e il 13% private accreditate). Strutture che si aggiungono alle 96 premiate nel bando 2008 e alle 44 del 2007, per un totale di oltre 230 ospedali "in rosa" sull'intero territorio nazionale.

La graduatoria

La classifica degli ospedali in rosa è stata stilata da un'apposita Commissione scientifica presieduta da Laura Pellegrini, direttore generale dell'Istituto malattie infettive dello Spallanzani di Roma, che ha ridefinito i requisiti per l'assegnazione dei bollini per una migliore selezione delle strutture (vedi Box).

"In questi tre anni - ha spiegato Pellegrini - abbiamo assistito ad un aumento prima e ad una stabilizzazione poi delle candidature, ad una crescita costante delle strutture eccellenti (3 e 2 bollini) e ad un leggero miglioramento dell'equilibrio tra le diverse Regioni. Dal successo dell'iniziativa abbiamo avuto la conferma che l'intuizione era corretta e che va incentivata al massimo la spinta competitiva delle strutture. Del resto se serve a migliorare il benessere delle donne, ben venga anche la competizione".

Hanno conquistato il traguardo più ambito (ossia i tre bollini rosa) 27 strutture; 38 ospedali ne hanno ottenuti due, uno i restanti 28. Solo il 9% delle strutture candidate non ha raggiunto per l'attribuzione dei bollini.

Il Nord fa la parte del leone: è la realtà geografica più rappresentata con il 52% delle candidature. Ma il Sud, anche se ancora in affanno, mostra segnali di un lento recupero con il suo 25%. A livello regionale solo la Valle d'Ao-

L'Osservatorio nazionale sulla salute della Donna (Onda) ha presentato alla Camera la terza edizione del progetto Ospedale-donna premiando con nuovi "bollini rosa" le strutture sanitarie impegnate verso delle malattie femminili. Sono 93 gli ospedali che quest'anno hanno dimostrato di essere in piena sintonia con le esigenze delle pazienti



sta non ha presentato candidature, la Lombardia invece spicca per essere la Regione con il maggior numero di ospedali che hanno richiesto la valutazione (21%). Sono tuttavia ben rappresentate anche piccole realtà come la Basilicata e il Molise.

Questa terza edizione ha portato alla ribalta eccellenze non solo nei centri più piccoli e in provincia, ma anche in Paesi extra confine. Infatti, fra le novità c'è l'entrata in scena di due strutture italiane all'estero: l'ospedale Umberto I del Cairo (Egitto) e l'Ente ospedaliero Cantonale di Bellinzona (Svizzera). E ancora, è emerso anche un aumento delle donne in posizioni apicali e del personale infermieristico femminile: fino al 90% in unità complesse per patologie che interessano le donne.

Il podio

Tra le molte strutture che hanno brillato per aver risposto ai bisogni dell'altra metà del cielo (l'elenco completo dei 93 ospedali è disponibile nel sito internet www.ondaosservatorio.it) si sono distinte l'Ospedale Maggiore di Crema, il S. Anna di Roma e il Presidio Ospedaliero San Paolo di Bari.

Il nosocomio di Crema, che vede la direzione sanitaria guidata da una donna, ha conquistato i tre bollini rosa grazie al percorso a 360 gradi per il trattamento

tela della salute della donna e del bambino S. Anna di Roma è stato premiato per l'eccellenza nella fisiopatologia della riproduzione e della diagnosi prenatale. È il primo centro pubblico nel Lazio dedicato alla fecondazione assistita che offre Fivet, Icsi e tecniche di III livello (Tese) con alte percentuali di gravidanza.

Il Presidio Ospedaliero San Paolo di Bari vanta un servizio di radiologia senologica con certificazione del sistema di gestione per la qualità secondo la norma ISO 9001:2000 per la ricerca e lo sviluppo dei servizi di diagnosi e cura in materia senologica, per l'erogazione di prestazioni diagnostiche, cliniche, strumentali integrate e terapeutiche interdisciplinari in regime ambulatoriale; parto-analgesia gratuita.

Ma il cammino verso la crescita d'attenzione ai bisogni dell'universo femminile non si ferma qui: le strutture premiate verranno monitorate per verificare che i requisiti siano mantenuti.

E per chi ha ottenuto meno di 3 bollini? Tutti avranno una nuova opportunità per migliorare le proprie performance e conquistare le vette della classifica: nel 2010 ci sarà, infatti, un nuovo bando di concorso.

Si avvicina il traguardo dei Women's hospitals

"Siamo alla terza edizione del progetto Ospedale-donna - ha spiegato Francesca Merzagora, presidente di Onda - una iniziativa che mette al centro le esigenze delle donne con l'obiettivo di identificare nel panorama sanitario italiano gli ospedali a loro più vicini. Le donne, infatti, rappresentano la principale utenza dei servizi sanitari. Ma quando si ammalano devono fare i conti con ospedali in cui le peculiari esigenze femminili non sono considerate o forse non sono conosciute".

Comunque, ha evidenziato Merzagora a distanza di tre anni qualcosa si muove: oggi sono oltre 230 gli ospedali in rosa presenti sul territorio nazionale. Un trend in crescita che avvicina sempre di più l'Italia

Il progetto Ospedale-donna

Il progetto è rivolto a tutte le strutture (singola Azienda, Presidio ospedaliero, Casa di Cura accreditata) e agli Ospedali in lingua italiana all'estero. Punta a individuare le realtà clinico e/o scientifiche all'avanguardia nel panorama sanitario italiano per facilitare la scelta del luogo di cura da parte delle donne. Alle strutture ospedaliere che possiedono i requisiti dettati dall'Osservatorio sono assegnati dei bollini rosa che attestano l'impegno verso le malattie femminili. L'obiettivo è premiare le strutture che già possiedono caratteristiche a misura di donna e incentivare le altre ad adeguarsi nel tempo ai parametri definiti dall'Osservatorio.

agli obiettivi raggiunti negli Stati Uniti, dove esistono gli Women's hospitals, centri organizzati per le diversità di genere. "Attraverso il progetto dei bollini rosa - ha spiegato Giovanni Scambia, dirigente medico dell'Istituto di Clinica ostetrica e ginecologica, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - è stato messo in luce un problema: il modello maschile finora utilizzato negli ospedali non può funzionare anche per le donne. Spesso se ne sente parlare, ma c'è ancora poca attenzione sull'argomento. Onda ha fatto capire che esistono due entità. L'uomo e la donna, e che i modelli validi per l'uno non sono applicabili direttamente anche all'altro".

Ecco perché l'Università Cattolica nei suoi due centri principali di Roma (Policlinico Gemelli) e di Campobasso (Centro Giovanni Paolo II), entrambi premiati con 3 bollini rosa nel 2008, sta cercando di creare un team di specialisti nella salute femminile. "Allo stesso tempo - ha concluso Scambia - si sta dedicando allo sviluppo di un reparto di terapia sperimentale per testare i nuovi farmaci anche nel sesso femminile".

"La maggior parte dei pazienti nel nostro Ssn - ha sottolineato Francesca Martini, sottosegretario alla Salute in occasione della presentazione del progetto Ospedale-donna - ma anche gran parte degli operatori sono donne. Dobbiamo affrontare le specificità della medicina di genere, e in questo senso i bollini rosa sono un marchio di eccellenza che deve essere un punto di partenza".

Martini ha inoltre ribadito la sua intenzione di organizzare la prima Conferenza nazionale sulla femminilizzazione della sanità e ha annunciato che è in corso di realizzazione un libro con le testimonianze più significative raccolte dal forum online promosso dal sottosegretario sulle donne nella sanità. **Y**

I criteri 2009 per l'assegnazione dei bollini

1 BOLLINO ROSA

- presenza da 1 a 3 unità operative per le malattie di genere
- applicazione dei Lea con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni
- accreditamento e certificazione per i requisiti alberghieri e strutturali

2 BOLLINI ROSA

- requisiti per ottenere 1 bollino rosa
- presenza nel Comitato Etico di almeno 3 donne
- donne in posizioni dirigenziali
- personale infermieristico prevalentemente femminile,
- caratteristiche strutturali, servizi a misura di donna e caratteristiche multienniche

3 BOLLINI ROSA

- requisiti per ottenere 2 bollini rosa;
- produzione di pubblicazioni scientifiche su patologie femminili;
- applicazione della normativa vigente sull'ospedale senza dolore
 - controllo del dolore nel parto e analgesia ostetrica.

“Troppi cesarei? Parliamone”: a colloquio con Luis Cabero Roura

Non sempre le ragioni sono bioeticamente accettabili

di Arianna Alberti

Pensiero lucido ed eloquio coinvolgente. Gli interventi del professor Cabero Roura nei più importanti meeting internazionali di ginecologia e ostetricia lasciano il segno anche per l'umanità e la passione medica che sa trasmettere. Socio onorario Aogoi (da tanti anni ci onora della sua presenza ai congressi nazionali Sigo-Aogoi e alle principali iniziative promosse dalla nostra Associazione), il professor Cabero Roura, che vive e lavora a Barcellona, è una figura di spicco della ginecologia mondiale: già vicepresidente della Federazione internazionale di Ginecologia e ostetricia e membro dell'Executive Committee of European Board and College of Obstetrics and Gynecology, è candidato alla presidenza della Figo al prossimo congresso mondiale di Cape Town.

Lo abbiamo incontrato a Villasilvius, in occasione del 9° Corso di Medicina Embrio-fetale e Perinatale organizzato dal presidente Aogoi Giovanni Monni, dove Cabero ha svolto un'interessante relazione sulle problematiche legate all'eccesso di parti cesarei. Con la consueta gentilezza ci ha dato l'opportunità di porgli alcune domande su questo tema che Aogoi considera di prioritario interesse e a cui ha riservato uno spazio importante nel prossimo congresso nazionale di Bari.

Professor Cabero, lei ha tracciato un quadro molto esaustivo delle cause dell'aumento dei parti cesarei a partire da uno schema che vede da una parte “la donna”, al centro “il medico” e dall'altra parte “il contesto”.

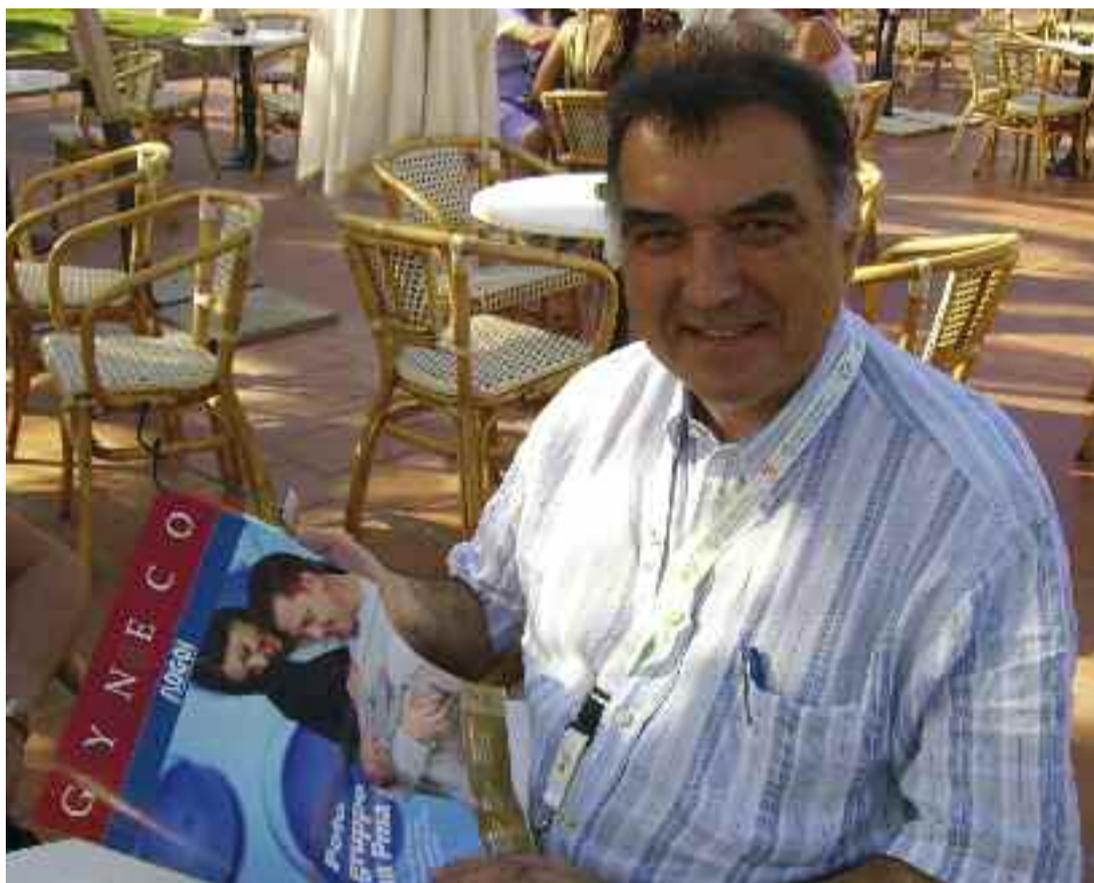
Secondo lei il medico è un po' l'ago della bilancia?

Non è proprio così, anche se va detto con chiarezza che il medico è uno dei principali “responsabili” – o meglio, artefici – di questa situazione.

Le ragioni dell'eccesso di Tc, come si sa, sono molteplici.

Sono di tipo organizzativo, innanzitutto, legate alla struttura e alle necessità di programmazione. Ci sono ospedali che dispongono di un anestesista due volte a settimana: se ci si aspet-

Riprendiamo il nostro approfondimento sui Tc con un'intervista al professor Cabero Roura, figura di spicco della ginecologia internazionale e candidato alla presidenza della Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia al prossimo congresso mondiale di Cape Town



ta un parto difficile ecco che si programma un cesareo in funzione della sua presenza.

Spesso le ragioni sono mediche, per cui il cesareo è necessario e rappresenta un'arma terapeutica.

Altre volte, tuttavia, i motivi sono difficilmente spiegabili. È innegabile che ci sono cesarei non necessari, che vengono fatti per ragioni che nulla hanno a che vedere con la biologia ma, per esempio, per timore di un contenzioso medico-legale o per insicurezza personale dell'ostetrico al momento dell'assistenza, per problemi di tempo, di agenda (la necessità di essere in due posti contemporaneamente) e di comodità personale (per non dover lavorare la notte o nei week-end).

“Con un buon screening prenatale potremmo fare solo i cesarei necessari”

C'è poi l'aspetto economico. Con un taglio cesareo si guadagna di più che con un parto per via vaginale. Non è da sottovalutare anche un altro aspetto: il cesareo permette di instaurare una relazione più lunga con la paziente, la lega di più al suo medico.

Ebbene, tutte queste situazioni non hanno nulla a che vedere con la biologia né con la scelta della donna né con la struttura,

ma dipendono dal medico e sono le principali ragioni che portano all'aumento dei parti cesarei sia nelle strutture private sia in quelle pubbliche, dove il problema è meno rilevante.

Il medico privato ricorre più facilmente al cesareo. Qual è il motivo principale?

Dobbiamo considerare che il medico privato deve prendere delle decisioni “da solo” e se pensa che il parto per via vaginale possa comportare il minimo problema non esiterà a optare per un cesareo. Quando si lavora in equipe, si condividono le responsabilità. Il training in questo ha un grande peso: nelle strutture pubbliche il medico può condividere le responsabilità e le competenze,

ma un medico privato molte volte è solo con la sua paziente e deve avere le sufficienti capacità per prendere una decisione. Sa che il minimo problema potrebbe tradursi in uno stigma professionale molto amplificato.

Lavorando in équipe, invece, le responsabilità si condividono ed è più facile gestire un parto per via vaginale.

Non dimentichiamo, infatti, che la gestione di un parto per via vaginale presuppone un'adeguata preparazione. Bisogna essere preparati e sentirsi in grado di far fronte alle eventuali complicazioni.

I bravi piloti, che hanno la sicurezza di “saper tenere bene la macchina in curva”, si cimentano in percorsi difficili perché sanno che alla minima sbandata saranno in grado di riportarla in assetto. Un automobilista di scarsa esperienza non vuole cimentarsi su una strada difficile. Se può, ne sceglie una senza curve. E fa bene. Così il medico, se non si sente sicuro di poter gestire un parto vaginale è meglio che opti per il cesareo.

La ritengo una motivazione comprensibile ed eticamente accettabile. Ma non mancano altre ragioni, meno “oneste” e dunque meno bioeticamente accettabili.

La scarsa preparazione impartita dalle Scuole di specializzazione è un problema importante, come lei ha più volte sottolineato.

Sì, certo. C'è però bisogno anche di un cambiamento culturale. I giovani specialisti, magari, vanno dall'altra parte del mondo per apprendere le tecniche laparoscopiche, ecografiche, oncologiche. Ma non c'è nessuno specialista che vada in un centro per apprendere come gestire un parto per via vaginale. Non è un ambito che attrae. Il training inoltre è solo un aspetto del problema, perché ci sono professionisti molto preparati e con molta esperienza che sono i primi a fare i cesarei, soprattutto nel privato.

Lei ha parlato di “cesareo come alternativa, cesareo come appropriatezza”. E la donna, che peso ha la sua scelta in tutto questo? Spesso, infatti, si sente dire che sono loro, le donne, a richiedere il taglio cesareo perché si sentono più sicure.

Le donne spesso pensano che il cesareo sia più sicuro ma non è così. Vi è senz'altro una certa pressione sociale e mediatica. Si sente: “la regina ha fatto un cesareo, la star del cinema o la cantante famosa hanno fatto un cesareo”. E si pensa “perché non dovrei farlo anch'io?”.



Due immagini del professor Luis Cabero Roura a Villasimius. Nella foto in alto è con la vicepresidente Aogoi Valeria Dubini

Ma è vero anche che l'informazione che viene loro fornita, spesso anche da parte del medico, è in qualche modo parziale e non basata sull'evidenza. È incompleta. La donna ha il diritto di decidere, però deve essere informata chiaramente: quando firma il consenso deve essere consapevole (lo dice la letteratura) che con il cesareo ha una probabilità sette volte superiore di morire lasciando orfano il suo bambino, di andare incontro a un'isterectomia, a un problema con l'intestino o con l'apparato urinario, a una colostomia, a una placenta previa o a una proxioplacenta, a un acrotismo placentare. È vero che sono casi limitati ma ci sono e se facciamo il raffronto con il parto vaginale queste probabilità sono molto alte. Non bisogna però dimenticare che anche il parto vaginale mal fatto è pericoloso: quando facciamo un'episiotomia non necessaria; quando applichiamo il forcipe e produciamo lesioni cervicali anche se non serve... Se sappiamo invece aspettare, lasciando la donna libera di assumere le posizioni che preferisce, senza fare clisteri, senza usare l'ossitocina (se non necessaria), se facciamo l'epidurale quando va fatta, allora il parto vaginale è molto sicuro. Tutto ciò va utilizzato se il parto devia dalla normalità, ma se il parto è normale, come nel 90 per cento dei casi, noi non dobbiamo fare niente, dobbiamo fare solo un buon controllo prenatale. Per esempio dobbiamo rilevare con molta attenzione la macrosomia che è la causa di molti cesarei per disproporzione. In questo senso se si facesse un cesareo a tutte le primipare con un feto di pe-

so stimato superiore ai 4300 g si eviterebbe il problema della distocia di spalle. Con uno screening prenatale del peso del bambino e un buon controllo prenatale che valuti il distress fetale potremmo fare solo i cesarei necessari.

Voi medici dunque potete fare molto per invertire questo trend, anche se lei si è detto pessimista a riguardo. Cosa può innescare

un vero cambiamento?

Credo che il cambiamento passi per l'informazione alla donna e la formazione del medico. Trovo molto eloquente il dato che il 30 per cento delle ginecologhe sceglie di partorire con il cesareo.

Ci vogliono programmi specifici di informazione alle donne e di formazione per i medici. Vanno inoltre risolte alcune questioni innanzitutto di tipo assi-

curativo (le assicurazioni dovrebbero pagare la stessa cifra per un parto vaginale e un cesareo) e di tipo medico-legale. A questo proposito valuto molto positivamente i protocolli congiunti tra la nostra società scientifica nazionale e la magistratura, in cui vengono indicati i casi in cui va fatto il cesareo. Il protocollo è la miglior difesa medico-legale ma certo può anche divenire una potente arma contro il medico se non vi si attiene.

Professor Cabero, lei ha detto che il tasso di cesarei non può essere un buon indicatore di qualità di un ospedale.

Sì, penso sia sbagliato difendere i cesarei quanto essere contro. Gli ospedali devono avere il diritto di definire le loro linee cliniche. Bisogna elaborare delle linee guida che prevedano i casi in cui si rende necessario, dei protocolli coerenti. L'obiettivo deve essere sempre quello di offrire il massimo alle donne. Un cesareo può anche essere evitato trasferendo la donna, laddove se ne profili la necessità, in strutture più attrezzate, con unità di terapia intensiva neonatale. Gli ospedali con meno di 500 parti all'anno, si sa, presentano alti rischi e hanno un alto tasso di parti cesarei.

L'umanizzazione della medicina e le medical humanities sono

temi che le stanno particolarmente a cuore. Quanto è importante umanizzare l'evento parto?

L'umanizzazione non deve concentrarsi solo sull'evento parto, deve esserci sempre, è parte integrante della nostra professione. Il parto fisiologico (che non significa parto non controllato) richiede forse un'attenzione più mirata all'umanizzazione delle strutture, ma è importante in tutte le circostanze: nel consulto pregestazionale, in quello prenatale, quando la donna viene a fare le ecografie, quando si ammalia di cancro alla mammella o all'ovaio, quando le muore un figlio.

Dai suoi discorsi, dalle sue relazioni congressuali, traspare un grande amore per la ginecologia. Un amore, quello per la sua professione, che ha saputo trasmettere anche in famiglia...

Forse ho saputo trasmettere qualcosa dell'amore per la mia professione ai miei tre figli - due femmine e un maschio - visto che sono tutti e tre ginecologi (la più piccola sta finendo la specializzazione). Sì, il principale segno dell'amore per la mia professione è che tutti e tre i miei figli abbiano scelto di fare i ginecologi. Y

Riconoscimenti per la ginecologia italiana

Sego e Socg hanno conferito l'associazione onoraria a Giovanni Monni e a Mario Campogrande

Giugno ricco di riconoscimenti per la ginecologia italiana. Prima è stata la volta del presidente Aogoi Giovanni Monni, nominato Membro di Onore della Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Sego), durante il 30° Congresso Nazionale tenutosi a Barcellona dal 15 al 19 Giugno 2009.



Il presidente della SEGO, Bajo Arenas, consegna a Giovanni Monni il riconoscimento

"The Spanish Society of Gynecology and Obstetrics (Sego) - riportava impresso la targa commemorativa - have decided to nominate to Professor Giovanni Monni, as honorific member of our society, according to the scientific contribution and relevant merit in progress of our speciality."

È toccato poi al Presidente onorario Aogoi Mario Campogrande. A conferire il riconoscimento la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (Socg) nel corso del suo 65° Annual Clinical Meeting tenutosi a Halifax dal 17 al 21 giugno. L'honorary fellowship a Campogrande è giustificata dalla sua carriera: "è un pioniere nel campo della ginecologia e dell'ostetricia in Italia, dove

è stato tra i primi ad impiegare gli ultrasuoni", hanno giustificato i ginecologi canadesi. "Durante la carriera ha inoltre profuso il suo tempo nell'insegnamento della disciplina, [ed] avviato programmi per la prevenzione del cancro al seno e del tumore della cervice uterina".



Mario Campogrande

Presentata al Parlamento la relazione annuale sulla legge 194/78

Ivg: diminuiscono tra le italiane, ma aumentano tra le immigrate

di Lucia Conti

È una fotografia complessivamente positiva quella scattata nella Relazione sulla legge 194/78 inviata lo scorso 29 luglio al Parlamento dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi. Ne è convinta anche Eugenia Roccella, sottosegretario alla Salute, secondo la quale "la 194 funziona e non c'è bisogno di modifiche legislative, anche se si deve sviluppare la parte dedicata alla prevenzione". I tempi di attesa per l'Ivg inoltre - rileva il sottosegretario -, si sono ridotti ed il 58% delle donne che abortisce lo fa entro 14 giorni dal rilascio del certificato; "questo vuol dire che il servizio nelle strutture pubbliche viene garantito".

Peraltro, le italiane registrano un ricorso all'aborto inferiore anche rispetto ad altri Paesi europei. Se si considera che la fascia di riferimento internazionale per il tasso di abortività include le donne tra i 15 e i 44 anni, l'Italia nel 2007 registra il 10,7%, la Francia il 16,9 (anno 2006), l'Inghilterra e Galles il 18,2 (anno 2008) e anche gli Usa segnano un 19,4 (anno 2005). Se si considerano le ragazze con meno di 20 anni, la forbice è ancora più evidente: se in Italia, nel 2007, il tasso di abortività tra le giovanissime è stato pari a 7,5, nello stesso anno Inghilterra e Galles segnavano 25, la Francia il 16,4 nel 2006 e gli Usa il 20,5 nel 2004.

Più aborti al Centro-Nord

Lazio, Emilia Romagna e Provincia Autonoma di Trento. È qui che si ricorre di più all'Ivg, con un tasso di abortività oltre l'11%. Dalla parte opposta la Basilicata e la Sardegna, dove il tasso di abortività è circa la metà. La classifica regionale rispecchia quella per grandi aree geografiche, che vede infatti le donne del Centro-Nord ricorrere maggiormente all'Ivg. Nel dettaglio, il tasso di abortività è stato nel 2007 del 9,6 al Nord, del 10,4 al Centro, dell'8,3 al Sud e del 6,9 nelle Isole. Ma occorre considerare la maggiore presenza di cittadine straniere al Nord. È tra la

■ Continua a diminuire in Italia il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg): nel 2007 ne sono state effettuate 126.562, con un decremento del 3,4% rispetto al 2006, e il tasso di abortività è stato pari a 9,1 Ivg per 1.000 donne in età feconda (tra i 15 e i 49 anni), il 3,4 rispetto all'anno precedente. Ma la tendenza alla diminuzione dell'Ivg diventa ancor più evidente se si scorporano i dati relativi alle donne italiane rispetto a quelli delle straniere, che presentano un tasso di abortività stimato 3-4 volte maggiore, sottolineando il bisogno di potenziare le politiche di sostegno alle nuove donne che abitano il nostro Paese



popolazione immigrata che infatti si registra il ricorso superiore all'aborto, cresciuto dal 31,6% del 2006 al 32,2% del 2007. Un trend in controtendenza rispetto alle donne italiane, tra cui gli interventi sono diminuiti del 5% rispetto al 2006. La presenza di donne straniere nel nostro Paese d'altra parte è in continua crescita e, con esse, anche il numero di popolazione in età feconda, aumentata di 4.084 unità.

In generale, il 58,0% delle Ivg in Italia è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 34,9% da donne con almeno 2 figli (agli inizi degli anni Ottanta tali percentuali erano 75% e 50%, rispettivamente) e l'89%

delle donne che hanno fatto ricorso all'Ivg ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato. Per quanto riguarda le Ivg ripetute, invece, per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si registra al Sud con il 25,1%, anche se a livello regionale si registrano alti tassi di Ivg ripetute in Liguria (con il 30,8%) e in Toscana (30,3%).

Tra le donne straniere che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con figli. Ma differenze etniche si notano anche sulla base dei tempi di gestazione in cui si ricorre all'aborto. La distribuzione generale mostra una leggera riduzione degli interventi ef-

fettuati a 11-12 settimane (da 17,2 nel 2006 a 16,4 nel 2007), una stabilità di quelli effettuati prima delle 8 settimane (36,8% sia nel 2006 che nel 2007) e di quelli effettuati dopo la 12esima settimana gestazionale (2,8%). Si deve in questo caso tener conto, infatti, del fatto che le cittadine straniere tendono ad abortire - entro i novanta giorni - a settimane gestazionali più avanzate. Il 21,9% delle Ivg che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 13,5% tra quelle delle italiane.

Giovani e nubili più a rischio aborto

Nel 2007 il 7,5 delle Ivg ha riguardato ragazze con età inferiore ai 20 anni e il 15,3 ragazze tra i 20 e i 24 anni. È proprio quest'ultima la fascia di età in cui si ricorre maggiormente all'aborto.

Tutte le fasce hanno comunque registrato una diminuzione nel corso dell'ultimo anno, con un calo del 3,3 e del 3,8 per le due classi di età precedentemente citate. La situazione, tuttavia, appare di gran lunga migliore per le giovani italiane che non per quelle degli altri Paesi occidentali. Se in Italia l'Ivg tra le donne con meno di 20 anni è pari al 7,5%, infatti, in Inghilterra e Galles la quota raggiunge il 25% e anche gli Stati Uniti hanno il 20,5% (dato riferito all'anno 2004). Situazione simile si registra tra le ragazze della fascia 20-24 anni, dove l'Italia segna il 15,3%, il Galles il 33% e gli Usa addirittura il 39,9% (anche questo dato è riferito al 2004). Quo-

te più basse si registrano in Italia anche rispetto ad altri Paesi come l'Olanda, la Svezia, la Francia e la Norvegia.

Occorre inoltre sottolineare che gli aborti tra minorenni sono aumentati soprattutto tra le straniere, alzando così la quota totale di Ivg effettuati tra le giovanissime che abitano nel nostro Paese. Se infatti gli interventi tra le italiane con età inferiore ai 18 anni sono passati da 3.596 nel 2000 ai 3.463 del 2007 (quindi in diminuzione, seppur di poco), tra le ragazze straniere gli interventi sono cresciuti dai 181 del 2000 ai 637 del 2007. L'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 69,6% dei casi dai genitori e nel 29,5% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare. L'Ivg resta diffusa soprattutto tra le nubili. I tassi di abortività per stato civile calcolati dall'Istat mostrano infatti una diminuzione tra le coniugate (dal 20,5 nel 1981 all'8,1 nel 2004) e una minor diminuzione seguita da un aumento tra le nubili negli stessi anni (dall'11,5 al 10,1). In questo caso la realtà internazionale si presenta diversa, perché se in Italia, nel 2007, la quota di aborti tra le nubili o già coniugate (cioè per le donne che hanno figli fuori dal nucleo familiare) non si è discostata troppo da quella delle coniugate (rispettivamente 54,8 e 48,2 degli interventi), in altri Paesi dell'estero l'Ivg riguarda prevalentemente donne nubili o già coniugate. In Inghilterra, Galles e Usa, per esempio, la quota di interventi tra le donne nubili/già coniugate si aggira intorno all'85%, lasciando intuire che sia anche conseguenza di una carenza di politiche di sostegno alle donne senza una relazione stabile.

In Italia, inoltre, il maggiore ricorso all'Ivg si registra tra le donne lavoratrici (intorno al 50% degli interventi), abbassandosi di circa 20 punti percentuali tra le casalinghe e di circa 30 punti tra le studentesse.

Poche e mal usate le precauzioni tra le donne straniere

Tra le cittadine straniere preoccupa soprattutto la scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile. Da un'indagine effettuata coordinata dall'ISS in collaborazione con l'ASP Lazio nel 2004, infatti, emerge che una parte consistente delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di metodi anche

di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Il coito interrotto è risultato il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo risultano spesso aver fallito per un uso non corretto. Le motivazioni per l'Ivg maggiormente riportate sono l'aver raggiunto il numero di figli desiderato e i problemi economici.

Promosso il Ssn, ma con zone d'ombra

Cresce il ruolo dei consultori, tendenza su cui influisce, anche in questo caso, la forte presenza di straniere nel nostro Paese. Nel 2007, quindi, il consultorio familiare è il servizio a cui le donne hanno maggiormente fatto ricorso e dai quali è stato rilasciato il 37,2% dei documenti di richiesta di intervento. Il ricorso superiore al consultario si registra in Piemonte (63,1% dei casi), in Emilia Romagna (59%), nel Lazio (51,1%), in Umbria (44,9%), Toscana (43,5%) e Lombardia (40,9%). D'altra parte, le percentuali più basse dell'Italia meridionale ed insulare è dovuto anche alla carenza di servizi e di personale è più consistente. al Nord i consultori pubblici funzionanti sono 904 al Nord contro i 520 del Sud. A livello nazionale resta comunque una carenza di strutture. Il raso di presenza dei consultori familiari pubblici nel 2007 è stato infatti dello 0,7 per 20.000 abitanti, ma la legge ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti.

In ogni caso, dalla relazione emerge un buon funzionamento dei servizi, tanto che sono diminuiti i tempi di attesa: il 58,6% delle Ivg nel 2007 è stato effettuato entro 14 giorni dal rilascio del documento (la percentuale era del 56,7% nel 2006) ed è di conseguenza diminuita la percentuale di Ivg effettuate dopo oltre tre settimane: 16,7 nel 2007 rispetto a 18,0% nel 2006.

Riguardo alle tecniche di intervento, nel 2007 resta elevato (86,8%) il ricorso all'anestesia generale (solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda D12/Istat, potrebbe essere registrata sotto la voce "anestesia generale"), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 10,2% degli interventi, con una leggera diminuzione rispetto al 2006. Ad eccezione delle Marche c'è quindi da segnalare, ancora una volta, l'eccessivo ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e dall'epoca ge-

Sottosegretario Roccella: "la 194 funziona e non c'è bisogno di modifiche legislative, anche se si deve sviluppare la parte dedicata alla prevenzione"

stazionale in cui mediamente le Ivg vengono effettuate; cioè in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. L'isterosuzione – ed in particolare la metodica secondo Karman – rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2007. Valori nettamente più alti nell'uso del raschiamento si osservano invece nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Sardegna, Calabria, Abruzzo e Sicilia, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 20% dei casi), a fronte di valori contenuti nell'Italia settentrionale e centrale, sia per la cittadinanza italiana che per quella straniera. Ma essendo questa tecnica associata a un maggior rischio di complicanze, il ministero sottolinea la necessità di ridurre il ricorso.

In generale, nel 91,2% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore

e nel 6,2% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Confrontando i dati delle varie Regioni, vengono confermate nette differenze, con degenze più lunghe nelle Regioni del Sud.

RU 486

Saranno inseriti ufficialmente a partire dal prossimo anno i dati degli aborti effettuati in modo farmacologico, ma la relazione del 2009 presenta già alcune notizie riguardo all'uso della RU486 in Emilia Romagna, Toscana, Marche, Puglia e Trento. I casi trattati con la pillola abortiva sono stati 1.010 casi, pari all'0,8% di tutte le Ivg.

Dai dati disponibili sull'Emilia Romagna, ad esempio, emerge che in un solo caso l'aborto è avvenuto con un ricovero di due gior-

ni, mentre 562 casi sono stati effettuati in regime di ricovero in day hospital, come previsto dall'assessorato regionale. In 37 casi (6,6%) alla procedura farmacologica ha fatto seguito una revisione di cavità causata mancato o incompleto aborto.

Crescono i medici obiettori

Cresce l'obiezione di coscienza da parte di tutto il personale sanitario. La percentuale di obiettori tra i ginecologi che effettuano le Ivg è passato, ad esempio,



dal 58,7 del 2005 al 70,5% del 2007, con percentuali superiori all'80% tra i ginecologi del Lazio (85,6%), della Basilicata (84,1%), della Campania (83,9%), della Sicilia (83,5%) e del Molise (82,8%). Più contenuto l'aumento per gli anestesisti (dal 45,7% al 52,3%) e per il personale non medico (dal 38,6% al 40,9%). Anche in questo caso, comunque, i valori più elevati si osservano al Sud, con un massimo di oltre il 70% tra gli anestesisti in Molise e Campania e punte dell'82% in Sicilia e Molise per il personale non medico. **Y**

I dati preliminari del 2008

Al momento dell'analisi dei dati erano state registrate, per il 2008,

121.406 Ivg, con un decremento del 4,1% rispetto al dato definitivo del 2007 e del 48,3% rispetto al 1982. Il tasso di abortività risulta dell'8,7, con un de-

cremento del 4,6% rispetto al 2007 e del 49,4% rispetto al 1982. Secondo queste stime, la riduzione maggiore del tasso di abortività tra il 2007 e il 2008 si

registra in Valle D'Aosta (-22%), mentre si assiste a un aumento in Abruzzo (+7,8%) in Basilicata (+11,8%) e in Sardegna (+13,5%).

Il commento del ministro Sacconi

È un'opinione complessivamente positiva quella che il ministro del Welfare Maurizio Sacconi ha espresso nelle pagine di presentazione della Relazione. Del resto gli aborti continuano a diminuire, i servizi sono sempre più efficienti e nel confronto internazionale l'Italia fa una gran bella figura. Tuttavia non mancano zone d'ombra. La sempre maggiore incidenza dell'Ivg tra le donne con cittadinanza estera, in particolare, secondo il ministro impone una particolare attenzione rispetto all'analisi del fenomeno, che tenga conto della composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, delle culture di provenienza, e dei differenti approcci alla contraccezione e all'Ivg nei Paesi di origine. D'altra parte, anche tra le donne italiane la riduzione più lenta si registra ancora oggi nella popolazione con mag-

giore svantaggio sociale. Politiche tese a potenziare il sostegno alla donna sono dunque necessarie, perché gli aborti possono diminuire ancora, soprattutto se si tiene conto che, come rilevato da un'indagine svolta dall'ISS, anche per le straniere il ricorso all'aborto rappresenta, nella maggioranza dei casi, una estrema ratio. Sacconi sottolinea anche l'importanza di continuare con le campagne di prevenzione e informazione "La promozione delle competenze e delle consapevolezza delle donne e delle coppie – scrive infatti Sacconi – è un obiettivo importante da raggiungere per l'ulteriore contenimento del fenomeno. L'attività di counseling necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo è più impegnativa nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, e la condizione di immigrata è particolarmente rilevante in tal senso. Verso questa popolazione si impongono quindi specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura

e di costumi". Questi interventi, secondo il ministro, potrebbero essere l'obiettivo di specifiche progettualità riguardanti in particolare: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute materno-infantile; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata. La capillarità dovrà essere un elemento importante anche per quanto riguarda i consultori familiari e poi la loro efficienza. A tale proposito Sacconi ricorda che nel 2008 la Conferenza Stato-Regioni ha predisposto un questionario ad hoc per una rilevazione specifica sui consultori familiari e i dati raccolti saranno ora verificati e pubblicati a breve in un rapporto nazionale in cui saranno rappresentati gli aspetti organizzativi regionali, l'evoluzione della normativa regionale in materia, gli aspetti strutturali ed organizzativi di questi servizi, le proget-

tualità in corso e le varie attività svolte. La prossima relazione sulla legge 194 potrebbe quindi contenere un bel numero di informazioni in più sul fenomeno. Senza l'altro vi saranno quelle relative alla RU486, sulla quale Sacconi preme in particolar modo dal momento che, sottolinea, "è evidente la discrepanza fra l'uso, segnalato, che si fa di prassi di questa procedura abortiva, e quello consigliato da due diversi pareri del CSS che, ricorda Sacconi, prevedono procedure rigide per la somministrazione del farmaco, tenuto conto dell'impossibilità di prevedere il momento in cui avverrà l'aborto e nel il rispetto della legislazione vigente che prevede che l'aborto avvenga in ambito ospedaliero. "L'associazione di mifepristone e misoprostolo – ricorda ancora il ministro – 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".

Arriva anche in Italia la pillola abortiva

RU 486: l'Aifa dice sì. Ecco tutti i documenti

Il primo comunicato dell'Aifa
Si alla commercializzazione della RU 486
 Roma, 30 luglio 2009

Il Consiglio di Amministrazione dell'Aifa ha deliberato l'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco mifepristone (Mifegyne). La decisione assunta conclude anche in Italia quell'iter registrazionale di Mutuo Riconoscimento seguito dagli altri Paesi europei in cui il farmaco è già in commercio, interrompendone l'uso off-label. Il Consiglio di Amministrazione ha ritenuto di dover precisare, a garanzia e a tutela della salute della donna, che l'utilizzo del farmaco è subordinato al rigoroso rispetto della legge per l'interruzione volontaria della gravidanza (L. 194/78). In particolare deve essere garantito il ricovero in una struttura sanitaria, così come previsto dall'art. 8 della Legge n.194, dal momento dell'assunzione del farmaco sino alla certezza dell'avvenuta interruzione della gravidanza escl-

Con quattro voti favorevoli ed uno contrario il CdA dell'Aifa ha autorizzato l'immissione in commercio del controverso farmaco francese

dendo la possibilità che si verifichino successivi effetti teratogeni. La stessa legge n.194 prevede inoltre una stretta sorveglianza da parte del personale sanitario cui è demandata la corretta in-

formazione sul trattamento, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative disponibili e sui possibili rischi, nonché l'attento monitoraggio del percorso abortivo onde ridurre al minimo le reazioni avverse (emorragie, infezioni ed eventi fatali). Ulteriori valutazioni sulla sicurezza del farmaco hanno indotto il CdA a limitare l'utilizzo del farmaco entro la settima settimana di gestazione anziché la nona come invece avviene in gran parte d'Europa. Tra la settima e la nona settimana, infatti, si registra il maggior numero di eventi avversi e il maggior ricorso all'integrazione con la metodica chirurgica.

Il Consiglio di Amministrazione si è avvalso anche dei pareri forniti dal Consiglio Superiore di Sanità e ha raccomandato ai medici la scrupolosa osservanza della legge.

La decisione assunta dal CdA rispecchia il compito di tutela della salute del cittadino che deve essere posto al di sopra e al di là delle convinzioni personali di ognuno pur essendo tutte meritevoli di rispetto".

Via libera a maggioranza dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) alla pillola abortiva Ru486. Il Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia ha infatti approvato il 30 luglio scorso, con quattro voti a favore (il presidente del CdA Sergio Pecorelli e i consiglieri Giovanni Bissoni, Claudio De Vincenti e Gloria Saccani Jotti) ed uno contrario (Romano Colozzi, assessore alle Risorse e Finanze della Regione Lombardia), l'immissione in commercio del farmaco in Italia.

Considerando il clamore che la notizia ha suscitato e l'ampia attenzione dei media, e in attesa che prenda il via l'annunciata indagine conoscitiva del Senato, abbiamo pensato di tornare sull'argomento fornendo i due documenti originali dell'Aifa e la lettera di chiarimenti del Ministro Sacconi.



Maurizio Sacconi, ministro del Welfare

Sacconi scrive all'Aifa
"Dia indicazioni certe sui modi d'uso"

Roma, 31 luglio 2009

"Prendo atto dell'autonoma decisione dell'Aifa di considerare sussistenti i requisiti tecnici per l'impiego della Ru486. È peraltro significativo il fatto che l'Aifa abbia ritenuto di condizionare la somministrazione della pillola abortiva ad una serie di regole che dovranno essere definite in sede tecnica dalla stessa Agenzia, sulla base della rigorosa coerenza con la legge 194/78. Sono certo che l'Aifa saprà indicare nel dettaglio le modalità con cui garantire il pieno rispetto della legge 194, la quale impone il ricovero in una strut-

tura sanitaria "dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla certezza dell'avvenuta interruzione della gravidanza", come ricordato dallo stesso comunicato del Consiglio di amministrazione dell'Agenzia. In esso si ribadisce anche che la legge prevede "una stretta sorveglianza, da parte del personale sanitario cui è demandata la corretta informazione sul trattamento, sui farmaci da associare e sui possibili rischi, nonché l'attento monitoraggio del percorso abortivo onde ridurre al minimo le reazioni avverse". Il Ministero si aspetta quindi dall'Aifa indicazioni certe circa i modi di utilizzo del farmaco affinché esso sia vincolato nella prassi al rispetto di tali profili della legge attraverso l'individuazione di un percorso attentamente definito per l'Ivg (Interruzione volontaria di gravidanza) farmacologica.

La delibera dell'Aifa dovrà tenere conto, in particolare, dei pareri del Consiglio superiore di Sanità in merito alla sicurezza del metodo chimico, che è pari a quella del metodo chirurgico solo se l'intera procedura si svolge all'interno della struttura sanitaria. La stessa decisione del Consiglio di amministrazione appare esprimere la unanime consapevolezza in esso della necessità di rimuovere i pericoli impliciti in un metodo che potrebbe determinare minore attenzione ai profili etici, sociali e



Guido Rasi, direttore generale dell'Aifa

sanitari e che rischia di ricondurre l'aborto in un ambito di solitudine privata. Come Ministero ricordo che, in collaborazione con l'Aifa, abbiamo il dovere di vigilare affinché l'uso del farmaco di cui si è appena autorizzata l'immissione in commercio non comporti il minimo rischio di indebolimento delle garanzie e dei presidi previsti dalla legge 194 a tutela della salute della donna, anche nell'ambito fondamentale della prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza".

I chiarimenti dell'Aifa
Stabilire la compatibilità con la 194 spetta agli organi competenti

Roma, 28 agosto 2009

"La direttiva Europea 2001/83, relativa all'immissione in commercio dei prodotti medicinali, impone che, dopo l'approvazione di un farmaco da parte di uno Stato membro, gli altri Paesi europei possano solo regolamentarne l'uso all'interno delle proprie leggi nazionali e definirne il prezzo ("mutuo riconoscimento").

Nel caso particolare di un farmaco abortivo le modalità di utilizzo devono essere dettate dalla legge nazionale che regola l'interruzione volontaria di gravidanza. Come noto, nel nostro Paese la legge in questione è la 194 del 1978.

La richiesta di autorizzazione all'immissione in commercio del Mifegyne (RU486), che era in uso in Francia da oltre 20 anni e successivamente è stato introdotto in quasi tutti i Paesi europei e in molti altri Paesi del mondo, è stata presentata in Italia nel 2007.

La normativa europea consente, in assenza di normativa nazionale, che qualsiasi farmaco in commercio in un altro Stato membro possa essere legalmente importato ed utilizzato in tutta la Comunità con modalità diverse. Queste disposizioni hanno fatto sì che il Mifegyne (RU 486) fosse di fatto già utilizzato nel nostro Paese fin dal 2005. È opportuno a questo punto ci-

I Paesi dove è già in commercio

Austria, Belgio, Francia, Germania, Danimarca, Grecia, Spagna, Finlandia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Regno Unito, Svizzera e anche negli Stati Uniti, in Australia e Cina. Risulta poi in corso il processo di mutuo riconoscimento in Portogallo, Romania, Ungheria e Lituania.

tare alcuni esempi:

Le Regioni Toscana ed Emilia Romagna avevano sviluppato protocolli di importazione basati sulla prescrizione "ad personam" ed il farmaco veniva consegnato alla donna, che abortiva anche a casa. La regione Piemonte importava il Mifegyne

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA CIRCOLARE N.03/09 DEL 17/07/09

I dati sull'uso prima dell'autorizzazione Aifa

Da quanto riferito dalle Regioni, il Mifepristone (RU486) per l'aborto medico è stato utilizzato nel 2007 Emilia Romagna, Toscana, Marche, Puglia e Trento per un totale di 1.010 casi (0.8% di tutte le IVG). Nel 2006 l'utilizzo è avvenuto in Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Trento per un totale di 1.151 casi, pari allo 0.9% delle IVG effettuate. Nel 2005 l'uso è stato più limitato, solo Piemonte e Toscana, per un totale di 132 casi. Attualmente per questa procedura abortiva non esistono rilevazioni sistematiche. I dati forniti da alcune regioni in cui si è stato applicato il metodo farmacologico, indicano una prassi di ricovero in day hospital: in Emilia Romagna, per esempio, il profilo di assistenza per l'IVG con metodo farmacologico prevede due accessi in day-hospital a distanza di due giorni per la somministrazione dei due farmaci, oltre ad una visita ambulatoriale di controllo per la 14ª giornata. Relativamente al 2007, sempre in Emilia Romagna, su 563 IVG effettuate con metodo farmacologico, solo per una si è verificato un ricovero di due giorni. Le altre 562 sono state effettuate in regime di ricovero in day hospital come previsto dall'assessorato regionale. In 37 casi (6.6%) alla procedura farmacologica ha fatto seguito una revisione di cavità causa mancato o incompleto aborto. Anche in provincia di Trento la modalità di gestione dell'aborto farmacologico avviene in regime di day hospital. In prima giornata la donna rimane 4 ore; il terzo giorno - che corrisponde al secondo day hospital - la donna rimane 7 ore; il terzo day hospital viene effettuato a distanza di 15 giorni dal secondo accesso e la donna rimane 1 ora. Nel 2007 le IVG con questo metodo sono state 153. (Tratto dalla Relazione al Parlamento 2009 sull'IVG)

nell'ambito di una sperimentazione clinica. Queste situazioni fornivano qualche sorta di controllo e garanzia sull'uso del farmaco, ma di fatto non garantivano il rispetto di tutte le indicazioni della legge 194. Diversa e più preoccupante la situazione di molte zone di frontiera, come il Trentino e la Lombardia, dove lo specialista poteva prescrivere il farmaco e la paziente si recava ad acquistarlo oltrefrontiera, rischiando di essere completamente abbandonata a se stessa.

Il recente atto regolatorio dell'Aifa di fatto non ha quindi "introdotta" la RU 486 in Italia, bensì ha inteso regolamentare l'uso con riferimento alla legge 194/78. L'iter in Aifa è quindi stato quello di recepire il dossier europeo da parte della Commissione tecnica-scientifica (Cts composta da 18 membri di nomina ministeriale e regionale) e proporre le modalità di utilizzo in riferimento alla 194. In quattro sedute successive (da febbraio 2008 a luglio 2009) sono stati valutati i dati scientifici aggiornati ed i rapporti di sicurezza periodici forniti dall'Emea o dal ministero. A questo punto la autorizzazione del CdA è diventato un atto dovuto poiché la normativa europea non consente deroghe su base nazionale alla decisione favorevole emessa dalla Commissione UE (marzo 2007, aggiornata a maggio 2009) in assenza di nuovi dati scientifici tali da imporre una revisione della procedura che coinvolge tutti gli stati membri. La compatibilità della proposta tecnica Aifa con la legge 194 sarà ovviamente oggetto di valutazione da parte degli organi competenti.

La regolamentazione limitativa proposta dall'Aifa induce inoltre i seguenti effetti:

1. chiarezza nel fatto che diventerà illegale prescrivere al di fuori della 194 e importare il Mifegyne;
2. limite di utilizzo dovuto alla restrizione entro i 49 giorni di gravidanza, anziché gli attuali 63;
3. maggiore sicurezza per la donna, grazie al percorso in ambiente sanitario protetto ed allo stretto monitoraggio, anche mediante l'istituzione di un registro di utilizzo;
4. possibilità, per il medico di scelta, del metodo più idoneo alle caratteristiche cliniche della donna;
5. certezza che le eventuali complicanze derivanti dall'utilizzo del farmaco (definite "reazioni avverse") vengano segnalate ed opportunamente valutate attraverso un piano nazionale di farmacovigilanza attiva;
6. consapevolezza per la donna dell'intero percorso dell'atto abortivo farmacologico, delle alternative (spiegate mediante il consenso informato) e dei potenziali rischi;
7. fine dell'illusione che l'interruzione medica della gravidanza sia un evento semplice, rapido ed economico".

Consenso informato

In attesa di una legge

di Vania Cirese

Gli indirizzi in tema di consenso informato - diversamente motivati, non omogenei, non univoci - attendono una compiuta sistemazione legislativa per porre fine alle numerose controversie che sfociano in un contenzioso allarmante e disorientante. È evidente l'assoluta necessità di apportare certezza e tutela tanto alla posizione del paziente quanto a quella dei sanitari.

Val la pena ricordare che secondo un noto indirizzo (Cass.sez.V-21/4/92 n. 5639 "Caso Massimo") l'intervento chirurgico eseguito al di fuori del consenso, pur se secondo una precisa indicazione terapeutica, integra il reato di lesioni personali volontarie, ex art. 582 c.p., quale che ne sia l'esito (fausto o infausto), a causa di una condotta aggressiva all'altrui incolumità fisica e determinante una malattia. Nel caso in cui si verifichi la morte del paziente causalmente connessa all'atto medico illecito, vi saranno gli estremi dell'omicidio preterintenzionale, secondo lo stampo oggettivistico, proprio dell'art. 584 c.p.

Un secondo indirizzo (Cass. IV, 11.7.2001, n.1572), invece, sostiene che il trattamento chirurgico extraconsensuale integra di per sé il reato di lesioni colpose o di omicidio colposo, a seconda degli esiti, nei limiti in cui si accerti che il medico abbia effettuato l'intervento nella convinzione, per negligenza o imprudenza a lui imputabile, dell'esistenza del consenso.

Si suole agganciare questa responsabilità ad un "eccesso colposo", figura non espressamente prevista dall'art. 55 c.p. (che si riferisce ai soli artt. 51, 52, 53 e 54) e comunque estensibile, sia pure in via analogica, al consenso dell'avente diritto, trattandosi di una norma certamente favorevole alla posizione dell'imputato. Ciò vale qualora il consenso non sia del tutto mancante, ma esista sia pure in forma imperfetta e il medico interveniva ritenendo la sussistenza di tale presupposto: emblematico è il caso del cosiddetto "consenso presunto", riferito alle emergenze intraoperatorie, ossia quando al chirurgo,

La tematica del consenso, regolata anche in ambito europeo con la Convenzione di Oviedo, è stata ratificata dall'Italia con legge 1451/2001 e da numerosi ordinamenti giuridici di vari paesi, primo tra tutti la Francia, nel Code de Santé Publique. In Italia, tuttavia, non è stata raggiunta fino ad oggi alcuna uniformità di orientamenti né dalla dottrina, né dalla giurisprudenza di merito e di legittimità

dopo l'apertura (ad esempio dell'addome), si presenti una patologia non prevista che necessita, sia pure non con caratteri di immediata urgenza, di essere risolta. In questi casi, tuttavia, deve sempre sussistere un rapporto di accessibilità tra l'intervento principale che è in corso e quello non previsto, oggetto dell'estensione e che si presenta utile eseguire nel medesimo contesto, così che quest'ultima operazione rientri nell'ambito dei rischi prevedibili, origi-

Il consenso segna il punto di incontro tra la libertà di autodeterminazione del paziente e il dovere giuridico del medico di assecondare la scelta di quel soggetto che decida di affidarsi alle sue cure. La mancanza di questo elemento non può che determinare l'arbitrarietà dell'intervento, problematica in relazione alla quale si è ben lontani dall'aver maturato soluzioni univoche ed appaganti, come testimoniano gli incerti approdi dottrinali e giurisprudenziali in materia. È pertanto indispensabile un intervento legislativo che ponga un indirizzo preciso di riferimento e al passo con i tempi.

stere un rapporto di accessibilità tra l'intervento principale che è in corso e quello non previsto, oggetto dell'estensione e che si presenta utile eseguire nel medesimo contesto, così che quest'ultima operazione rientri nell'ambito dei rischi prevedibili, origi-

nariamente esistenti. Vi è poi un'interpretazione che ritiene che la mancanza del consenso attenga alla violazione del diritto di autodeterminazione del soggetto, implicando, in caso di difetto, i reati contro la libertà morale o personale (art. 610, 613 e 605 c.p.) In altri termini, in condizioni non urgenti ciascuno ha il diritto di autodeterminarsi facendo le scelte che ritiene più confacenti ai suoi bisogni, potendo giungere, persino, alla scelta di non sottoporsi a cure, e in questo caso il sanitario non può agire senza ottenere preventivamente un valido consenso informato, potendo rispondere di un delitto doloso quando interviene arbitrariamente. Di conseguenza risponde - quanto meno - del reato di violenza privata il sanitario che operi senza che il paziente abbia rilasciato un consenso informato, salva l'ulteriore responsabilità anche a norma dell'art. 586 c.p. (morte o lesione come conseguenza di altro delitto), ove l'intervento abbia esito infausto o comunque dannoso per il paziente (Trib. Palermo 25/07/2001, Sciortino; Trib. Rimini 433/2004; C.A. sez. II Bologna, Giulini 2403/2006, GUP Roma Dott Frigenti). Sulla tematica in argomento è intervenuta, poi, una pro-



nuncia della Suprema Corte (Cass. 1, 29/05/2002, n. 26446, Volterrani), secondo la quale in difetto di consenso non sarebbe configurabile alcun reato dolo (neanche nella specie della violenza privata) dovendosi ritenere che il medico sia sempre legittimato ad effettuare il trattamento terapeutico giudicato necessario per la salvaguardia del paziente, purché il trattamento venga svolto secondo tutte le regole dell'arte medica.

Questa posizione ermeneutica, che valorizza il concetto dell'intrinseca liceità dell'attività sanitaria, ritiene insuperabile soltanto l'espresso, libero e consapevole rifiuto eventualmente manifestato dal paziente, ancorché l'omissione dell'intervento possa cagionare il pericolo di un aggravamento dello stato di salute dell'infermo e, persino, la sua morte. In quest'ottica, solo qualora il medico effettui l'intervento nonostante il dissenso, potrà profilarsi a suo carico la responsabilità.

Alcune recenti sentenze (Cass. Sez. IV penale, 14/03/2008, n. 11335), attengono al carattere sperimentale di cure e lesività di scelte terapeutiche eccentriche. Altre pronunce hanno stigmatizzato che per la configurabilità dell'omicidio preterintenzionale è necessario che l'evento morte consegua ad un comportamento volontario diretto ad aggredire l'altrui persona sì da produrgli, nelle intenzioni dell'agente, una percossa o una lesione. In altri termini, l'elemento psicologico dell'omicidio preterintenzionale consiste nella volontarietà delle percosse o delle lesioni alle quali consegue la morte dell'agredito, come evento non voluto, seppure nella forma eventuale e indiretta della previsione del rischio (Cass. Sez. V, 13/05/2004, Thienea ed altro; sez. V, 7/02/2002, Sorvillo ed altro; sez. V, 27/10/2000, Silitti; sez. I, 10/01/2000, Saetta), giacché ove l'evento mortale fosse stato previsto anche solo come probabile, con accettazione del rischio del relativo accadimento, l'agente ne risponderebbe a titolo di omicidio volontario (art. 575 c.p.), sotto il profilo del dolo indiretto o eventuale (tra le tante, v. anche Cass. Sez. I, 18/12/2003, Venturini; sez. I, 2/10/2003, Pepe; sez. I, 13/05/2003, Rossigni ed altri; sez. I, 20/05/2001, Milici; sez. I, 7/07/2000, Falorni; sez. I, 19/12/2002, Fortunato e seg.) per la quale l'omicidio preterintenzionale si differenzia da quello volontario perché vi fa difetto la volontà omicida, non solo sotto la forma del dolo diretto, ma anche sotto quella del dolo alternativo, indiretto o eventuale (1).

Gli orientamenti più recenti

Grazie allo sforzo ermeneutico compiuto dalla Cassazione, il sindacato sull'illiceità della condotta del medico che operi senza consenso non può più prescindere dalla considerazione dell'esito fausto o infausto e la verifica se il trattamento praticato abbia prodotto un beneficio per la salute del paziente. Secondo la sentenza 2437/09 infatti, la fonte di liceità dell'atto medico non è la volontà del paziente, ma la Costituzione e non si può più continuare a rintracciare nella sola scriminante del consenso dell'avente diritto (art. 50 c.p.) la base della "non anti-giuridicità della condotta del medico. In altre parole se il consenso trova tutela costituzionale

Nella auspicata disciplina del consenso, particolare attenzione andrebbe posta alla regolamentazione, attualmente del tutto trascurata, del dissenso e del dovere di corretta, esaustiva informazione al paziente da parte dei vari operatori sanitari

(art. 32 Cost.) anche l'attività sanitaria ha base di legittimazione direttamente nelle norme costituzionali fonte di liceità nella finalità di tutela della salute, bene costituzionalmente garantito. Allora, accanto alla centralità inattuabile del consenso, occorre riconoscere che il medico è chiamato a instaurare un'indispensabile alleanza terapeutica con il malato senza esserne assoggettato, perché il trattamento sanitario lecito è teso alla tutela della salute come bene costituzionalmente garantito e non alla pedissequa realizzazione della volontà qualunque ed assoluta del paziente.

Il consenso-dissenso del paziente (espresso, attuale, informato) non si erge a fonte insostituibile di promanazione della liceità dell'atto medico, anche se il paziente ha diritto di essere informato e coinvolto nel processo decisionale della cura nel suo interesse.

Perché è necessaria una legge. In conclusione, la mancanza del consenso (sia perché mancante in quanto non reso o non sufficiente sia perché sussiste un esplicito dissenso) rende l'atto asseritamente terapeutico un'indebita violazione non soltanto della libertà del paziente di autodeterminarsi secondo le proprie inclinazioni, ma anche della sua integrità psico-fisica, soccorrendo in tali contesti l'applicabilità delle ordinarie regole

penali.

Quello del medico è un "dovere" e non un "diritto" di curare, a fronte del quale la volontà dell'ammalato non può essere relegata in un piano di assoluta irrilevanza. In altri termini, la professione medica non può essere esercitata "ab libitum", con il solo limite della propria coscienza. Difatti è il paziente che ha il "diritto" alla sua salute psicofisica, e il suo consenso a un determinato trattamento sanitario rappresenta la modalità di esplicazione di quel diritto, e non già una causa di giustificazione dell'attività medica, fatti salvi i casi di trattamenti obbligatori per legge o l'urgenza (stato di necessità che la presente legge intende definire "medica" nei suoi confronti peculiari e distinti da quella di per sé "giuridica").

È il consenso, quindi, che "aziona" il "dovere" del medico di salvaguardare la salute, "dovere" prima di quel momento solo potenziale in quanto condizionato. Mancando questo anello di congiunzione, l'intervento diviene arbitrario e non può essere privo di conseguenze. Può dirsi pertanto che il dovere del medico di prestare la propria opera illumina solo un aspetto della professione medica, atteso che è il "consenso" a reggere la trama degli elementi qualificanti il rapporto medico-paziente, trovando un significativo presidio di natura costituzionale (artt. 32; 13 Cost.).

Un obbligo di intervento al di fuori di questi casi sembra negligenza il dato per cui solo il legislatore può codificare le ipotesi in cui l'esigenza solidaristica debba prevalere sulla libertà di autodeterminazione, legislatore che deve rispettare quelle scelte fortemente intimistiche, quali quelle relative al proprio stato di salute, sul cui fondo si staglia un percorso interiore che non tollera indebite ingerenze. La correttezza della soluzione prospettata è avvalorata dalla previsione di cui all'art. 32 del Codice di deontologia medica, a tenore del quale: "il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente".

Il terzo comma, poi, recita: "il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito, una opportuna documentazione del consenso". In assenza di consenso ed in presenza di evento infausto aderente al dettato codicistico, il medico va incontro a responsa-

bilità penale e civile.

Non sembra che le soluzioni della giurisprudenza possano ritenersi inique dal punto di vista sanzionatorio, nel senso che il sanitario venga ad essere equiparato ad un "malfattore". Difatti, la cura posta in essere arbitrariamente degrada a "comportamento comune". Tuttavia gli orientamenti non sono omogenei, disorientano e inoltre occorre considerare che il diritto penale, per imprescindibili esigenze di certezza, deve necessariamente essere ancorato a dati oggettivi, che chiamano in causa il legislatore.

Inseguendo i diversi itinerari, che nascono dalle varie culture ed esperienze europee ed internazionali, è innegabile che in Italia come negli altri ordinamenti, l'approccio di chi si interroghi sulla responsabilità medica, sull'effettiva tutela del paziente, si modelli organizzativi e di gestione dei servizi sanitari, non possa prescindere dalla valorizzazione della corretta informativa al paziente a garanzia della sua libera e consapevole adesione alla scelta terapeutica adottata dal sanitario. Appare necessario ed improcrastinabile un intervento legislativo che preveda una disciplina organica della materia razionalizzando i principi e gli orientamenti che si sono fatti strada nell'esperienza giuridica civile e penale su tanti specifici aspetti nel nostro ordinamento, non tralasciando significativi punti di riferimento raggiunti e divenuti patrimonio culturale comune della legislazione sanitaria europea.

Nella auspicata disciplina del consenso, particolare attenzione andrebbe posta alla regolamentazione (attualmente del tutto trascurata) del dissenso ed all'altra delicata questione del dovere di corretta, esaustiva informazione al paziente, da parte dei vari operatori sanitari che singolarmente od in equipe erogano cure e trattamenti, nella consapevolezza che oltre il medico altri profili professionali si occupano del paziente. Di qui la nozione "sanitario". Una separata trattazione dovrebbe poi prendere in esame gli obblighi (finora misconosciuti) gravanti sulla struttura in persona dei suoi amministratori e/o legali rappresentanti o preposti. Non v'è dubbio che la struttura (ospedale, casa di cura) sia tenuta ad una prestazione "complessa", che non si esaurisce nell'erogazione delle cure mediche e di quelle chirurgiche, ma si estende ad una serie di altre prestazioni, quale la messa a disposizione di personale medico e sanitario, dei medicinali, delle attrezzature tecniche necessarie e quelle alberghiere. Il responsabile della struttura è tenuto ad adempiere all'obbligo di informativa relativamente alle dotazioni ed al personale disponibile, alla sicurezza e qualità delle cure.

È di tutta evidenza che gravi ca-

renze strutturali e organizzative possano essere causa di danni e/o rischi per la salute dei pazienti ed essi debbano essere messi in condizione di decidere il proprio ricovero nel prudente apprezzamento anche dei requisiti della struttura.

Una compiuta regolamentazione della materia non può prescindere poi da una chiara distinzione tra i trattamenti diagnostici e terapeutici programmati o d'elezione, in merito ai quali si dispiega al massimo la libertà di determinazione del paziente, e quelli obbligatori per legge o urgenti in ricorrenza di pericolo di vita del paziente, per i quali si riespande l'autonomia e la responsabilità professionale del sanitario, garante di diritti ed interessi inviolabili e costituzionalmente garantiti.

Il disegno di legge che auspichiamo

Altri aspetti che attendono una esauriente disciplina sono quelli relativi alla rappresentanza dei minori e degli incapaci, privilegiando al massimo la loro tutela, nonché quegli aspetti inediti della materia, dalle esigenze di informazione delle informazioni sanitarie, da una parte, e di tutela della riservatezza della persona assistita, dall'altra, nella contemperanza di questi interessi. Il disegno di legge che auspichiamo dovrebbe inoltre tenere in conto anche l'esigenza di adozione di provvedimenti sanitari di protezione di terzi e del personale sanitario, in caso di gravi malattie e rischi connessi allo svolgimento dell'attività sanitaria che necessitano di precauzioni per il personale nei confronti delle persone assistite per scongiurare infezioni, contagi, diffusività e per i soggetti preposti alle attività sanitarie al fine di assicurarne l'idoneità all'espletamento dei servizi. **Y**

Nota

1. La sentenza citata si discosta dall'orientamento del "Caso Massimo" perché per configurare l'omicidio preterintenzionale sarebbe pur sempre necessario che il reato di lesioni volontarie sia stato commesso con il dolo diretto intenzionale ("atti diretti a commettere il reato di cui all'art. 582 c.p., dolo specifico). Tuttavia, la sentenza afferma di condividere l'orientamento espresso dalla sentenza Barese (Cass. Sez. IV, 9/03/2001), che non esclude in modo assoluto la possibilità di ipotizzare la fattispecie dell'omicidio preterintenzionale, ma la subordina all'accertamento dell'esistenza del dolo diretto e non eventuale dell'agente, poiché in mancanza, il delitto potrà essere ritenuto colposo, laddove vi siano i presupposti; distingue la fattispecie dell'omicidio (per cui è richiesto il dolo specifico, diretto, intenzionale) da quella di lesioni per cui necessita il dolo generico.

La condotta medica rispetto all'indicazione farmacologica prescritta

La responsabilità del medico nella prescrizione farmacologica

di Pier Francesco Tropea

Nella comune conoscenza del tema concernente i profili di responsabilità professionale del medico si è generalmente portati a considerare le evenienze di tipo chirurgico, nelle quali la colpa medica può concernere la scorretta o negligente esecuzione di un intervento, piuttosto che il mancato ricorso a un'operazione chirurgica ritenuta (in un giudizio espresso a posteriori) necessaria e viceversa nella realtà omessa. Infatti è molto raro che un evento medico dannoso possa essere ricondotto a una errata somministrazione di un farmaco e quando ciò è accaduto la responsabilità è in genere riconducibile ad un banale quanto imperdonabile scambio di medicinali da parte del personale sanitario addetto alla somministrazione di un farmaco al paziente ospedalizzato, con conseguenze talvolta irreversibili nei riguardi del malato. Del tutto singolare può essere considerata l'evenienza in cui un farmaco regolarmente prescritto dal medico possa determinare un danno grave per il paziente, in tali casi dovendosi valutare la correttezza della condotta medica rispetto all'indicazione farmacologica prescritta. Tale ultima notazione relativa alla decisione terapeutica assunta dal medico nel caso specifico si riferisce ai casi in cui il farmaco prescritto venga impiegato per curare una patologia diversa da quella per la quale la sostanza viene comunemente adoperata oppure in riferimento al dosaggio o comunque alle modalità di impiego del farmaco stesso, con particolare riguardo alla via di somministrazione della sostanza impiegata. In riferimento alla suddetta premessa, risulta di particolare interesse l'illustrazione del caso giudiziario di cui ci occupiamo nella presente nota, sia per l'eccezionalità dell'evento avverso connesso con l'impiego di un farmaco regolarmente presente in commercio, sia per la gravità delle conseguenze indotte dalla somministrazione del farmaco stesso.

Il caso

Allo scopo di curare l'irsutismo e l'acne conseguenti all'esistenza di una policistosi ovarica, una giovane donna in ottime condi-

■ Le "buone regole" da seguire nel caso in cui si intenda utilizzare un farmaco per indicazioni differenti rispetto a quelle ufficialmente riconosciute e rese note dal Prontuario farmaceutico

zioni di salute inizia, dietro prescrizione medico-specialistica, un trattamento con il farmaco "Flutamide", dopo aver assunto per qualche anno un estroprogestinico senza ottenere alcun reale beneficio da tale terapia ormonale rispetto alla sintomatologia lamentata. Esaurito un primo ciclo di terapia con Flutamide, molto ben tollerato dalla paziente, viene prescritto un ulteriore ciclo terapeutico nel corso del quale si instaura un quadro di epatite fulminante che conduce all'exitus della paziente, nonostante il ricorso a un trapianto di fegato ripetuto per 3 volte senza successo.

In sede giudiziaria, nel corso dei procedimenti penali che hanno visto imputato il medico responsabile della prescrizione del farmaco suddetto, è stata preliminarmente contestata al sanitario la circostanza di aver fatto ricorso ad un farmaco comunemente adottato per la cura dei tumori della prostata, non risultando dunque in alcun modo motivata la somministrazione di tale sostanza, gravata di effetti collaterali importanti, solo al fine di curare in una giovane donna un sintomo di lieve entità, seppure esteticamente pregiudizievole. Da parte del medico si eccepiva che il Flutamide veniva da tempo adoperato nella cura dell'iperandrogenismo femminile e che l'insorgenza di un'epatite quale conseguenza di tale trattamento essendo stata riscontrata nell'1% dei casi e solo nei trattamenti con dosaggio molto elevato. Era stato inoltre affermato che, in luogo del Flutamide, si sarebbe potuto far ricorso a un preparato ormonale quale il ciprotterone, farmaco dotato di una buona attività antiandrogenica. Gli stessi periti avevano affermato che il Flutamide, pur caratterizzandosi per un'azione di tipo antiandrogenico, non risultava possedere un'efficacia reale nel



È indispensabile che il medico si attenga alle indicazioni ufficialmente codificate che ogni farmaco possiede, evitandone l'uso per patologie non specificamente previste e per le quali non esista una sufficiente esperienza clinica

contrastare la secrezione delle gonadotropine, ragion per cui si poteva dedurre che il Flutamide non avesse un effetto benefico sulla sindrome dell'ovaio policistico. Peraltro, l'elemento cardine su cui è stata fondata la condanna del medico nei due gradi di giudizio di merito e in sede di legittimità (Corte di Cassazione, Sez. IV penale, n. 556, marzo 2008) è consistito nell'uso da parte del sanitario di un farmaco per indicazioni diverse da quelle autorizzate, come tali precisamente richiamate dal "bugiardino" che accompagna tutte le confezioni dei prodotti farmacologici. Inoltre, nel predetto foglio illustrativo, sono puntualmente richiamati i possibili inconvenienti legati all'uso del farmaco, al fine di fornire al medico l'opportunità di bilanciare i vantaggi legati alla somministrazione di un farmaco e i rischi connessi con

l'impiego del prodotto adoperato. Nel caso in cui un sanitario, per ragioni terapeutiche precise, intenda ricorrere ad un farmaco per indicazioni differenti rispetto a quelle ufficialmente riconosciute e rese note dal Prontuario farmaceutico, il medico deve riferirsi ad esperienze cliniche consolidate già presenti in Letteratura e comunque ha il dovere di informare compiutamente il paziente sui vantaggi e sui rischi connessi con l'uso del farmaco in oggetto, al fine di ricevere dallo stesso paziente un consenso informato specifico. Altro dato da rimarcare a proposito del caso giudiziario è quello relativo all'opportunità di

far ricorso a periodici esami laboratoristici di controllo nei casi in cui venga adoperato un farmaco dotato di potenziale tossicità.

Questa nota vale soprattutto per le sostanze farmacologiche di cui sia conosciuto il rischio del danno epatico legato alla somministrazione, poiché sono largamente note le possibilità di valutare, attraverso i comuni esami di laboratorio, le ripercussioni negative che una sostanza farmacologica può avere sulla funzionalità del fegato. Ciò allo scopo di sospendere tempestivamente un trattamento medico lesivo, prima che il danno su un organo importante come il fegato divenga irreversibile.

Analizzando le motivazioni giuridiche che possono condurre alla condanna o all'assoluzione di un medico chiamato a rispondere di un evento dannoso occorso a un paziente, deve essere valutato l'elemento della prevedibilità dell'evento, in assenza del quale il medico deve essere considerato esente da ogni respon-

sabilità in ordine all'evento stesso. Se, come nel caso in esame, il potenziale danno al paziente è stato richiamato dall'industria farmaceutica elencando gli inconvenienti legati all'uso del farmaco, l'imprevedibilità dell'evento non può essere sostenuta facendo leva sull'eccezionalità del caso, in quanto quest'ultima non esclude la prevedibilità del danno che può essere arrecato al destinatario di un atto medico da un evento quale è la prescrizione di un farmaco.

Pertanto, dall'analisi del caso illustrato si possono trarre alcune considerazioni utili ai medici nell'esercizio delle proprie mansioni quotidiane che prevedono, quale atto terapeutico elementare, la prescrizione di un farmaco a fini curativi.

È innanzi tutto indispensabile che il medico si attenga alle indicazioni ufficialmente codificate che ogni farmaco possiede, evitandone l'uso per patologie non specificamente previste e per le quali non esista una sufficiente esperienza clinica.

In tutti i casi valgono le indicazioni illustrate dal "bugiardino" accluso a ogni confezione, ivi compresi gli inconvenienti, le possibili reazioni e interazioni tra farmaci e le controindicazioni relative. Troppe volte è dato di constatare il ricorso da parte del medico a farmaci con indicazioni diverse da quelle previste per la sostanza farmacologica adoperata; un esempio per tutti può essere fatto nel caso dei diuretici, spesso usati come coadiuvanti nel trattamento dell'obesità o comunque nel caso di eccesso ponderale e ciò senza alcun controllo relativamente al ricambio idroelettrolitico, il cui equilibrio può essere alterato dal diuretico adoperato. È inoltre opportuno che il medico tenga conto della durata del trattamento terapeutico e delle dosi di farmaco adoperate, avendo cura di sottoporre il paziente a controlli clinici ed ematochimici nel caso di terapie a lungo termine.

Si hanno buone ragioni per ritenere che il foglietto illustrativo accluso a ogni confezione di un prodotto farmaceutico venga molto raramente consultato dal medico che è tendenzialmente portato ad avvalersi della propria esperienza clinica, sottovalutando quanto prospettato dall'industria farmaceutica, nel presupposto che gli eventi avversi elencati nel "bugiardino" appartengano all'eccezionalità e vengano ricordati come evenienze del tutto astratte.

È invece utile ricordare che, in caso di reazioni ed effetti indesiderati conseguenti all'uso di un farmaco, il medico potrà essere ritenuto responsabile per aver prescritto un farmaco senza tener conto delle potenziali conseguenze negative legate alla somministrazione della sostanza in oggetto, e soprattutto per non aver adottato quelle misure cautelative (controlli laboratoristici specifici) idonee a prevenire l'instaurarsi di un danno per il paziente. **Y**

Tre punti qualificanti dell'impegno di Agite

Per rilanciare il valore delle nostre competenze

di Maurizio Orlandella

Ginecologo consultoriale
ambulatoriale, Icp e Asl Milano
Presidente AGITE

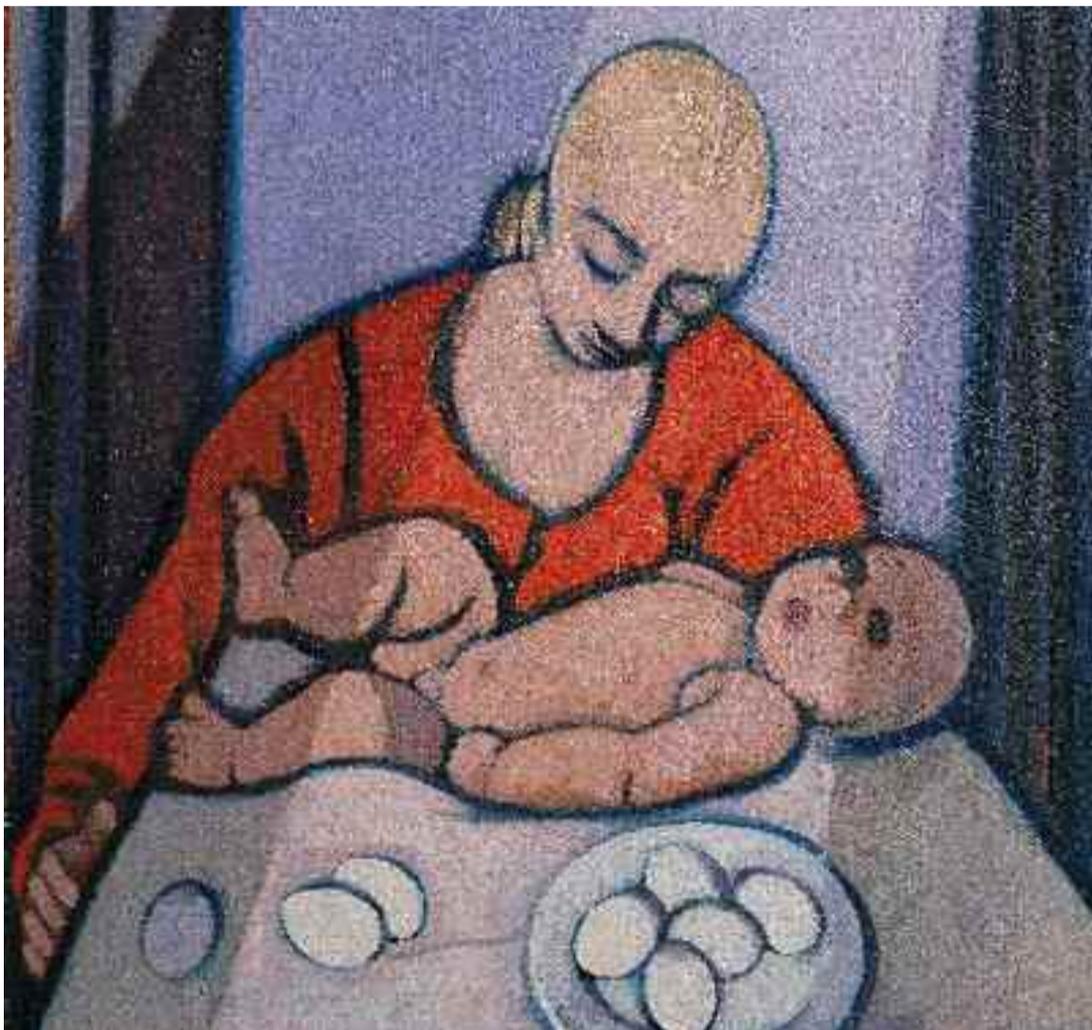
Tra le numerose sollecitazioni del 1° Congresso AGITE, vorrei soffermarmi su tre punti qualificanti che concorrono a definire la qualità dell'assistenza e della presa in carico specifici della prestazione "Visita Ginecologica" moderna ovvero:

1. la "standardizzazione della visita ginecologica ambulatoriale-consultoriale esercitata dal ginecologo, sia privato che pubblico
2. la necessità di un nuovo studio della semiotica del pavimento pelvico
3. una sequenza di azioni e specifiche qualità, nella presa in carico, proposte da forum, associazioni di operatori, di pazienti.

Ci poniamo la questione della standardizzazione delle azioni della visita ginecologica affinché ne venga garantita la qualità e la valorizzazione. È questo che ne garantisce i tempi.

Una adeguata semeiotica del pavimento pelvico, consente di indagare su disturbi intimi spesso non comunicati o disturbi cronici che, benché curabili, richiedono tempo e capacità di colloquio.

Il confronto, avvenuto a Villasiemus tra Aogoi e Agite, ci ha permesso di portare la testimonianza di associazioni private, di operatori, utenti e di portatrici di patologie, che hanno fatto della modernizzazione delle prestazioni consultoriale e della formazione del ginecologo una storia già cinquantennale, rivendi-



Felice Casorati - *Maternità con le uova* - 1958, olio su tela - Rovereto

cando l'informazione e la possibilità di scelta.

La ginecologia territoriale è già moderna, ma va standardizzata e va liberata da una semplice omogenizzazione con le altre specializzazioni poiché, nella ginecologia, la componente di promozione della salute è altrettanto importante della componente organicistica. Il tempo rivendicato per la prestazione "Visita Ginecologica", come nella maggior parte dei consultori italiani, è di 30 minuti.

Definire il giusto "tempo" della visita ginecologica

La necessità di un lavoro Agite sulla visita ginecologica parte da una pubblicazione del Sumai, il Tempario delle prestazioni ambulatoriali, che nella sua prima edizione genericamente definisce lo stesso tempo per qualsiasi visita ambulatoriale di ogni specializzazione. Ciò non aiuta

nel confronto Regioni e Aziende: queste, infatti, in mancanza di una difesa corporativa (professionale) e approfittando della regionalizzazione della sanità, tendono a comprimere i tempi per aumentare la produzione. All'urgenza della standardizzazione della visita concorre un evento "inquietante" verificatosi negli ambulatori di ginecologia preventiva dell'Istituto Europeo Oncologico dove i Noc (Nucleo Operativo dei Carabinieri) regionali della Lombardia hanno contestato i 30 minuti dedicati alla visita che, come nel nostro caso, contemplava il counselling sul vaccino Hpv. La contestazione partiva dal presupposto che il tempo necessario alla visita degli organi genitali (il compito della visita ginecologica) è inferiore ai 30 minuti e perciò si può configurare un allungamento artificioso delle liste di attesa (!).

La definizione di una visita gi-

neologica e ostetrica standardizzata, condivisa con Aogoi, nell'ambito della Sigo, è dunque un tema che Agite considera di prioritario interesse.

La visita ginecologica esercitata sul territorio non è standardizzata, non viene insegnata nelle Scuole di Specializzazione come prestazione con compiti ben definiti. E ciò è una grave sottovalutazione del ruolo dei ginecologi territoriali nella prevenzione e cura della donna.

Dal punto di vista documentale viene in aiuto un libro del Prof. Giovan Battista Serra ("Fisiopatologia del rapporto medico-paziente in ginecologia", Mediamed, 2000, il cui sottotitolo è proprio Counselling. Il volume per la visita prevede una tempistica variabile tra i '20 e i '40 minuti, sfiorando nelle prime visite o in casi particolari.

Non possiamo trascurare quanto sia importante l'emersione dei problemi intimi nascosti, per

favorire, con la necessaria cautela e tatto, la comunicazione delle donne, spesso in difficoltà (anche da un punto di vista culturale) nell'iniziare un percorso diagnostico riferito a problemi sessuali o di incontinenza.

Altro elemento distintivo della visita territoriale, sia pubblica che privata, è la "presa in carico" nella gestione delle patologie croniche o recidivanti come le vulvovaginiti, le vestibuliti, la dispareunia, la dismenorrea. L'esigenza di dover considerare l'individuo, oltre l'organo, richiede tempo. Di qui la proposta Agite di un documento in cui siano definiti i compiti preventivi e il counselling conseguente. Questo documento è stato pubblicato due numeri fa su GynecoAogoi ed è reperibile sul sito www.agite.eu

La prosecuzione di questo lavoro è attribuita, al momento, a tre commissioni paritarie fra Aogoi e Fondazione Lorenzini con oggetto i temi della prevenzione nell'età peripuberale, la prevenzione nella donna fertile, la prevenzione nel periodo climaterico. Mentre le Società scientifiche definiscono compiti sempre più ampi per il counselling ginecologico e ostetrico, le dirigenze sanitarie si concentrano più sulle lunghe attese delle liste degli appuntamenti che sulla valutazione e implementazione della qualità. Contiamo su Aogoi e Sigo, affinché insieme ad Agite possa essere acclarata, sia a livello nazionale sia in ambito aziendale territoriale, la necessità di "tempo" per azioni di qualità. Sono certo che non ci mancherà il supporto delle Società a cui siamo federati (anche per quanto riguarda la comunicazione tra territorio e ospedale ai fini di un adeguato coordinamento), ma sono altrettanto certo che spetta a noi territoriali dover costruire la nostra stessa forza. Se non sapremo farlo, abbandoneremo alle nostre competenze e sminuiremo il valore della visita ginecologica e ostetrica circoscrivendola a mera esplorazione genitale e ad alcune frettolose prescrizioni per disturbi minori.

Una formazione specifica sulle disfunzioni del pavimento pelvico

Agite si propone di sollevare uno degli argomenti probabilmente più importanti per la riqualificazione della visita ginecologica, in quanto in grado di oggettivare alcune problematiche cliniche che potrebbero sfuggire durante la comunicazione verbale con le pazienti. Infatti è auspicabile che il ginecologo sappia fornire risposte diagnostiche e terapeutiche anche riguardo le patologie croniche invalidanti. Si tratta infatti di patologie a elevata incidenza, spesso misconosciute o sottostimate, ad alto costo, che pur non costituendo una minaccia per la vita ne compromettono la qualità. Tra queste patologie (per es. dispareunia, cistiti e vaginiti recidivanti ecc.), la cui patogenesi

si è attribuibile alle disfunzioni del pavimento pelvico, un posto di primo piano spetta all'incontinenza urinaria. La nostra formazione quasi sempre ignora l'anatomia e le funzioni dell'area perineale dal momento che, sia nel corso degli studi di medicina sia durante la specializzazione in ostetricia e ginecologia, ne viene "dimenticata" o sottovalutata l'importanza. Nell'ambito del suo primo congresso, Agite ha dato spazio alla discussione dei dati clinici preliminari presentati da Rosanna Palmiotto, che comparano la valutazione semeiotica della muscolatura pelvica e la sintomatologia clinica emersa dall'anamnesi fatta alle donne visitate in un ambulatorio ginecologico di base, non finalizzato allo studio delle disfunzioni pelviche. Il dato più interessante emerso è che solo il 30.9% delle 584 donne visitate nel periodo considerato, ha un pavimento pelvico sano, il 64.6% presenta una muscolatura disfunzionale. Di queste, solo l'1.3% (8 donne) sono ipotoniche, il restante 63.3% presenta una contrattura lieve (15.9%), media (36.8%) e grave (10.6%). Le patologie emerse dall'anamnesi, confrontate con l'esame clinico della muscolatura pelvica, evidenziano nel gruppo delle 26 donne affette da vaginismo, 8 donne mediamente contratte e le restanti 18 molto contratte. Anche per il dolore pelvico cronico abbiamo dati sovrapponibili. Infatti spesso le due patologie sono compresenti: su 33 casi nessuna ha una muscolatura pelvica normale o ipotonica, 2 sono lievemente contratte, 18 mediamente e 13 molto contratte. Particolarmente interessante risulta l'esame clinico di quanti riferiscono all'anamnesi incontinenza urinaria da sforzo. Sul totale di 35 donne, 5 sono risultate ipotoniche, 26 contratte

ed una normale. Dati importanti, che hanno delle chiare implicazioni sulle reali possibilità terapeutiche per le donne con dolore pelvico cronico o vaginismo. Il ginecologo ambulatoriale, seguendo le pazienti nel tempo, è nelle condizioni migliori per poter gestire il follow-up e per garantire la continuità assistenziale. Agite auspica quindi che il ginecologo si appropri di una semeiotica specifica in modo che la possa applicare nella valutazione del perineo integrandola nella visita ginecologica di routine, indipendentemente dalle condizioni di salute e dall'età delle pazienti. Per raggiungere questo ambizioso ma irrinunciabile obiettivo, si propone una formazione sulla semeiotica dell'area perineale, in sinergia con il mondo ospedaliero.

Valorizzare il materno-infantile: nuovi servizi e modalità operative nei consultori privati

Incontrarci con le associazioni che hanno fatto la storia della ginecologia consultoriale (Aied, Uicemp, Ced, ma non solo), che rinnovano quelle elaborazioni utilizzando forum e consulenze via internet ("Cerchi" e "Vita di Donna", per esempio), è per noi un piacere e motivo di orgoglio. Agite vuole contribuire al rilancio di una ginecologia che rimetta la salute riproduttiva, il diritto di scelta della donna, il consenso degli operatori a un confronto trasparente e pubblico. Inoltre, riunire in una tavola rotonda le attività più innovative di queste associazioni, assume il significato di un brain storming collettivo efficace.

Tra le varie opzioni suggerite ne estrapolerei alcune:

- ambulatorio non udenti (Cemp);
- servizio di reperibilità telefonica festiva (Cemp);

- la formazione tramite gruppi Balint (Aied);
- 10 anni di forum professionali cercando di cambiare l'ostetricia (Cerchi);
- consulenze telefoniche e online di "Vita di Donna";

L'ambulatorio non udenti

Nasce da una richiesta dell'Ente Nazionale Sordomuti (Ens) che si rivolse al Cemp nel 1999 segnalando l'esigenza di trovare un luogo di cura ginecologico e andrologico fisso per le/gli utenti dell'Ente. È stato necessario un periodo di formazione per un'operatrice tecnica della comunicazione che garantisse la traduzione di colloqui in sede di visita per garantire con spiegazioni corrette sulle tematiche consultoriali (terapie, contraccezione, menopausa, ecc.). Allo stesso tempo anche il personale del consultorio ha avuto incontri con il personale dell'Ente per acquisire conoscenze relative alla personalità e alle problematiche specifiche della sordità.

Servizio di reperibilità telefonica festiva

Il week end e i giorni festivi pongono esigenze urgenti ai quali può dare risposta un'organizzazione non solo burocratica, ma attenta alle esigenze dell'utenza. 5 medici si alternano nella gestione del cellulare dell'urgenza con una reperibilità dalle 9 alle 19 di sabato, domenica e altri giorni festivi. A Milano, come consultoriale, abbiamo presentato un progetto (immediatamente accantonato dopo le prime promesse) che garantiva anche ai ginecologi territoriali di fornire servizi di emergenza, che fossero di specifica competenza territoriale come la contraccezione di emergenza, problemi connessi al puerperio e all'allattamento, ecc.

La formazione tramite i "gruppi Balint"

Anche la massima disponibilità degli operatori a informare non garantisce una reale comunicazione con le utenti. Dietro ai fallimenti contraccettivi più o meno consapevoli e agli aborti ripetuti, dietro all'impossibilità di assumere responsabilità verso la propria salute c'è un bisogno di ascolto, che spesso viene misconosciuto se il fine è solo educativo. Il nodo centrale è la comunicazione, la possibilità di cogliere la domanda e la capacità di essere empatici. Dimostrare una concreta capacità all'ascolto e alla comprensione, un'autentica curiosità e l'attitudine a mettere in risonanza le proprie risorse con quelle dell'altro.

Il problema è, però, come rendere la formazione fruibile per tutti i ginecologi e non già solo per alcune élite associative private. La formazione richiede tempo (e azioni) per esaltare la propria capacità di ascolto, acquisendo tecniche specifiche degli psicoanalisti. Il gruppo Balint è opportuno che sia condotto e guidato da uno psicanalista, di grande perizia, capace di navigare nei conflitti che i gruppi Balint sollevano. Troppi sono gli argomenti che suscitano sensibilità o toccano l'intimità profonda delle persone, quando si è professionisti della genitalità e delle emozioni a ciò connesse. Auspichiamo quindi un cambio nella formazione specialistica in tale direzione.

10 anni di forum professionali

In una decina di anni di attività (1999-2009), "Cerchi" - associato dal 1999 al 2006 alle attività di Andria (Associazione per la promozione di un'assistenza appropriata in ostetricia e ginecologia) - ha scambiato più di 4000 messaggi. Gli argomenti più ricorrenti sono la medicalizzazione e la spersonalizzazione durante il percorso nascita; lo scarso margine di scelta da parte delle gravide-madri riguardo ai luoghi e alle modalità del parto e, da parte delle donne, riguardo alla contrac-

cezione e alla procreazione assistita; la salute sessuale e riproduttiva come bene comune da garantire a tutti; i frequenti attacchi all'autodeterminazione e le difficoltà per ottenere l'Ivg in molti contesti. Per migliorare la situazione italiana il forum di Cerchi ha individuato nel potenziamento del ruolo delle ostetriche e nel potenziamento dei consultori gli strumenti necessari e più adeguati.

Consulenze telefoniche e online di "Vita di Donna"

Vita di Donna gestisce un sito di grande frequentazione che fornisce informazioni su quando fare un test di gravidanza o un pap test, come e quando utilizzare la pillola anticoncezionale, la contraccezione di emergenza, dove e come fare una interruzione di gravidanza, chi fornisce una buona assistenza al parto o al puerperio, dove trovare dei buoni corsi di preparazione al parto, come conoscere i servizi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche (consultori familiari, Asl, ospedali ecc.). Fornisce aiuto gratis grazie ad un numero telefonico sempre "aperto", anche nei giorni festivi. In futuro vi sarà uno spazio sempre più ampio per approcci non tradizionali che favoriscono consulenze facilitate fuori da un contesto di classica relazione medico-paziente. Il ruolo di Agite è anche quello di valorizzare esperienze particolari come quelle appena esposte, con il preciso intento di facilitare la creazione di una lobby trasversale (siamo tutti ginecologi e operatori per la salute riproduttiva) in grado di arrestare la progressiva devalorizzazione delle prestazioni dell'area materno-infantile. Il 1° Congresso Agite si è preoccupato di presentare alla Ostetricia e Ginecologia Italiana questo spaccato di realtà professionale che raramente entra in contatto con le situazioni più istituzionali. È con piacere che ci siamo confrontati con le loro forti motivazioni in favore della salute delle donne. Y

Addio a Ugo Montemagno, uno dei padri della ginecologia italiana moderna

Fu l'artefice della nuova Sigo-Federazione Italiana "una sola grande Casa che ci contiene tutti"

Si è spento lo scorso 20 luglio all'età di 78 anni il professor Ugo Montemagno, uno dei decani della ginecologia italiana. Una carriera costellata di successi e riconoscimenti quella di Montemagno, siciliano di Caltagirone trapiantato a Napoli. Professore emerito di Ginecologia e Ostetricia della facoltà di Medicina e Chirurgia

dell'Università degli Studi di Napoli Federico II e direttore della clinica ostetrica dell'ateneo federiciano dal 1984 al 2000, è stato autore di 450 pubblicazioni su riviste italiane e straniere a severo controllo relazionale e di varie monografie e capitoli di trattati nazionali e internazionali. Presidente della Società Italiana

di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) dal 1993 al '95 e past president Sigo dal 1996 al '98 (attualmente era in carica come Revisore dei Conti effettivo), il professor Montemagno è stato membro attivo in diverse società scientifiche: presidente della Società di Psicosomatica in Ostetricia; presidente della Società di Fisiopatologia



Ostetrica; socio fondatore della Society for the Study of Reproduction; socio fondatore dell'International Society of Gynaecological Endocrinology.

Nel 1994 fu nominato ad unanimità Commissario ad Acta della Sigo che trasformò in "Sigo - Federazione Italiana" con un nuovo statuto federativo tra Sigo, Aogoi e Agui. "È stata la vittoria del buon senso, della fiducia, della ritrovata unità dell'area ginecologica - ha scritto nel suo ultimo editoriale a fine mandato presidenziale nel '95 - al di là di tutte le sigle e le divisioni tribali, più spesso ereditate che inseguite dai singoli, nell'interesse di tutta la Ginecologia Italiana, che finalmente si riconosce e coagula in una in una sola grande Casa che contiene tutti". Anche per questo, GynecoAogoi lo ricorda con gratitudine.



Per una corretta applicazione della legge numero 69/2009

Operazione trasparenza sulle retribuzioni dei dirigenti

di Carmine Gigli
Presidente Fesmed

L'articolo 21, della legge 69/2009 (vedi box), detta delle norme finalizzate ad introdurre quella che viene definita: "Trasparenza sulle retribuzioni dei dirigenti e sui tassi di assenza e di maggiore presenza del personale". La nuova legge fa obbligo alle Aziende di pubblicare nel proprio sito internet:

1. le retribuzioni annuali, i curricula vitae, gli indirizzi di posta elettronica e i numeri telefonici ad uso professionale dei dirigenti
2. di rendere pubblici, con lo stesso mezzo, i tassi di assenza e di maggiore presenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale

Come è chiaramente espresso nella legge e ribadito nella circolare n. 03/09 del Dipartimento della Funzione Pubblica (DPF), (vedi testo a pag. 27) è compito delle Aziende e non del dirigente adempiere a queste disposizioni.

L'unica incombenza stabilita dalla legge per i dirigenti medici è costituita dalla compilazione del proprio curriculum vitae. Infatti, nella circolare viene precisato che il "curriculum vitae dovrà essere compilato, e periodicamente aggiornato, a

■ L'applicazione dell'articolo 21 della legge 69/2009, che obbliga le pubbliche amministrazioni (comprese le Asl) a pubblicare le retribuzioni, i curricula, gli indirizzi e-mail, i numeri di telefono e anche i tassi di assenza dal luogo di lavoro, sta creando diversi equivoci nelle nostre aziende sanitarie. E questo anche a seguito di una circolare del ministro Brunetta che invita le aziende a verificare le informazioni contenute nei curricula, andando chiaramente oltre il dettato della legge

LEGGE 18 GIUGNO 2009, N.69

"Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile"

(Gazzetta Ufficiale n. 140 del 19 giugno 2009 - Supplemento ordinario n. 95)

Art. 21. Trasparenza sulle retribuzioni dei dirigenti e sui tassi di assenza e di maggiore presenza del personale

1. Ciascuna delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, ha l'obbligo di pubblicare nel proprio sito internet le retribuzioni annuali, i curricula vitae, gli indirizzi di posta elettronica e i numeri telefonici ad uso professionale dei dirigenti e dei segretari comunali e provinciali

nonché di rendere pubblici, con lo stesso mezzo, i tassi di assenza e di maggiore presenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale. 2. Al comma 52-bis dell'articolo 3 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, la lettera c) è sostituita dalla seguente:

«c) obbligo, per la singola amministrazione o società che conferisca nel medesimo anno allo stesso soggetto incarichi che superino il limite massimo, di assegnare l'incarico medesimo secondo i principi del merito e della trasparenza, dando adeguatamente conto, nella motivazione dell'atto di conferimento, dei requisiti di professionalità e di esperienza del soggetto in relazione alla tipologia di prestazione richiesta e alla misura del compenso attribuito». 3. Il termine di cui all'alinea del comma 52-bis dell'articolo 3 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, è differito fino al sessantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore della presente legge.

cura dell'interessato".

La legge non prevede che le Aziende richiedano al dirigente medico nessun tipo di consenso o di liberatoria per quanto riguarda gli altri dati, in quanto gli stessi sono già in lo-

ro possesso. Di conseguenza, potremo ignorare eventuali richieste di questo tipo perché, per quanto ci riguarda, è opportuno che ogni eventuale errata comunicazione ricada sull'Azienda e non sul dirigente.

La circolare del Dfp stabilisce inoltre che il curriculum vitae venga compilato secondo un modello riportato in allegato e scaricabile dal sito del Ministero. Sempre a proposito del curriculum vitae, La stessa circola-

re aggiunge: "Si raccomanda di riportare nel CV esclusivamente informazioni pertinenti rispetto all'incarico svolto dal dirigente. Prima della pubblicazione on line, le Amministrazioni avranno cura di verificare le informazioni contenute nei CV, che devono essere esposte in forma sintetica, siano coerenti e non eccedenti in relazione alle esigenze della pubblicazione sul sito internet istituzionale".

Se possiamo concordare sul fatto che il curriculum vitae debba riportare esclusivamente informazioni pertinenti con l'incarico svolto dal dirigente, non possiamo accettare in nessun modo la successiva raccomandazione, che affida alle Aziende il compito di verificare le informazioni contenute nei curricula. Questo va oltre il dettato della legge ed è lesivo della nostra professionalità, oltre ad essere limitativo per il percorso professionale compiuto da ogni singolo dirigente.

Per questo motivo vi invito a non accettare che il vostro curriculum vitae venga in qualche modo modificato e di segnalare, dal sito www.fesmed.it, eventuali manipolazioni eseguite dall'Azienda sullo stesso.

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

AVVISO IMPORTANTE

Ricordiamo che chi non è in regola con le quote associative, sia per morosità sia, se dipendente del Ssn, per il mancato adeguamento della quota trattenuta sulla busta paga, fissata in 30 euro mensili, non potrà usufruire delle importanti tutele previste dallo SCUDO AOGOI

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

I soci ai quali l'Azienda non ha applicato l'aumento della quota associativa a € 30 mensili e continua a trattenere degli importi inferiori (es. € 10; 12; 15; 20), NON POSSONO USUFRUIRE dell'intero pacchetto e, in particolare, non saranno coperti dalla Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi e dall'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I di 2° rischio.

Per non perdere queste importanti tutele professionali, invitiamo i colleghi a verificare sulla busta paga l'esatto importo della trattenuta sindacale (Fesmed/Aogoi) e, nel caso risultasse inferiore a 30 euro mensili, a sollecitare l'Ufficio personale della propria Azienda affinché provveda tempestivamente al suo adeguamento.



**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO DELLA
FUNZIONE PUBBLICA**

**Circolare n.03/09
del 17/07/09**

OGGETTO

Legge 18 giugno 2009, n. 69

“Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile” – Pubblicazione dei dati sulla dirigenza e sulle assenze e presenze del personale – Prime indicazioni operative.

PREMESSA

La Legge 18 giugno 2009, n. 69, recante “Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile”, entrata in vigore il 4 luglio 2009, contiene, tra gli altri provvedimenti, il piano industriale della pubblica amministrazione. Le norme del Capo III introducono disposizioni volte a favorire l’efficienza e la trasparenza dell’azione amministrativa e l’eliminazione degli sprechi attraverso misure che riguardano anche la pubblicità dei dati relativi alla dirigenza pubblica ed ai tassi di assenza e di maggiore presenza del personale.

In particolare, l’art. 21, comma 1, della Legge, in attuazione dei principi di trasparenza e di buona amministrazione, obbliga le amministrazioni a pubblicare, sui siti internet di ciascun ente od organismo, i curricula vitae dei dirigenti, i dati relativi agli emolumenti da questi percepiti e i rispettivi recapiti, oltre alle informazioni inerenti i tassi di assenza e di presenza del personale di ciascun ufficio dirigenziale.

Al fine di consentire a tutte le Amministrazioni di dare rapida e completa applicazione alle misure di trasparenza e pubblicità sopra indicate, si ritiene opportuno, sentito, altresì, anche il Garante per la protezione dei dati personali, fornire alcune indicazioni operative atte

a facilitare l’individuazione dei dati che devono essere resi pubblici e le più idonee modalità con cui effettuare la pubblicazione stessa sui siti internet di ciascun ente.

1. DATI RELATIVI AI DIRIGENTI

L’art. 21, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69, prevede l’obbligo “di pubblicare nel proprio sito internet le retribuzioni annuali, i curricula vitae, gli indirizzi di posta elettronica e i numeri telefonici ad uso professionale dei dirigenti e dei segretari comunali e provinciali ...” Al riguardo, si precisa che la disposizione fa riferimento a tutti i dirigenti, anche di livello apicale, delle Amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2, del d.lgs. n.165/2001, ed ai segretari comunali e provinciali di livello A,B e C.

Retribuzioni annuali dei dirigenti

Oggetto di pubblicazione saranno i dati relativi a tutti gli emolumenti percepiti annualmente dal dirigente, secondo le voci retributive specificate nei contratti collettivi di lavoro di ciascun comparto e nel contratto individuale stipulato dal dirigente

medesimo con l’Amministrazione di servizio. Dovranno, pertanto, essere pubblicati sia gli emolumenti afferenti il trattamento fondamentale, sia quelli percepiti a titolo di retribuzione accessoria, secondo le voci specificate nell’allegato schema e comunque ricomprese nel contratto individuale di lavoro.

Curricula vitae

Le Amministrazioni dovranno avere cura di mettere a disposizione sul sito internet i dati curriculari di tutti i dirigenti in servizio, titolari di incarichi di funzione, di staff o di studio di ricerca.

Il CV dovrà essere compila-



Renato Brunetta

to, e periodicamente aggiornato, a cura dell’interessato. Alla presente circolare è allegato il modello da utilizzare per la compilazione del curriculum. Tale modello sarà, inoltre, reperibile e scaricabile. Ovvero compilabile on line, dal sito internet del Dipartimento della funzione pubblica.

Si raccomanda di riportare nel CV esclusivamente informazioni pertinenti rispetto al-

l’incarico svolto dal dirigente. Prima della pubblicazione on line, le Amministrazioni avranno cura di verificare che le informazioni contenute nei CV, che devono essere esposte in forma sintetica, siano coerenti e non eccedenti in relazione alle esigenze della pubblicazione sul sito internet istituzionale.

Indirizzi di posta elettronica e i numeri telefonici

I siti internet dovranno, inoltre, contenere i riferimenti telefonici e di posta elettronica degli uffici dirigenziali, nonché gli indirizzi istituzionali della posta elettronica dei dirigenti.

Modalità di pubblicazione online

Le informazioni rese disponibili sul sito internet dell’Amministrazione devono essere pubblicate in un formato e con modalità tali da non consentire modificazioni da parte di utenti della rete.

2. DATI RELATIVI AI TASSI DI ASSENZA E PRESENZA DEL PERSONALE

La disposizione dell’art. 21 ha, altresì, stabilito l’obbligo di pubblicare sul sito internet istituzionale “i tassi di assenza e di maggiore presenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale”.

La norma – che si inserisce nel quadro generale dei provvedimenti e delle iniziative assunte dal Ministro per la pubblica amministrazione e l’innovazione per il contrasto dell’assenteismo dei dipendenti e per l’incentivazione della produttività degli uffici pubblici – intende rendere disponibili, in forma aggregata, le informazioni relative alle assenze ed alle presenze del personale degli uffici delle pubbliche amministrazioni, consentendo, attraverso tali dati, di monitorarne e migliorarne la produttività.

A tale riguardo, si precisa, pertanto, che le Amministrazioni in indirizzo dovranno pubblicare per ogni ufficio od unità organizzativa di livello dirigenziale:

– I dati mensili relativi alle percentuali di assenza del personale, individuate riportando il numero dei giorni di assenza complessivi al numero dei giorni lavorativi del mese di riferimento. Nel computo delle assenze dovranno essere calcolati insieme, in modo indifferenziato, tutti i giorni di mancata presenza lavorativa, a qualsiasi titolo verificatasi

(malattia, ferie, permessi, aspettativa, congedo obbligatorio, ecc.), del personale dell’ufficio od unità organizzativa (compreso il dirigente);

– Il dato relativo alla presenza dovrà emergere dal rapporto percentuale tra il numero dei giorni lavorativi complessivamente prestati dal personale dell’ufficio od unità organizzativa (compreso il dirigente) e il numero dei giorni lavorativi del mese di riferimento.

3. MODALITÀ DELLA PUBBLICAZIONE

La pubblicazione dei dati relativi ai tassi di assenza e di presenza del personale dovrà essere effettuata con cadenza mensile.

Le Amministrazioni avranno, inoltre, cura di aggiornare, ogni qual volta necessario per intervenute modifiche organizzative o contrattuali, i dati sulle retribuzioni ed i recapiti dei dirigenti.

Al fine di ottemperare pienamente al dettato legislativo, è necessario che i dati siano facilmente reperibili ed accessibili sul sito internet istituzionale. La modalità preferibile è, pertanto, quella di evidenziare sull’home page del sito una apposita sezione, adeguatamente segnalata ed, eventualmente, individuata attraverso un “nome” significativo (al riguardo, a titolo esemplificativo, si richiama il sito internet del Dipartimento della funzione pubblica, www.funzionepubblica.it, dove è presente la sezione “Operazione Trasparenza”, che contiene molti dei dati indicati dall’art. 21 della legge n. 69 del 2009).

La pubblicazione sul sito internet dovrà avvenire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro il corrente mese di luglio 2009.

Per permettere la standardizzazione dei dati e consentire alla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della funzione pubblica di effettuare il monitoraggio sul corretto adempimento delle disposizioni dell’art. 21, comma 1, della legge n.69/2009, si chiede, infine, a tutte le Amministrazioni in indirizzo di utilizzare le procedure di invio dati reperibili sul sito del Dipartimento della funzione pubblica al seguente indirizzo:

<http://www.innovazionepa.it/di-ri-gerenti2009>.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l’Innovazione
Renato Brunetta

Modello di CV allegato alla circolare della Funzione pubblica

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



VESTIREMO ALLA MARINARA...

Qualche tempo fa ci siamo imbattuti in una notiziola di interesse sanitario, di quelle che immediatamente fanno sorridere ma che poi inducono a serie riflessioni sul futuro della nostra professione.

In Irlanda il governo ha deciso che tutto il personale sanitario dovrà obbligatoriamente indossare un unico tipo di divisa di colore blu senza alcuna eccezione e che i camici bianchi saranno rigorosamente banditi dalle strutture sanitarie di quella nazione.

Ora, sperando che oltre alla divisa blu mare, i nostri colleghi d'oltremarica, non siano costretti a indossare anche un grazioso berrettino da marinaretto, ci rendiamo conto che siamo di fronte a un cambiamento epocale nell'identificazione, nell'immaginario collettivo, della figura del medico. Non più, infatti, camici bianchi svolazzanti nei corridoi e nelle corsie ospedaliere, come in tanti racconti e pellicole che hanno commosso intere generazioni e appassionato alla professione medica tanti giovani, ammirati dalla figura di brillanti dottor Mason di croniniana memoria. Medici, ostetriche, infermieri, portantini - tutti d'azzurro vestiti - gireranno sulla tolda della nave... pardon! tra malati e puerpere, finalmente indistinguibili e omologati come è giusto che sia tra gli addetti

(operai?) dello stesso stabilimento.

Ora, la motivazione di una così notevole alzata d'ingegno è che i camici dei medici possono essere causa di propagazione di infezioni ospedaliere e pertanto le divise, riducendo gli 'svolazzi' abbassano tale temibile rischio, particolarmente in ambienti sanitari facilmente contaminabili come i reparti di ostetricia e ginecologia. Senza entrare nel merito scientifico della questione, che evidentemente esula dai limiti di questa semplice nota, stupisce che agli italiani reggitori della cosa pubblica e delle nostre strutture sanitarie, tale notizia sia sfuggita.

In effetti oggi vi è un gran fermento tra le eccelse menti che siedono nel nostro Parlamento su come restituire, almeno in parte, la gestione della Sanità ai tecnici e in particolare ai medici: dopo avere sistematicamente allontanato proprio i camici bianchi dalla effettiva conduzione di cliniche e ospedali, accusandoli di bieco corporativismo e interessi antipopolari, qualche decennio fa si inneggiò alla rivoluzione sociale con l'affidamento della sanità ai manager di nomina politica, in nome di una visione socio-culturale forse un po' sovietizzante, proprio mentre quelle impostazioni politico-culturali si sbriciolavano con il Muro di Berlino.

I risultati sono sotto gli occhi di tutti: l'aver subordinato ogni nomina tecnica, ogni scelta sanitaria e ogni valutazione sull'attività delle strutture alla decisione (all'arbitrio?) di un cosiddetto manager (sempre prono di fronte alle esigenze clientelari ed elettorali del boss politico di turno) ha da un lato corrotto moralmente parte della nostra categoria e dall'altra favorito lo sfascio innanzitutto finanziario che ben conosciamo. Certo, qualche sospetto avrebbe dovuto quantomeno sfiorarci, quando gli ospedali - con questo

nome conosciuti in ogni angolo del mondo - divennero "stabilimenti", quando i medici diventarono "operatori sanitari" (non ci sono anche gli 'operatori ecologici?') e la sanità locale fu affidata ai famigerati "comitati di gestione" (comitati politici?!). Certo, occorre riflettere quando l'attività medica fu definita "prestazioni" (qualche vago accenno giovanile di esuberanza ormonale...?), quando si dovette fare i conti con la "produttività" delle sale parto e delle sale operatorie, con il "tempario", orribile termine per dire quanti bulloni avvitare... pardon! quante visite (prestazioni, appunto!) effettuare, in un'ora! E invece quasi tutti plaudemmo a quella trasformazione della sanità italiana in una fabbrica

massificata in cui il capetto, il manager, di turno batteva le mani e sceglieva secondo i dettami del suo referente politico di turno il primario ginecologo tra una 'rosa' di nomi, scartando magari fior di professionisti, rei di non portare abbastanza voti al padrone del vapore.

È tempo di recuperare il nostro insostituibile ruolo di esperti della sanità: come non si può pensare di affidare a dei manager anche capaci la guida di un aeroplano anziché a piloti professionisti, non è altresì accettabile che la gestione di un delicato settore che riguarda la salute di tutti risieda nelle mani di personaggi modesti, spesso politici trombati alle elezioni, amici e cumparielli di merende pseudopolitiche.

Occorre uno scatto d'orgoglio da parte dei medici: proviamo a far sentire forte la nostra volontà di svolgere bene e serenamente la nostra professione, impariamo a resistere in modo organizzato alle lusinghe e alle minacce del potere deterioro che oggi condiziona la Sanità (dalle Alpi al Libileo, nessuno si illuda, cambiano solo le forme... degenerative del sistema!), diciamo basta a questa massificazione iniqua che tende soltanto a deprimere chi merita! E qui torniamo alla notiziola d'apertura: la tentazione da parte dei politici di omologarci, di farci tacere, di privarci di ogni individualità che poi significa innanzitutto dignità della professione, è forte: volete mettere il gusto di vestirvi tutti allo stesso modo come un esercito di tute blu magari con in mano un libretto blu da agitare nella fabbrica sanitaria?



Internet



Online il nuovo servizio per l'aggiornamento scientifico

C'è un nuovo servizio attivo sul sito www.aogoi.it e riservato solo ai soci Aogoi. Per essere sempre aggiornati sulle novità scientifiche, anche quando la documentazione è difficilmente reperibile, basta

andare sulla voce "Aggiornamento scientifico" nella colonna di sinistra del sito Aogoi e richiedere lo studio interessato. Sarà nostra cura recuperare per te una copia ad uso strettamente personale. Unica condizione

necessaria, indicare per esteso:

- Nome degli Autori
- Titolo completo dell'articolo
- Titolo della Rivista sulla quale è stato pubblicato

Buon aggiornamento!



Libri



Riflessioni di un medico che non ha obiettato

Questo libro nasce dalla necessità di raccontare ciò che è realmente accaduto in questi trent'anni di applicazione della legge 194 sull'interruzione volontaria della gravidanza. Una coincidenza di anniversari: trent'anni dalla promulgazione della legge, trent'anni di lavoro nei consultori familiari che ho vissuto in prima persona in qualità di ginecologo non obiettore. Un bilancio che ho voluto compiere attraverso le statistiche in Italia e nel mondo ma anche dando voce alle tante storie femminili e familiari che ho incontrato quotidianamente. Quando ho iniziato a raccontare questa storia non immaginavo la nuova, importante rilevanza pubblica di tali tematiche, dopo anni di silenzio dell'opinione pubblica e di assai scarso interesse da parte delle istituzioni politiche e delle burocrazie sanitarie. Ne sono contento e non mi preoccupano le possibili strumentalizzazioni da parte di chi la pensa come me o di chi è su un altro fronte. La cosa

Giovanni Fattorini
Aborto. Un medico racconta trent'anni di 194
 253 pagine
 22 euro
 Guerini e Associati 2008
<http://www.guerini.it/>



veramente importante è che si ritorni a parlare di ciò che implica l'aborto con la passione e lo spirito costruttivo dimostrato trent'anni fa. Siamo stati pochi, in questi anni, a occuparcene nel concreto. All'inizio quasi con titubanza, poco incoraggiati quando malvisti da entrambe le parti: colpevoli "abortisti" per gli uni, poco difesi, quasi "imbarazzanti" per gli altri. Noi abbiamo continuato a incontrare centinaia di donne, ma anche uomini e bambini, quelli nati e quelli che non sono nati. Con un dilemma che non ci ha mai lasciato: stiamo davvero facendo la cosa giusta? Non sarebbe meglio lasciare il campo a una regolamentazione "spontanea". E se ciascuna si regolasse secondo le sue possibilità? L'impegno profuso in questi decenni non è stato redditizio, non ci ha dato particolare "soddisfazioni", è stato, via via sempre meno "di moda". Ma per trent'anni lo abbiamo assolto e non abbiamo perso il sonno. In molti ci hanno rimesso la carriera,

mentre altri l'hanno fatta perché schierati "correttamente". Certificare frettolosamente è facile, ragionare ed entrare in relazione con la singola donna, invece, è molto complicato. Operare nel concreto di ogni situazione, unica e irripetibile, è difficile. Lo abbiamo fatto senza sentirci eroi, ma medici che sentono il proprio dovere: quello verso ogni persona e verso la propria comunità civile. Se di eroi si deve parlare, allora eroi sono stati coloro che hanno consentito l'applicazione della legge in condizioni ospedaliere proibitive. A loro dovrebbe andare la gratitudine del Sistema Sanitario, eppure questo non succede. Le donne che in questi anni hanno richiesto l'applicazione della 194 non hanno esercitato un diritto, quanto subito una necessità. E sono state trattate con dignità. Nessuno ha più avuto il diritto di umiliarle perché una legge ha imposto di rispettarle. Da quando la legge 194 è entrata

in vigore moltissimi sono stati i cambiamenti: le donne che vi fanno ricorso, sempre più emigrate e minorenni; i consultori il cui ruolo è andato indebolendosi, nonostante abbiano dimostrato di essere lo strumento più efficace per ridurre il ricorso all'aborto volontario; l'ulteriore incremento del ricorso all'obiezione di coscienza. Si sono affermate una maggiore consapevolezza delle implicazioni morali legate all'aborto, una diversa percezione della propria sessualità. La lungimiranza di quella legge fornisce comunque ottimi presupposti perché si trovino soluzioni più consone a queste importanti trasformazioni. Decisivo sarà farlo con uno spirito collaborativo e solidale non attaccandosi aridamente ai propri interessi materiali e ideologici ma avendo, al contrario, a cuore il bene della persona. Prendendosene cura nel concreto della sua irripetibile esperienza.

Giovanni Fattorini

La sorveglianza fetale in travaglio di parto

Solitamente il lavoro di composizione di un libro è dedicato alle mogli, ai figli, alle famiglie degli Autori che pazientemente sopportano che l'interesse dell'Autore sia da tutt'altra parte per qualche tempo. Questo libro è, al contrario, dedicato a tutti quelli che soffrono e lavorano quotidianamente in sala parto: medici, ostetriche, specializzandi. La sofferenza nasce spesso dal sentirsi inadeguati a giudicare e a capire gli eventi che si stanno seguendo, a comprendere se effettivamente esista o meno la necessità di eseguire un taglio cesareo o se questa decisione nasca da timore, da paura di conseguenze medico legali o dalla vera analisi medica dei dati che ci si mostrano e che indicano un quadro clinico che è o può diventare in breve tempo non

rassicurante. È dedicato a tutti quelli che sono stati rimproverati per avere chiamato i responsabili della sala parto troppo presto di fronte a una decelerazione della frequenza cardiaca fetale, disturbando. E a quelli rimproverati per avere chiamato troppo tardi, per non avere visto la prima decelerazione del tracciato o il primo segno di andamento anomalo del travaglio. A tutti quelli che seguendo le parole di Ligabue fanno tutti i giorni "una vita da mediano", lavorando con fatica di giorno e di notte, di festivo e di prefestivo, un lavoro oscuro ma indispensabile, essenziale, privo di onori se tutto va bene, ma pieno di ansie e di solitudine se qualcosa non fila per il verso giusto. "Chiamo/non chiamo"; "ce la posso fare/non ce la posso fare"; "ho bisogno di aiuto/ce la posso

fare da solo"; "quanto rischio con questo bambino/quanto ho rischiato con questo bambino"; "speriamo che qualcuno mi aiuti/la prossima volta non mi faccio trovare". Sono tra le frasi ricorrenti che nei momenti di stress vengono pronunciate dagli operatori in sala parto. Il libro è dedicato perciò a tutte le persone che comunque amano questo lavoro in sala parto. Per ridurre le ansie, le paure, per condividere alcuni elementi ormai consolidati di semeiotica fetale e neonatale, abbiamo raccolto gli elementi essenziali e più aggiornati per potersi muovere senza timore, con la sicurezza delle conoscenze scientifiche più aggiornate e condivise e dei protocolli nazionali ed internazionali di sorveglianza in vigore. Cardiotocografia, elettrocardiografia nei casi dubbi,

Herbert Valensise, Salvatore Felis, Tullio Ghi, Barbara Vasapollo
La sorveglianza fetale in travaglio di parto
 330 pagine
 90 euro
 CIC Edizioni Internazionali
<http://www.gruppocic.com>



ecografia in sala parto, metabolismo acido base e valore del pH cordonale, ruolo della placenta e suo significato negli esiti neonatali, protocolli clinici di utilizzazione, esperienze di gestione della sala parto gestita da

sole ostetriche con adeguato filtro per identificare le pazienti a basso rischio: sono i capitoli che abbiamo voluto raccogliere e mettere a disposizione di tutti per continuare a lavorare senza alcun timore nelle nostre sale parto.



Congressi convegni e corsi

XIX FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Cape Town South Africa
4-9 ottobre

Segreteria organizzatrice
Turners Conferences & Conventions (PTY) LTD
P.O. BOX 1935 04000 DURBAN
Tel. +27 31 332 1451
Fax +27 31 368 6623
DudleyR@turnergroup.co.za

3° CONGRESSO NAZIONALE SICCR

Catania
5-7 ottobre

Segreteria organizzatrice
Selene Srl - Eventi e Congressi
Via G. Medici 23 - 10143 torino
Tel. 011-7499601
Fax 011-7499576
selene@seleneweb.com

CORSO AVANZATO DI NEUROSONOLOGIA FETALE

Milano
16-17 ottobre

Segreteria organizzatrice
Bluevents
Via Flaminia Vecchia 508
00191 Roma
Tel. 06 36382038 Fax: 06 45421443
info@bluevents.it

1° CONGRESSO AOGOI LIGURIA - 11° CONGRESSO REGIONALE G.I.L.T. - IL GINECOLOGO AL SERVIZIO DELLA SALUTE DELLA DONNA

Genova
16-17 ottobre

Segreteria organizzatrice
BC Congressi
Via XX Settembre 14/4
16121 Genova
Tel. 010-5957060 Fax 010-5958548
info@bccongressi.it

VERSO L'UMANIZZAZIONE DEL PARTO NASCERE CON L'ACQUA

Castellammare di Stabia (Na)
17 ottobre

Segreteria organizzatrice
Sirene & Partners Snc
Corso Italia 112 - 80063 Piano di

Sorrento (Na)
Tel. 081.8087577 Fax
081.5341888
info@sirenepartners.it

CORSO INTENSIVO TEORICO PRATICO GESTIONE DELLE EMERGENZE IN SALA PARTO

Roma
21 ottobre

Segreteria organizzatrice
Segreteria S.M.O.
Borgo S. Spirito 3 - 00193 Roma
Tel. 06.68802626 Fax
06.68806712
segreteria@smorr.it

GESTIONE DELLA STRUMENTAZIONE E DELL'APPARECCHIATURA ENDOSCOPICA

Reggio Emilia
24 ottobre

Segreteria organizzatrice
H.T. Congressi Srl
Via Benedetto Marcello 1 - 40141 Bologna
Tel. 051.480826 Fax 051.480582
fabiola@htcongressi .it

18TH ANNUAL CONGRESS OF EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ENDOSCOPY - ESGE

Firenze
28-31 ottobre

Segreteria organizzatrice
Promo Leader Service Congressi
Via Della Mattonaia 17 - 50121 Firenze
Tel. 055.24621 Fax 055.2342929

85° CONGRESSO NAZIONALE SIGO- 50° CONGRESSO AOGOI

Bari
28-31 ottobre

Segreteria organizzatrice:
Triumph Congressi
Via Lucillo 60 - 00136 Roma
Tel.: 06-355301 Fax 06-35340213
sigo2009@gruppotriumph.it

AGGIORNAMENTO TEORICO-PRATICO DI ISTEROSCOPIA

Lecce
5-6 novembre

Segreteria organizzatrice
Priority Srl

Viale Aldo Moro 71 - 73100 Lecce
Tel. 0832.304994 Fax
0832.304994
eventi@priority.it

TAGLIO CESAREO? NO GRAZIE - IL PARTO CON T.C. E LA SALUTE DELLA DONNA

Bologna
20 novembre

Segreteria organizzatrice:
H.T. Congressi Srl
Via Benedetto Marcello 1
40141 Bologna
Tel. 051.480826 Fax 051.480582
fabiola@htcongressi .it

XIX CONGRESSO NAZIONALE 2009 AIUG - LA CORREZIONE DEI DIFETTI DEL PAVIMENTO

PELVICO TRA EVIDENCE BASED MEDICINE E NUOVE OPPORTUNITÀ TERAPEUTICHE

Napoli
22-24 novembre

Segreteria organizzatrice:
Triumph Congressi
VIA LUCILLO 60 - 00136 ROMA
Tel. 06.355301 Fax: 06.35530235
a.grossi@gruppotriumph.it

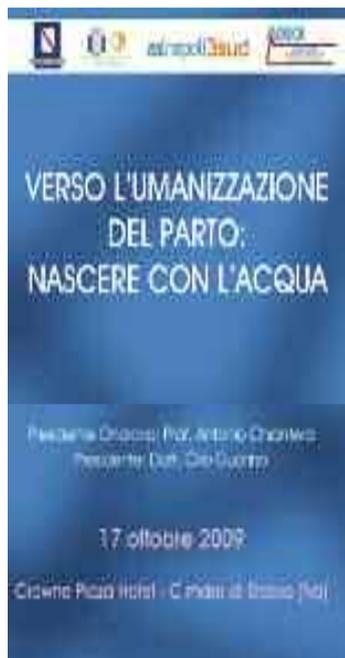
CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

San Daniele del Friuli (Ud)
23/25 novembre

Segreteria organizzatrice:
A.S.S. Via Pozzuolo 330, 4 Medio Friuli - S.O.S. Formazione e Aggiornamento
Via Pozzuolo - Udine
Tel. 0432-806050 Fax 0432-806091
cfa@ass4.sanita.fvg.it

CONGRESSO REGIONALE AOGOI LOMBARDIA

Bergamo
27/28 novembre
Segreteria organizzatrice
Centro Congressi Giovanni XXIII
Viale Papa Giovanni XXIII 106
24121 Bergamo
Tel. 035-236435 Fax 035-236474
infocon@congresscenter.bg.it



Mondo



È una ginecologa la prima donna ministro dell'Iran

Per la prima volta nella storia il Parlamento iraniano ha detto sì a una donna ministro. Marzieh Vahid Dastjerdi, 50 anni, laureata in medicina e specializzata in ginecologia e ostetricia all'università di Teheran, guiderà proprio il ministero della Salute. Con 175 voti a favore, 82 contro e 29 astenuti, Marzieh Vahid-Dastjerdi è l'unica delle tre donne proposte dal presidente Mahmoud Ahmadinejad ad aver ottenuto il consenso del Parlamento iraniano. Le altre candidature erano per la carica di ministro dell'Istruzione e ministro del Welfare.



Marzieh Vahid Dastjerdi, neo ministro iraniano della Salute



M.A.M.M.A AOGOI
Movement Against Medical Malpractice and accident
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

www.ginecologiaforense.it

Per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI" potete compilare il modulo "on line", andando al sito www.ginecologiaforense.it, nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta di assistenza. È anche possibile telefonare alla Segreteria nazionale AOGOI (tel. 02.29525380) ed esporre a voce il problema.

Fragmin®

dalteparina sodica

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

FRAGMIN 100.000 UI anti-Xa/4 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
FRAGMIN 2.500 UI anti-Xa/0,2 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
FRAGMIN 5.000 UI anti-Xa/0,2 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
FRAGMIN 7.500 UI anti-Xa/0,3 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
FRAGMIN 10.000 UI anti-Xa/0,4 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
FRAGMIN 12.500 UI anti-Xa/0,5 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
FRAGMIN 15.000 UI anti-Xa/0,6 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
FRAGMIN 18.000 UI anti-Xa/0,72 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo

2. COMPOSIZIONE

FRAGMIN 100.000 UI anti-Xa/4 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
Ogni flacone da 4 ml contiene: *principio attivo*: dalteparina sodica 100.000 UI (anti-Xa)^(*), concentrazione pari a 25.000 UI/ml
FRAGMIN 2.500 UI anti-Xa/0,2 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
Ogni siringa preriempita da 0,4 ml contiene: *principio attivo*: dalteparina sodica 2.500 UI (anti-Xa)^(*), concentrazione pari a 12.500 UI/ml
FRAGMIN 5.000 UI anti-Xa/0,2 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
Ogni siringa preriempita da 0,2 ml contiene: *principio attivo*: dalteparina sodica 5.000 UI (anti-Xa)^(*), concentrazione pari a 25.000 UI/ml
FRAGMIN 7.500 UI anti-Xa/0,3 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
Ogni siringa da 0,3 ml contiene: *principio attivo*: dalteparina sodica 7.500 UI (anti-Xa)^(*), concentrazione pari a 25.000 UI/ml
FRAGMIN 10.000 UI anti-Xa/0,4 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
Ogni siringa preriempita da 0,4 ml contiene: *principio attivo*: dalteparina sodica 10.000 UI (anti-Xa)^(*), concentrazione pari a 25.000 UI/ml
FRAGMIN 12.500 UI anti-Xa/0,5 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
Ogni siringa preriempita da 0,5 ml contiene: *principio attivo*: dalteparina sodica 12.500 UI (anti-Xa)^(*), concentrazione pari a 25.000 UI/ml
FRAGMIN 15.000 UI anti-Xa/0,6 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
Ogni siringa preriempita da 0,6 ml contiene: *principio attivo*: dalteparina sodica 15.000 UI (anti-Xa)^(*), concentrazione pari a 25.000 UI/ml
FRAGMIN 18.000 UI anti-Xa/0,72 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo
Ogni siringa da 0,72 ml contiene: *principio attivo*: dalteparina sodica 18.000 UI (anti-Xa)^(*), concentrazione pari a 25.000 UI/ml
Per gli eccipienti: vedere sezione 6.1.

^(*) 1 UI corrisponde all'attività anti-fattore Xa di 1 unità del 1° standard internazionale OMS dell'eparina a basso peso molecolare misurata con metodo amidolalitico.

3. FORMA FARMACEUTICA E CONTENUTO

Soluzione iniettabile per uso sottocutaneo (in dialisi va utilizzata la linea arteriosa del circuito extracorporeo).

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche.
• Profilassi delle trombosi venose profonde in chirurgia generale ed in chirurgia ortopedica.
• Profilassi della coagulazione extracorporea nell'emodialisi e nell'emofiltrazione fino alle 4 ore di durata.
• Trattamento della trombosi venosa profonda acuta.
• Malattia coronarica instabile quale l'angina instabile e l'infarto miocardico non Q in associazione ad acido acetilsalilico.
4.2 Posologia e modo di somministrazione. Profilassi della trombosi venosa profonda. a) Chirurgia generale.
2.500 UI per iniezione s.c. 1-2 ore prima dell'intervento e, successivamente, 2.500 UI s.c. al mattino per 5 giorni.
b) Chirurgia dell'anca.
È possibile utilizzare i seguenti schemi posologici:
1) 2.500 UI per iniezione s.c. 1-2 ore prima dell'intervento e 2.500 UI per iniezione s.c. dopo 12 ore.
Nei giorni successivi, 5.000 UI per iniezione s.c. al mattino fino alla mobilitazione del paziente (generalmente dopo 5-7 giorni).
2) 5.000 UI per iniezione s.c. la sera prima dell'intervento e 5.000 UI per iniezione s.c. le sere successive.
Il trattamento va continuato fino alla mobilitazione del paziente, generalmente per 5-7 giorni o più.
3) 2.500 UI per iniezione s.c. da 4 a 8 ore dopo l'intervento, seguite da 5.000 UI i giorni successivi, lasciando un intervallo minimo di 6 ore tra la prima dose e la successiva, nel caso in cui sia stata utilizzata l'anestesia epidurale/ spinale.
Profilassi prolungata della trombosi venosa profonda in chirurgia ortopedica (es. nella chirurgia per la sostituzione dell'anca).
5.000 UI per iniezione sottocutanea la sera prima dell'intervento e 5.000 UI per via sottocutanea le sere successive.
Il trattamento deve continuare per 5 settimane dopo l'intervento chirurgico.
In alternativa è possibile utilizzare il seguente schema posologico:
2.500 UI per iniezione sottocutanea 1-2 ore prima dell'intervento e 2.500 UI per via s.c. 8-12 ore dopo l'intervento.
Nei giorni successivi 5.000 UI per via s.c. ogni mattino per 5 settimane.
Profilassi della coagulazione extra-corporea nell'emodialisi/emofiltrazione fino a 4 ore di durata.
5.000 UI all'inizio della dialisi.
Trattamento della trombosi venosa profonda acuta.
FRAGMIN può essere somministrato per via sottocutanea sia in singola iniezione giornaliera sia in due iniezioni giornaliere.
Somministrazione giornaliera singola.
Vanno somministrati 200 UI/kg di peso corporeo al giorno per via sottocutanea.
Non è necessario monitorare l'effetto anticoagulante.
Non devono essere somistrate quantità superiori a 18.000 UI al giorno in dose singola.
Somministrazione due volte al di.
Il dosaggio iniziale raccomandato è di 100 UI/kg di peso corporeo/12 ore in quei pazienti ad alto rischio emorragico.
Di regola occorre iniziare immediatamente un trattamento concomitante per via orale con antagonisti della vitamina K.
Il trattamento con FRAGMIN deve continuare fino a che i livelli plasmatici del complesso protrombina (fattore II, VII, IX e X) siano diminuiti a valori terapeutici.
Il trattamento combinato va di norma proseguito per almeno 5 giorni.
Trattamento della malattia coronarica instabile quale l'angina instabile e l'infarto miocardico non Q in associazione ad acido acetilsalilico.
120 UI/kg per via sottocutanea 2 volte al giorno fino ad un massimo di 10.000 UI/12 ore.
La durata del trattamento è di almeno 6 giorni e può essere continuata secondo il parere del medico.
Nei pazienti in attesa della rivascolarizzazione (PTCA o CABG), FRAGMIN dovrebbe essere somministrato fino al giorno dell'intervento.
Dopo la fase di stabilizzazione iniziale di 5-7 giorni al dosaggio di 120 UI/kg di peso corporeo, due volte al giorno, la posologia sarà fissata a 5.000 UI due volte/die, per le donne di peso corporeo inferiore a 80 kg e per gli uomini di peso corporeo inferiore a 70 kg, oppure a 7.500 UI due volte/die, per le donne di peso corporeo superiore/uguale a 80 kg e per gli uomini di peso corporeo superiore/uguale a 70 kg.
La durata complessiva del trattamento non dovrà superare 45 giorni.
Monitoraggio.
Se necessario l'attività del FRAGMIN può essere monitorata con un metodo per l'anti-Xa.
Profilassi della trombosi venosa profonda in chirurgia.
Nelle normali condizioni d'impiego, FRAGMIN non modifica i parametri della coagulazione; il monitoraggio di tali parametri non è quindi necessario.
Non sono stati stabiliti i livelli plasmatici dopo monosomministrazione giornaliera di dosi pari a 200 UI/kg di peso corporeo.
I livelli plasmatici raccomandati 3-4 ore dopo la somministrazione s.c. di 100 UI/kg di peso corporeo, due volte al giorno sono compresi tra 0,5-1,0 UI anti-Xa/ml.
Tromboprofilassi nell'emodialisi/emofiltrazione fino a 4 ore di durata.
I pazienti sottoposti ad emodialisi cronica con FRAGMIN richiedono solo lievi modifiche del dosaggio e perciò sono necessari solo pochi controlli dei livelli plasmatici di anti-Xa.
Le normali dosi somistrate portano a livelli plasmatici di anti-Xa compresi tra 0,5-1,0 UI/ml.
I pazienti sottoposti ad emodialisi acuta presentano un intervallo terapeutico più ristretto e quindi devono essere sottoposti ad un monitoraggio completo dei livelli di anti-Xa.
I livelli plasmatici di anti-Xa devono essere compresi nel range tra 0,2-0,4 UI/ml.
Trattamento della trombosi venosa profonda acuta.
Il monitoraggio dell'effetto anticoagulante non è generalmente necessario.
Nel caso in cui FRAGMIN venga somministrato due volte al giorno il monitoraggio può essere comunque eseguito misurando l'attività anti-Xa.
I livelli plasmatici più elevati si ottengono dopo 3-4 ore dalla somministrazione, pertanto, i prelievi per la determinazione dell'attività anti-Xa vanno eseguiti in questo intervallo di tempo.
I livelli plasmatici di anti-Xa raccomandati sono tra 0,5-1,0/UI ml.
Modo di somministrazione.
FRAGMIN può essere iniettato per via sottocutanea nel tessuto addominale antero o postero laterale e nella parte laterale della coscia.
L'iniezione stessa deve essere eseguita introducendo interamente l'ago, perpendicolarmente e non tangenzialmente, nello spessore di una plica cutanea realizzata tra il pollice e l'indice dell'operatore.
La plica va mantenuta per

tutta la durata dell'iniezione.
In dialisi l'iniezione deve essere praticata nella linea arteriosa del circuito extra-corporeo, immediatamente prima dell'inizio della dialisi.
4.3 Controindicazioni.
L'anestesia loco-regionale per procedure di chirurgia elettiva è controindicata in quei pazienti che ricevono eparina per motivazioni diverse dalla profilassi.
Ipersensibilità ad uno qualsiasi degli eccipienti, all'eparina o a sostanze di origine suina.
Pazienti con sospetta o confermata anamnesi di trombocitopenia immunologicamente indotta.
Ulcera gastroduodenale acuta ed emorragia cerebrale.
Aneurisma cerebrale.
Disordini severi di coagulazione (diatesi emorragica).
Endocardite settica.
Lesioni ed interventi chirurgici a carico del SNC, dell'apparato visivo e auricolare.
Trombocitopenia in pazienti con risultato positivo al test *in vitro* di aggregazione piastrinica in presenza di dalteparina.
Anestesia regionale nel caso del trattamento della trombosi venosa profonda.
Ipertensione arteriosa grave non controllata (rischio di emorragia cerebrale).
L'uso del prodotto è sconsigliato durante l'allattamento.
La confezione da 100.000 UI/4 ml, per la presenza di alcool benzilico non deve essere utilizzata in donne in gravidanza (vedere sezione 4.6 Gravidanza e allattamento).
4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego. Trombocitopenia da eparina.
La trombocitopenia è una complicazione ben conosciuta della terapia con eparina e può comparire da 4 a 10 giorni dopo l'inizio del trattamento, ma anche prima in caso di precedente trombocitopenia da eparina.
Nel 10 al 20% dei pazienti può comparire precocemente una lieve trombocitopenia (conta piastrinica maggiore di 100.000/mm³), che può restare stabile o regredire, anche se la somministrazione di eparina è continuata.
In alcuni casi si può invece determinare una forma più grave (trombocitopenia da eparina di II tipo), immunomediata caratterizzata dalla formazione di anticorpi contro il complesso eparina-fattore piastrinico 4.
In questi pazienti si possono sviluppare nuovi trombi associati con trombocitopenia, derivanti dall'irreversibile aggregazione di piastrine indotta dall'eparina, la cosiddetta "sindrome del trombo bianco".
Tale processo può portare a gravi complicazioni tromboemboliche come necrosi cutanea, embolia arteriosa delle estremità, infarto miocardico, embolia polmonare, stroke e a volte morte.
Perciò, la somministrazione di eparina a basso peso molecolare dovrebbe essere interrotta oltre che per comparsa di piastrinopenia, anche se il paziente sviluppa una nuova trombosi o un peggioramento di una trombosi precedente.
La prosecuzione della terapia anticoagulante, per la trombosi causata del trattamento in corso o per una nuova comparsa o peggioramento della stessa, andrebbe intrapresa, dopo sospensione dell'eparina, con un anticoagulante alternativo.
È rischiosa in questi casi l'immediata introduzione della terapia anticoagulante orale (sono stati descritti casi di peggioramento della trombosi).
Quindi una trombocitopenia di qualunque natura deve essere attentamente monitorata.
Se la conta piastrinica scende al di sotto di 100.000/mm³, o se si verifica trombosi ricorrente, l'eparina a basso peso molecolare deve essere sospesa.
Una conta piastrinica andrebbe valutata prima del trattamento e di seguito due volte alla settimana per il primo mese in caso di somministrazioni protratte.
Anestesia spinale o peridurale.
Nei pazienti sottoposti ad anestesia spinale o peridurale, ad analgesia epidurale o a puntura lombare, la profilassi con basse dosi di eparina a basso peso molecolare può essere raramente associata con ematomi spinali o epidurali che possono portare a paralisi di durata prolungata o permanente.
Il rischio è aumentato dall'uso di cateteri epidurali a permanenza per infusione continua, dall'assunzione concomitante di farmaci che influenzano l'emostasi come gli antinfiammatori non steroidei (FANS), gli inibitori dell'aggregazione piastrinica o gli anticoagulanti, da traumi o da punture spinali ripetute, dalla presenza di un sottostante disturbo della emostasi e dalla età avanzata.
La presenza di uno o più di questi fattori di rischio dovrà essere attentamente valutata prima di procedere a questo tipo di anestesia/ analgesia, in corso di profilassi con eparine a basso peso molecolare.
Di regola l'inserimento del catetere spinale deve essere effettuato dopo almeno 8-12 ore dall'ultima somministrazione di eparina a basso peso molecolare a dosi profilattiche.
Dosi successive non dovrebbero essere somistrate prima che siano trascorse almeno 2-4 ore dall'inserimento o dalla rimozione del catetere, ovvero ulteriormente ritardate o non somistrate nel caso di aspirato emorragico durante il posizionamento iniziale dell'ago spinale o epidurale.
La rimozione di un catetere epidurale "a permanenza" dovrebbe essere fatta alla massima distanza possibile dall'ultima dose eparinica profilattica (8-12 ore circa) eseguita in corso di anestesia.
Qualora si decida di somministrare eparina a basso peso molecolare prima o dopo di un'anestesia epidurale o spinale, si deve prestare estrema attenzione e praticare un frequente monitoraggio per individuare segni e sintomi di alterazioni neurologiche come: dolore lombare, deficit sensoriale e motorio (intorpidimento e debolezza degli arti inferiori), alterazioni della funzione vescicale o intestinale.
Il personale infermieristico dovrebbe essere istruito ad individuare questi segni e sintomi.
I pazienti dovrebbero essere istruiti ad informare immediatamente il personale medico o infermieristico se si verifica uno qualsiasi dei suddetti sintomi.
Se si sospettano segni o sintomi di ematoma epidurale o spinale, deve essere formulata una diagnosi immediata ed iniziato un trattamento che comprenda la decompressione del midollo spinale.
Deve essere valutato dal medico il potenziale beneficio nei confronti del rischio prima di un intervento neuroassiale in pazienti trattati con anticoagulanti per la tromboprofilassi.
Rischio di emorragia.
Si raccomanda cauta in presenza di trombocitopenia ed alterazioni piastriniche, di severa insufficienza epatica e renale, di retinopatia ipertensiva o diabetica.
Si consiglia cauta nel trattamento ad alte dosi con FRAGMIN in pazienti operati di recante.
Non è necessario sospendere il trattamento con FRAGMIN in pazienti con malattia coronarica instabile in presenza di infarto miocardico transmurale, trattati con farmaci trombolitici.
Tuttavia l'associazione dei 2 farmaci potrebbe incrementare il rischio emorragico.
Trombocitopenia.
Si raccomanda di effettuare la conta piastrinica prima di iniziare il trattamento con FRAGMIN.
Durante la somministrazione di FRAGMIN deve essere prestata particolare attenzione all'insorgenza di trombocitopenia e di grave trombocitopenia (<100.000/µl).
FRAGMIN è controindicato nei pazienti con risultato positivo o sconosciuto al test *in vitro* per gli anticorpi antiplastrinici in presenza di FRAGMIN o altre eparine a basso peso molecolare e/o eparine standard.
FRAGMIN può indurre un moderato aumento del tempo di protrombina e dell'APTT.
L'aumento del tempo di APTT indotto da un aumento della dose somministrata può provocare sovradosaggio e sanguinamento.
Monitoraggio dei livelli anti-Xa.
Per il monitoraggio, si consigliano i metodi anti-Xa.
Pazienti sottoposti ad emodialisi cronica con FRAGMIN richiedono solo lievi modifiche del dosaggio e perciò sono necessari solo pochi controlli dei livelli plasmatici di anti-Xa.
Pazienti in emodialisi acuta presentano un intervallo terapeutico più ristretto e quindi devono essere sottoposti ad un monitoraggio completo dei livelli di anti-Xa.
Intercambiabilità con altri anticoagulanti.
La dalteparina non può essere usata in modo intercambiabile (unità per unità) con eparina non frazionata, con altre eparine a basso peso molecolare o con polisaccaridi sintetici.
Questi medicinali sono diversi tra loro per quanto riguarda le materie prime impiegate, il processo di produzione, e le proprietà fisico-chimiche, biologiche e cliniche, che comportano a loro volta differenze di identità biochimica, dosaggio e conseguentemente efficacia e sicurezza clinica.
Ciascuno di questi farmaci ha le proprie specifiche istruzioni per l'uso.
Per la presenza di alcol benzilico nel flacone da 4 ml (25.000 UI/ml), tale presentazione non deve essere utilizzata nei bambini al di sotto dei due anni (vedere sezione 4.6 Gravidanza e allattamento).
FRAGMIN non va somministrato per via intramuscolare.
4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione. Associazioni sconsigliate.
• **Acido acetilsalilico** ed altri salicilati (per via generale).
Aumento del rischio di emorragia (inibizione della funzione piastrinica ed aggressione della mucosa gastro-duodenale da salicilati).
Utilizzare altre sostanze per un effetto antalgico o antipiretico.
• **Antinfiammatori non steroidei** (per via generale).
Aumento del rischio emorragico (inibizione della funzione piastrinica ed aggressione della mucosa gastroduodenale da farmaci antinfiammatori non steroidei).
Se non è possibile evitare l'associazione, istituire un'attenta sorveglianza clinica e biologica.
• **Ticlopidina.**
Aumento del rischio emorragico (inibizione della funzione piastrinica da ticlopidina).
È sconsigliata l'associazione con forti dosi di eparina.
L'associazione a basse dosi di eparina (eparinoterapia preventiva) richiede un'attenta sorveglianza clinica e biologica.
• **Antiaggreganti piastrinici** (clopidogrel, dipiridamolo, indobufene, sulfpirazone, ecc.).
Aumento del rischio emorragico (inibizione della funzione piastrinica).
Associazioni che necessitano di precauzioni d'uso.
• **Anticoagulanti orali.**
Potenziamento dell'azione anticoagulante.
L'eparina falsa il dosaggio del tasso di protrombina.
Al momento della sostituzione dell'eparina con gli anticoagulanti orali:
a) rinforzare la sorveglianza clinica;
b) per controllare l'effetto degli anticoagulanti orali effettuare il prelievo prima della somministrazione di eparina, nel caso questa sia discontinua o, di preferenza, utilizzare un reattivo non sensibile all'eparina.
• **Glucocorticoidi** (via generale).
Aggravamento del rischio emorragico proprio della terapia con glucocorticoidi (mucosa gastrica, fragilità vascolare), a dosi elevate o in trattamento prolungato superiore a dieci giorni.
L'associazione deve essere giustificata; potenziare la sorveglianza clinica.
• **Destrano** (via parenterale).
Aumento del rischio emorragico (inibizione della funzione piastrinica).
Adattare la posologia dell'eparina in modo da non superare una ipocoagulabilità superiore a 1,5 volte il valore di riferimento, durante l'associazione e dopo la sospensione di destrano.
4.6 Gravidanza ed allattamento.
Nel caso di uso della dalteparina durante la gravidanza, la possibilità di danno fetale sembra minima.
Tuttavia, poiché tale possibilità non può essere totalmente esclusa, la dalteparina deve essere usata durante la gravidanza soltanto se effettivamente necessario (vedere sezione 5.3 Dati preclinici di sicurezza).
Il flacone da 100.000 UI/4 ml contiene alcool benzilico.
Poiché l'alcol benzilico è potenzialmente embriotossico e può superare la barriera placentare, è bene non utilizzare tale presentazione in donne in gravidanza.
La somministrazione a neonati prematuri di medicinali contenenti alcool benzilico come conservante è stata associata a casi fatali di sindrome da difficoltà respiratorio.
Allattamento.
Per quanto riguarda l'assorbimento della dalteparina nel latte materno, sono disponibili dati limitati.
In uno studio condotto su 15 pazienti in allattamento, a cui venivano somistrate dosi profilattiche di dalteparina, sono state riscontrate attività anti-Xa in misura minore, pari a un rapporto latte/plasma <0,025-0,224.
Poiché

l'assorbimento orale dell'eparina a basso peso molecolare è estremamente scarso, le eventuali implicazioni cliniche di questa attività anticoagulante di lieve entità sul latte sono sconosciute.
4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.
FRAGMIN non influenza il grado di vigilanza.
4.8 Effetti indesiderati.
Molto raramente sono stati riportati casi di ematomi spinali o epidurali in associazione con l'uso profilattico dell'eparina nel corso di anestesia spinale o peridurale o di puntura lombare.
Gli ematomi hanno causato diversi gradi di alterazione neurologica compresa paralisi prolungata o permanentemente (vedere sezione 4.4).
Manifestazioni emorragiche di entità limitata e prevalentemente legate a preesistenti fattori di rischio, quali lesioni organiche con tendenza emorragica, oppure ad effetti iatrogeni (vedere sezioni 4.3 e 4.5).
Sono state segnalate emorragie retroperitoneali e intracraniche, tra cui alcune fatali.
Lieve trombocitopenia (tipo I) che di solito è reversibile durante il trattamento.
Rari casi di trombocitopenia grave (vedere sezione 4.4).
Rari casi di necrosi cutanea, generalmente localizzate nel punto d'iniezione, osservati sia con le eparine classiche che con le eparine a basso peso molecolare.
Questi fenomeni sono preceduti dalla comparsa di porpora o di placche eritematose, infiltrate e doloranti con o senza sintomi generali.
In questi casi è necessario sospendere immediatamente il trattamento.
Alopecia.
Eccezionalmente lievi ematomi, nel punto d'iniezione.
Rare manifestazioni di allergia cutanea o generale.
In certi casi è stato necessario interrompere il trattamento.
Aumento delle transaminasi.
Sono stati osservati pochi casi di reazioni anafilattiche così come alcuni casi di grave trombocitopenia immunologicamente mediata (tipo II) associata a trombosì e/o tromboembolismo arterioso e/o venoso.
4.9 Sovradosaggio.
Un sovradosaggio accidentale per via sottocutanea di dosi massive di FRAGMIN potrà determinare complicazioni emorragiche per la comparsa di attività anticoagulante, in gran parte neutralizzabile mediante iniezione endovenosa lenta di protamina (solfato o cloridrato).
La dose di protamina deve essere pari a quella di FRAGMIN iniettata, ossia: 1 mg di protamina inibisce l'effetto di 100 UI anti-Xa di dalteparina sodica.
In queste condizioni, ed anche in caso di dosaggi elevati di protamina, l'attività anti-Xa non viene mai totalmente neutralizzata (massimo 60% circa), e permette così la persistenza di un'attività antitrombotica.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche.
Categoria farmacoterapeutica: Antitrombotici, Eparinici – ATC: B01AB04.
FRAGMIN è un agente antitrombotico.
Esso contiene Dalteparina sale sodico, una miscela di polisaccaridi (frammenti di eparina) a basso peso molecolare (5.000 Daltons).
L'effetto antitrombotico di FRAGMIN è dovuto alla capacità di potenziare l'inibizione di alcuni fattori della coagulazione da parte dell'antitrombina III (ATIII).
FRAGMIN similmente all'eparina non frazionata, si lega all'ATIII con un'alta affinità di legame.
Tale legame determina un cambiamento nella conformazione dell'ATIII e, pertanto, la nuova struttura favorisce l'interazione con i fattori della coagulazione attivati ed un conseguente incremento della reazione di inibizione.
È noto che tale potenziamento dipende dal peso molecolare del polisaccaride.
L'inibizione della trombina ed il prolungamento del tempo di protrombina parziale (PTT) richiedono polisaccaridi con un peso molecolare di almeno 5.000.
L'inibizione del fattore X da parte dell'ATIII è assai incrementata anche da polisaccaridi con un peso molecolare inferiore a 5.000.
Pertanto, FRAGMIN ha una maggiore capacità di potenziare l'inibizione del fattore X attivato che di prolungare i PTT.
Le attività specifiche di FRAGMIN sono dell'ordine di 160 UI anti-Xa/mg e di 60 UI/mg nel test APTT, con un rapporto tra queste due attività anticoagulanti di circa 2,6.
Lo stesso rapporto è invece circa unitario per l'eparina non frazionata.
In paragone all'eparina non frazionata, FRAGMIN è caratterizzato da una più elevata attività anti-fattore Xa e da una più bassa attività anti-fattore IIa.
Anche l'inibizione dei fattori IXa e Xla da parte di FRAGMIN è inferiore a quella dell'eparina non frazionata.
5.2 Proprietà farmacocinetiche.
Dagli studi di farmacocinetica è risultato che, dopo somministrazione s.c. i livelli di picco vengono raggiunti in 3-4 ore.
L'emivita biologica è di circa 4 ore e livelli di attività anti-fattore Xa risultano ancora misurabili dopo 24 ore.
La biodisponibilità è del 90% e non è sostanzialmente legata alla dose.
FRAGMIN, pertanto, presenta i seguenti vantaggi nei confronti dell'eparina: durata d'azione più prolungata; maggiore biodisponibilità dopo somministrazione per via sottocutanea; minor numero di somministrazioni giornaliere; minori effetti progredienti sulle piastrine.
5.3 Dati preclinici di sicurezza.
Gli studi tossicologici hanno evidenziato che FRAGMIN possiede un ampio margine di sicurezza non essendosi rivelato tossico nei confronti dei vari organi e sistemi; non ha inoltre dimostrato di possedere effetti sulla funzione riproduttiva ed è risultato privo di attività mutagena.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti.
Flacone da 100.000 UI/4 ml: alcool benzilico ed acqua per preparazioni iniettabili.
Siringa preriempita da 2.500 UI/0,2 ml: sodio cloruro, acqua per preparazioni iniettabili.
Siringa preriempita da 5.000 UI/0,2 ml – 7.500 UI/0,3 ml – 10.000 UI/0,4 ml – 12.500 UI/0,5 ml – 15.000 UI/0,6 ml – 18.000 UI/0,72 ml: acqua per preparazioni iniettabili.
6.2 Incompatibilità.
FRAGMIN soluzione iniettabile è compatibile con soluzioni isotoniche per infusione endovenosa di sodio cloruro (9 mg/ml) e di glucosio (50 mg/ml).
Altri tipi di compatibilità non sono stati studiati.
6.3 Periodo di validità.
Siringa preriempita da 2.500 UI – 5.000 UI – 7.500 UI – 10.000 UI – 12.500 UI – 15.000 UI – 18.000 UI: 3 anni.
Flacone da 100.000 UI: 2 anni.
6.4 Precauzioni speciali per la conservazione.
Conservare a temperatura inferiore a 25 °C.
Il contenuto del flacone, una volta aperto, va utilizzato entro 14 giorni.
6.5 Natura e contenuto del contenitore.
Siringhe di vetro neutro incolore: 6 siringhe 2.500 UI/0,2 ml, 6 siringhe 5.000 UI/0,2 ml, 4 siringhe 7.500 UI/0,3 ml, 4 siringhe 10.000 UI/0,4 ml, 4 siringhe 12.500 UI/0,5 ml, 4 siringhe 15.000 UI/0,6 ml, 4 siringhe 18.000 UI/0,72 ml.
Flacone di vetro incolore Tipo I chiuso con tappo di gomma bromobutilica: 1 flacone 100.000 UI/4 ml.
È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate.
6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione.
Vedere sezione 4.2 Posologia e modo di somministrazione.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Pfizer Italia S.r.l.

Via Isonzo, 71 – 04100 Latina

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

FRAGMIN 100.000 UI anti-Xa/4 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo flacone da 4 ml AIC 027276070
FRAGMIN 2.500 UI anti-Xa/0,2 ml soluzione iniettabile per uso sottcutaneo 6 siringhe preriempite da 0,2 ml AIC 027276031
FRAGMIN 5.000 UI anti-Xa/0,2 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 6 siringhe preriempite da 0,2 ml AIC 027276043
FRAGMIN 7.500 UI anti-Xa/0,3 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 4 siringhe preriempite da 0,3 ml AIC 027276120
FRAGMIN 10.000 UI anti-Xa/0,4 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 4 siringhe preriempite da 0,4 ml AIC 027276082
FRAGMIN 12.500 UI anti-Xa/0,5 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 4 siringhe preriempite da 0,5 ml AIC 027276094
FRAGMIN 15.000 UI anti-Xa/0,6 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 4 siringhe preriempite da 0,6 ml AIC 027276106
FRAGMIN 18.000 UI anti-Xa/0,72 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 4 siringhe preriempite da 0,72 ml AIC 027276118

9. DATA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

FRAGMIN 100.000 UI anti-Xa/4 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo flacone da 4 ml Aprile 1998 H (h+t) € 111,14
FRAGMIN 2.500 UI anti-Xa/0,2 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 6 siringhe preriempite da 0,2 ml Febbraio 1993 A (h+t) € 18,37
FRAGMIN 5.000 UI anti-Xa/0,2 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 6 siringhe preriempite da 0,2 ml Febbraio 1993 A (h+t) € 32,91
FRAGMIN 7.500 UI anti-Xa/0,3 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 4 siringhe preriempite da 0,3 ml Giugno 2001 C € 42,30
FRAGMIN 10.000 UI anti-Xa/0,4 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 4 siringhe preriempite da 0,4 ml Maggio 2002 A (h+t) € 46,18
FRAGMIN 12.500 UI anti-Xa/0,5 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 4 siringhe preriempite da 0,5 ml Maggio 2002 A (h+t) € 57,71
FRAGMIN 15.000 UI anti-Xa/0,6 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 4 siringhe preriempite da 0,6 ml Maggio 2002 A (h+t) € 69,26
FRAGMIN 18.000 UI anti-Xa/0,72 ml soluzione iniettabile per uso sottocutaneo 4 siringhe preriempite da 0,72 ml Maggio 2002

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Gennaio 2009

Classe A

Prezzo € 32,91



Classe A

Prezzo € 18,37



1. *Bergquist D.* Dalteparin: over 20 years of clinical experience. EJHP Practice. 2008; 14 (2): 38-44

2. Riassunto delle caratteristiche del prodotto

Medicinale soggetto a prescrizione medica

PERSONALtest

Autodiagnosi al femminile



Gravidanza?

Domande di donna, risposte di Pic.



Ovulazione?



Infezioni vaginali?

Da oggi c'è **Pic Personal Test**.
Per rispondere in un "Fatto!"
alle domande che ti sei sempre fatta.

Testato da:



Personal Test
gravidanza



Personal Test pH vaginale



Personal Test
ovulazione

**Novità assoluta
In farmacia**

- **Personal Test gravidanza:** il test di gravidanza Personal Test specifico per l'individuazione dell'ormone hCG è semplice da effettuare, assolutamente affidabile e discreto.
- **Personal Test pH vaginale:** l'unico test diagnostico, da eseguire in casa in totale autonomia, per la rilevazione del livello del pH vaginale. Personal Test pH vaginale determina in modo semplice, indolore, immediato ed efficace il rischio di un'infezione vaginale in corso. La scala colorimetrica presente sul blister infatti, aiuta ad interpretare istantaneamente ed in maniera intuitiva il risultato.
- **Personal Test ovulazione:** il test diagnostico rapido, comodo e facile da eseguire a casa che determina il periodo di ovulazione della donna. Individuando la presenza dell'ormone LH nelle urine, è in grado di stabilire i giorni in cui è maggiore la probabilità di concepire un bambino.

PER FORTUNA CHE C'È PIC.



www.picindolor.com