



**HPV E CANCRO CERVICALE:
L'AIFA RILANCIA L'ALLARME OMS**

**In Italia 3.500 casi
e 1.500 morti**

**“Vaccino
prima arma”**

■ **“EVENTI SENTINELLA”**

Dal 2005 al 2012 segnalati 1.918 eventi avversi che si sarebbero potuti evitare. I dati del 5° Rapporto ministeriale

■ **ASSICURAZIONI**

Il Ministero della salute risponde alla “diffida” Aogoi. E intanto il Consiglio di Stato dà parere favorevole al Dpr “Balduzzi”

■ **OBBLIGO DI POS**

Agevolazioni per chi lo usa e 500 euro di multa per chi non si adegua. Ma non è tutto. Ecco cosa prevede il Ddl Aiello

Onligol[®]

Macrogol 4000

• Regolarizza l'intestino
e facilita l'evacuazione

• Non provoca né crampi
né dolore addominale

• La sua efficacia
non si riduce nel tempo

• Non altera il gusto
della bevanda

• Non contiene
eccipienti o aromi

• **SENZA ZUCCHERO**



AD AZIONE LASSATIVA

IL PRIMO MACROGOL SENZA ELETTROLITI E SENZA AROMA
CHE SI SCIOLGIE IN QUALSIASI BEVANDA, ANCHE CALDA

(es. tè, tisane, latte, brodo o succo di frutta)

ALFA WASSERMANN





SIGO 2015
Milano, 18 - 21 ottobre 2015

*La lettera dei presidenti
del Congresso Nazionale*

16



“Se dovessero trovare conferma le anticipazioni sull'impianto del testo unico che il Comitato della Commissione Affari Sociali sta mettendo a punto, per noi sarebbe davvero un grande risultato”

PRIMO PIANO

- 4 **Hpv e tumore cervice uterina: in Italia 3.500 casi e 1.500 morti “Vaccino prima arma”**
L'Agenzia italiana del farmaco commenta i dati aggiornati dell'Oms
- 5 **Il 5° rapporto del Ministero della Salute sugli “eventi sentinella”**
- 7 Osservasalute 2015
Boom di cancro al polmone tra le donne “vecchie fumatrici”. Mentre cala tra gli uomini
- 8 **“Voglio costruire una vera squadra e cercare risorse anche nel Consiglio nazionale”**
Intervista a Roberta Chersevani neo presidente Fnomceo di Eva Antoniotti
- 9 **Pillola 5 giorni dopo. L'Aifa ha deciso: ricetta solo per le minorenni e via anche il test**
- 10 **Occhio ai requisiti formali della ricetta non ripetibile: le sanzioni sono salate!**
Il Punto di Antonio Chiantera
- 10 **Cancro: “Ho deciso di rimuovere le ovaie per prevenirlo”**
L'annuncio di Angelina Jolie
• **Aiom:** “Asportazione ovaio rientri in percorso di cura”
• **Tumore ovarico:** migliore gestione delle diagnosi con la nuova piattaforma on line sviluppata dal Gemelli
- 11 **Protesi mammarie: Nasce Icobra, database internazionale per la sicurezza delle donne**
- 12 **Eterologa: “No spesa a carico totale delle coppie”**
Consiglio di Stato sospende delibera Lombardia
- 13 **Scoperto un “super” antibiotico. Annienta anche i batteri ultra-resistenti**

PROFESSIONE

- 14 **Il Ministero della salute risponde alla “diffida” Aogoi. E intanto il Consiglio di Stato dà parere favorevole al Dpr “Balduzzi”**
- 15 **“Il Dpr rappresenterà un decisivo passo in avanti. Ma vanno raccolte le osservazioni espresse dal Consiglio di Stato”**
Intervista a Roberto Righi

- 16 **Responsabilità professionale: verso il testo unico. Ecco le principali novità in 11 punti**
• **Trojano:** “Se confermate le anticipazioni, il testo unico contempla i punti irrinunciabili del documento-proposta dell'Aogoi”
- 17 **L'Ordine dei medici di Napoli lancia campagna contro le “denunce facili”**
- 18 **Obbligo di Pos: Agevolazioni per chi lo usa e 500 euro di multa per chi non si adegua**
Cosa prevede il Ddl Aiello. I commenti alla proposta di legge
- 21 **Disegnare il futuro: le conquiste Aogoi**
Vania Cirese
- 22 **Ivg: validità e limiti dell'obiezione di coscienza**
Pier Francesco Tropea
Il caso/Rinviato a giudizio medico obiettore.
• **De Filippo:** “Il medico è libero di rifiutare la prestazione. Lo sancisce il Codice deontologico”
- 25 Joint Meeting Aogoi/Aio-Sin
Appropriatezza Assistenziale Materno-Neonatale
Davide De Vita
- 25 **“Nascere sicuri” nella Regione Abruzzo**
Quirino De Nisio
- 26 **“Doctors and Midwives on the road”**
Congresso Aogoi E. Romagna: Sessione AIO
Svitlana Ilchenko
- 26 **Cronaca di un “accordo”**
Congresso Aogoi Campania: Sessione AIO
Giuseppina Di Lorenzo

RUBRICHE

- 27 Libri
30 L'Ultima

17



“Finalmente l'Ordine dei Medici della provincia di Napoli è sceso al nostro fianco a difesa della classe medica”

HPV e tumore cervice uterina. Aifa: "Vaccino prima arma". In Italia 3.500 casi e 1.500 morti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha di recente aggiornato le fact-sheet sui papillomavirus umani (Hpv), estremamente comuni in tutto il mondo. Ne esistono oltre 100 tipi, di cui 13 sono definiti ad alto rischio e collegati all'insorgenza di diversi tumori. L'Agenzia Italiana del Farmaco sostiene da tempo l'importanza di una adeguata informazione e responsabilizzazione dei cittadini italiani ed europei sulle attività di prevenzione e, in particolare, sulla vaccinazione, uno degli interventi preventivi più efficaci e sicuri, che non comporta soltanto benefici diretti alla persona sottoposta a vaccinazione, ma ha risvolti positivi anche sul resto della comunità. La vaccinazione contro il papilloma virus deve essere sempre più universale. Lo ha ricordato il 22 aprile scorso il **Presidente dell'Aifa, Sergio Pecorelli**, intervenuto all'evento organizzato dal Ministero della Salute "La Sanità in Italia: falsi miti e vere eccellenze". Nello specifico, il Presidente, è intervenuto dopo i saluti del Ministro, nel corso della tavola rotonda dal titolo "Alla salute ci penserò domani".

Chiamato a esprimersi a partire dai luoghi comuni delle nuove generazioni legati alla contraccezione, Pecorelli, ha sottolineato l'importanza della conoscenza e dei modi per prevenire le malattie sessualmente trasmissibili. "Le regole sono importanti, come sempre nella vita, e la prima è quella di una corretta prevenzione. Non è vero che la pillola anticoncezionale protegge da queste malattie, come molti credono. È fondamentale sapere quali sono le armi a disposizione per una prevenzione efficace e tempestiva. Tra queste proprio il vaccino contro il Papilloma Virus, erogato gratuitamente dal nostro Ssn, che rappresenta una difesa importante contro malattie gravi, come il cancro del collo dell'utero e le patologie testa-collo. È poi fondamentale che la vaccinazione sia effettuata non solo dalle ragazze ma anche dai coetanei di sesso maschile per giungere alla eradicazione della malattia".

L'Agenzia italiana del farmaco commenta sul proprio sito i dati aggiornati dell'Oms sul papillomavirus umani (Hpv). "L'incidenza sta crescendo specie in età precoce, ma si registrano incrementi anche dai 45 anni in su. È per questa ragione che diventa sempre più necessario parlare di vaccinazione universale, anche in età più avanzata"



Per avere un'idea dei numeri in Italia relativi a questa malattia, facciamo riferimento ai dati forniti dal Centro Nazionale dell'epidemiologia per la sanità pubblica dell'Istituto Superiore di Sanità, basati sugli studi condotti in Italia in donne di età tra 17 e 70 anni, in occasione di controlli ginecologici di routine o di programmi di screening organizzato, mostrano una prevalenza di un tipo qualsiasi di Hpv compresa tra il 7% e 16%. La prevalenza aumenta al 35-54% nelle donne con diagnosi di citologia anormale, per raggiungere il 96% in caso di displasia severa o oltre. La prevalenza delle infezioni da Hpv varia con l'età: è più elevata nelle giovani donne sessualmente attive, mentre un secondo picco di prevalenza si nota nelle donne intorno alla menopausa o dopo.

Uno studio condotto nell'Italia settentrionale in donne tra 25 e 70 anni ha mostrato come la prevalenza diminuisca dal 13-14% nella fascia di età 25-39 anni, all'11% nelle donne tra 40 e

44 anni, e al 5% nelle donne oltre i 44 anni. Il tipo di virus più frequente è il 16, pari al 30% circa di tutte le infezioni. In ogni caso, la maggior parte delle infezioni (fra il 70% e il 90%) è transitoria, perché il virus viene eliminato dal sistema immunitario prima di sviluppare un effetto patogeno. In particolare, è stato documentato che, a distanza di 18 mesi dall'infezione, l'80% delle donne era Hpv-negativa. La probabilità che l'infezione evolva verso la persistenza sembra dipendere dal tipo del virus ed è più elevata per i tipi ad alto rischio, incluso l'Hpv 16.

In Italia si verificano ogni anno circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina e 1.500 decessi. Nell'arco di un decennio (dal 2002 al 2012), la percentuale di adolescenti che a 15 anni dichiara di avere avuto rapporti sessuali è cresciuta dal 20% al 51% tra le adolescenti e dal 28% al 57% tra gli adolescenti. In un recente studio condotto in Lombardia su 175.000 adolescenti, il 24%

delle ragazze e il 27% dei ragazzi tredicenni ha dichiarato di aver già avuto rapporti sessuali. È evidente che, a fronte di questi cambiamenti, vanno adottati tutti gli strumenti di prevenzione: dall'informazione all'attenzione nelle pratiche sessuali saltuarie e occasionali, dall'uso dei preservativi agli screening che consentono le diagnosi precoci e i trattamenti tempestivi. Ma le vaccinazioni rappresentano sicuramente il primo scudo contro le infezioni e le loro conseguenze. Nel caso delle infezioni da Hpv (Papilloma virus), l'incidenza sta crescendo specie in età precoce, ma si registrano incrementi anche dai 45 anni in su. È per questa ragione che diventa sempre più necessario parlare di vaccinazione universale, anche in età più avanzata.

Il quadro globale delle infezioni da papilloma virus umano viene fornito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'aggiornamento sopra citato, da cui emerge che:

- il papillomavirus umano (Hpv)

è un gruppo di virus estremamente comuni in tutto il mondo;

- ci sono più di 100 tipi di Hpv, di cui almeno 13 sono cancerogeni;
- l'Hpv si trasmette principalmente attraverso il contatto sessuale e la maggior parte delle persone sono infettate dall'Hpv poco dopo l'inizio dell'attività sessuale;
- il cancro cervicale è causato da un'infezione contratta per via sessuale con alcuni tipi di Hpv;
- due tipi di Hpv (16 e 18) causano il 70% dei tumori del collo dell'utero e delle lesioni cervicali precancerose;
- ci sono anche evidenze che collegano l'Hpv con tumori dell'ano, della vulva, della vagina e del pene;
- il cancro cervicale è il secondo tumore più comune nelle donne che vivono nelle regioni meno sviluppate, con una stima di 445.000 nuovi casi nel 2012 (84% dei nuovi casi in tutto il mondo);
- nel 2012, circa 270.000 donne sono morte di cancro del collo dell'utero; oltre l'85% di queste morti si verificano nei Paesi a basso e medio reddito;
- i vaccini contro l'Hpv 16 e 18 sono in commercio in molti Paesi.

L'aggiornamento dell'Oms si concentra sulla definizione della malattia, sugli elementi di scenario e infine sulle raccomandazioni utili per la prevenzione e il trattamento.

Che cos'è il papilloma virus?

Il papillomavirus umano (Hpv) è la più comune infezione virale del tratto riproduttivo. La maggior parte delle donne e degli uomini sessualmente attivi in un dato momento della loro vita sono vulnerabili al virus e alcuni possono essere ripetutamente colpiti dall'infezione.

Il momento temporale più pericoloso per contrarre l'infezione sia per le donne che per gli uomini è poco dopo essere stati sessualmente attivi. Esistono varie tipologie di infezione da Hpv e molte non causano particolari problemi. La maggior parte dei pazienti affetti dal papillomavi-

rus non presenta né sintomi né problemi di salute ad esso collegati: nel 90% dei casi il sistema immunitario distrugge l'Hpv naturalmente nel giro di due anni. Solo una piccola percentuale di infezioni con alcuni tipi di Hpv può persistere e progredire in cancro. Il cancro cervicale è di gran lunga la più comune malattia correlata all'Hpv. Infatti, quasi tutti i casi di cancro del collo dell'utero possono essere attribuiti a infezione da Hpv.

Altri tipi di papilloma virus sono in grado di provocare il cancro del collo dell'utero ed anche altre forme di tumori, meno comuni ma gravi, che ad esempio colpiscono la vulva, la vagina, il pene, l'ano e alcune zone della testa e del collo (lingua, tonsille e gola).

In alcuni casi, poi, alcuni tipi di papillomavirus possono causare condilomi genitali, sia negli uomini sia nelle donne; più raramente si formano anche papillomi nella gola (papillomatosi respiratoria ricorrente, Rrp).

Scenario mondiale

Nel panorama mondiale, il cancro cervicale è il quarto tumore più frequente nelle donne con una stima di 530.000 nuovi casi e nel 2012 ha rappresentato il 7,5% di tutte le morti per cancro femminile. Più di 270.000 decessi si registrano ogni anno per cancro del collo dell'utero, oltre l'85% dei quali nelle regioni meno sviluppate. Nei Paesi sviluppati sono disponibili per le donne programmi di screening che consentono di identificare e trattare precocemente le lesioni prima che evolvano in cancro. Tale trattamento impedisce fino all'80% la formazione del tumore del collo dell'utero. Il tasso di mortalità da cancro cervicale (52%) potrebbe essere ridotto a livello globale da programmi di screening efficaci e da trattamenti programmati.

Raccomandazioni OMS

L'Oms raccomanda un approccio di tipo globale e integrato per la prevenzione e il controllo del cancro del collo dell'utero. L'insieme di azioni consigliate comprende interventi da attuare nel corso della vita. La prevenzione primaria inizia con la vaccinazione per l'Hpv delle ragazze di età compresa tra 9-13 anni, ovvero prima che diventino sessualmente attive.

Altri interventi preventivi raccomandati per i ragazzi e le ragazze sono:

- educazione alle pratiche sessuali sicure
- promozione e fornitura di preservativi per chi ha già un'attività sessuale
- avvertimenti sull'uso del tabacco, che spesso inizia durante l'adolescenza, e che è un fattore di rischio importante
- circoncisione maschile.

Le donne che sono sessualmente attive dovrebbero essere sottoposte a screening per cancro cervicale e lesioni pre-cancerose a partire dai 30 anni di età. **Y**

(Fonte: AIFA)

Il rapporto del Ministero sugli eventi avversi

Publicato il 5° Rapporto del ministero della Salute sugli "Eventi sentinella" che raccoglie i dati delle segnalazioni provenienti dalle Regioni. Dal 2005 al 2012 segnalati 1.918 eventi avversi, di cui il 35% con morte del paziente, che si sarebbero potuti evitare. Ma secondo il ministero il dato risente di una forte "sotto-segnalazione"

Sono 1.918 le segnalazioni di eventi sentinella (eventi avversi particolarmente gravi e potenzialmente evitabili, che possono comportare la morte o un grave danno al paziente) accaduti nelle strutture del Servizio sanitario nazionale tra il 2005 e il 2012. L'evento più segnalato con 471 casi (24,6% del totale) è la "morte o grave danno per caduta di paziente", seguito dal "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" con 295 casi (15,4%). L'evento ha comportato la morte del paziente nel 35,6% dei casi, mentre si è verificato un trauma grave nel 15,9% dei casi e un reintervento chirurgico nel 10,6%.

Gli eventi segnalati si sono verificati principalmente nei reparti di degenza (39,3%), seguiti dalla sala operatoria (18,7%), e l'area di assistenza maggiormente interessata è stata la medicina generale (13,6%), seguita da ostetricia e ginecologia (10,8%). Sono questi alcuni dei risultati illustrati nel 5° Rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella, a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, che ha analizzato tutti gli eventi sentinella segnalati dalle strutture del Ssn, validati da Regioni e PA e Ministero della Salute, raccolti nel Simes, il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, dal settembre 2005 al dicembre 2012.

Considerate nel complesso, le discipline chirurgiche sono le più coinvolte nella segnalazione degli eventi e ciò è allineato con il numero totale di eventi chirurgici segnalati che, nell'insieme, assommano ad oltre il 15% del totale. Per quanto riguarda gli esiti, il decesso avviene in circa il 35% dei casi, dato in diminuzione rispetto al precedente rapporto e in correlazione all'incremento di segnalazioni per evento caduta in cui esito più frequente è rappresentato da trauma con intervento chirurgico.

In continuità con il precedente rapporto – si legge nel documento del ministero – si rileva l'elevata frequenza, tra i fattori contribuenti, della mancanza, inad-

In sette anni 295 casi di suicidio in ospedale. E poi cadute "fatali" ed errori chirurgici

guatezza ed inosservanza di Linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, anche se le differenze rispetto ad altri fattori, quali la comunicazione e i fattori umani, variano in relazione alla tipologia di evento, per esempio i problemi di comunicazione rappresentano una rilevante criticità nell'evento "Morte materna", "Morte o disabilità neonatale" e "Triage" mentre i fattori umani sono rilevanti nell'"Evento trasfusionale". Per il ministero, quindi, "Permane l'esigenza di strategie per migliorare la capacità delle strutture sanitarie nell'attuare interventi di prevenzione, soprattutto l'applicazione di protocolli e di procedure e il monitoraggio della lo-

ro attuazione attraverso idonei indicatori. In tal senso, deve essere sistematicamente promossa la diffusione e l'applicazione nei vari contesti delle raccomandazioni disponibili e delle buone pratiche prodotte sia in ambito nazionale che internazionale". Nonostante i buoni risultati raggiunti – si legge nella nota del ministero – la sottosegnalazione rimane una problematica rilevante, evidenziando che le motivazioni culturali e organizzative alla base del fenomeno sono ancora forti e diffuse.

Rispetto agli eventi sentinella censiti (2.394), quelli validati sono stati 1.918, indicando "la necessità di interventi mirati su singole realtà aziendali e regionali per migliorare l'accuratezza e la qualità delle informazioni". "Si deve infine sottolineare – scrive il ministero nel Rapporto – che il monitoraggio degli eventi sentinella è un indicatore significativo di cultura della sicurezza nei vari contesti organizza-

tivi ed è uno dei criteri di valutazione nelle attività di monitoraggio della effettiva erogazione dei Livelli di Assistenza e, a partire dal 2010, viene considerato tra i parametri che le Regioni devono dimostrare di avere adempiuto ai fini della certificazione in tal senso da parte del Ministero della Salute". **Y**

Task force contro la malasanità

Al via unità di crisi. Saitta nominato rappresentante per Conferenza Regioni

Lo scorso febbraio, dopo il decesso della neonata Nicole in Sicilia, il ministro Lorenzin aveva annunciato l'istituzione di una task force contro la malasanità. Il 25 marzo scorso la Conferenza delle Regioni ha individuato e designato come proprio rappresentante l'assessore alla Sanità della Regione Piemonte, Antonio Saitta.

L'unità di crisi è composta, oltre che dallo stesso Ministro Lorenzin, anche da rappresentanti del Comando Carabinieri per la tutela della salute, dell'Agenas e dell'Istituto Superiore di Sanità. "Sono grato per questa designazione nazionale – ha affermato Saitta – e sono convinto che la decisione del ministro Lorenzin di attivare una unità di crisi sui casi di malasanità sia quanto mai opportuna in ottica di prevenzione. I controlli in tema di sanità pubblica e privata sono indispensabili per evitare di dover rincorrere problemi che si sarebbero potuti evitare, come le cronache nazionali troppo spesso evidenziano".

TIPO EVENTO	N°	%
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	471	24,6
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	295	15,4
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	275	14,3
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	150	7,8
STRUMENTO O ALTRO MATERIALE FASCICATO ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO CHE RICHIEDA UN SUCCESSIVO INTERVENTO O ULTERIORI PROCEDURE	149	7,8
MORTE O GRAVE DANNO (SOSPESO) CONSEGUENTE AD UN INTERVENTO CHIRURGICO	136	7,1
MORTE O LESIONE PERMANENTE IN NEONATO O BAMBINO DI PESO POCO GRAMMI NON CORRELATA A MALATTIA D'ORIGINE	82	4,3
MORTE, COMA O GRAVI ALTERAZIONI FUNZIONALI DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA	78	4,1
REAZIONE TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITÀ ABO	72	3,7
MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO ED AL PARTO	70	3,7
ERRATA IDENTIFICAZIONE SUL RISPETTO CORPITO	55	2,9
MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD INADEQUATA ATTRIBUZIONE DEL SOCCORSO TRASFUSIONALE CENTRALE OPERATIVA IN FIDUCIA ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO	27	1,4
PROCEDURA CHIRURGICA IN PARTE DEL CORPO GRAVIATA (LATO, ORGANO O PARTE)	24	1,3
PROCEDURA IN PAZIENTE BRANCIATO	18	0,9
MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO (INTRA-OSPEDALIERO E EXTRA-OSPEDALIERO)	16	0,8
VIOLENZA SU PAZIENTE IN OSPEDALE	14	0,7
Totale	1918	100



MILANO SIGO 2015

PRESIDENTI

Mauro Busacca
Claudio Crescini
Luigi Fedele
Francesco Raspagliesi

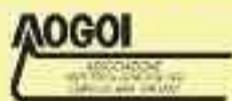
NUTRIZIONE, STILI DI VITA E SALUTE DELLA DONNA.

NH Centro Congressi Milano Fiori
Milano, 18-21 ottobre 2015

90° CONGRESSO NAZIONALE



55° CONGRESSO NAZIONALE



22° CONGRESSO NAZIONALE



COMITATO ORGANIZZATIVO LOCALE

Belis Giorgio
Dandani Massimo
Cefin Irene
Ferrazzi Enrico
Kustermann Alessandra
Levi Seth Paolo
Maggiari Angelo
Marzani Anna Maria
Mironi Mariti
Meschio Michele

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Tel. 0541 308111
mail: sigo@adriacongress.it

Congresso Nazionale 90° SIGO - 55° AOGOI - 22° AGUI

Milano, 18 - 21 ottobre 2015

Save the date

Cari amici,

abbiamo il piacere di presentarvi il 90° Congresso Nazionale SIGO e sue Società Federate che avrà luogo a Milano, presso il Centro Congressi dell'Hotel NH MilanoFiori dal 18 al 21 ottobre 2015.

La salute riproduttiva della donna, la fisiologia stessa della gravidanza e la crescita del feto con i fenomeni epigenetici ad essa correlati, la salute della donna in pre e post menopausa dipendono in larga misura dalla qualità del profilo nutrizionale.

I risultati degli studi clinici dell'ultimo decennio hanno evidenziato il ruolo della corretta nutrizione della donna in età fertile e durante la gravidanza per favorire la fertilità, ridurre le complicazioni ostetriche legate alla scorretta alimentazione, prevenire alcuni dei principali difetti malformativi, favorire la qualità della crescita fetale e in particolare del sistema cardiovascolare e del sistema nervoso centrale. Particolare rilievo hanno oggi le conoscenze sulle patologie croniche di basso grado legate alla scorretta alimentazione che portano alla

obesità troncata e alla sindrome metabolica con il loro carico di patologie ostetriche (preeclampsia maternogenica, diabete gestazionale) e di malattie cronico degenerative metaboliche e cardiovascolari della post menopausa.

Sul versante fetale l'apporto di macro e micronutrienti in un corretto equilibrio sono la base delle modificazioni epigenetiche che determinano in larga misura la qualità della risposta genomica all'ambiente nella vita adulta.

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia intende quindi porre al centro del dibattito scientifico del Congresso Nazionale annuale il tema della nutrizione e della salute della donna cogliendo le sinergie e le opportunità che l'EXPO 2015 apporta a questo tema.

Affrontando queste tematiche, ci auspichiamo una partecipazione numerosa da parte dei colleghi medici e del personale ostetrico-infermieristico regionale e nazionale.

**Mauro Busacca, Claudio Crescini,
Luigi Fedele, Francesco Raspagliesi**

Main topics

- Oncologia
- Genetica dell'invecchiamento e Riproduzione
- Nutrizione e Gravidanza
- Ginecologia
- Ostetricia

www.aogoi.it

**Scarica il primo annuncio
e il programma preliminare**

Migliorato nell'ultimo decennio lo stato di salute degli italiani che risulta complessivamente buono, con un aumento, nei 10 anni trascorsi, della speranza di vita per entrambi i generi (passata dal 2002 al 2012 per gli uomini da 77,2 a 79,6 anni e per le donne da 83,0 a 84,4 anni) ed una diminuzione del tasso di mortalità infantile, pur con differenze non da poco tra Nord e Sud (nel 2011 il tasso di mortalità infantile è stato di 3,1 morti per 1.000 nati vivi, in diminuzione rispetto al 2006 in cui era di 3,4; si noti però che un nato residente nel Meridione ha una probabilità di morire nel primo anno di vita 1,3 volte superiore rispetto a uno residente al Centro e 1,4 volte superiore rispetto a uno residente al Nord). È quanto rileva la XII edizione del **Rapporto Osservasalute** (2014), un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane presentata il 30 marzo scorso a Roma all'Università Cattolica. Pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma e coordinato dal Professor **Walter Ricciardi**, direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Gemelli di Roma e dal dottor **Alessandro Solipaca**, Segretario Scientifico dell'Osservatorio. Il Rapporto è frutto del lavoro di 195 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti, distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali.

Il Rapporto però evidenzia come sia "sempre più urgente incentivare l'offerta di servizi di prevenzione e di politiche socio-sanitarie ad hoc che riducano la probabilità dei cittadini di ammalarsi e fronteggino i bisogni sanitari di una popolazione sempre più anziana, con l'insorgenza sempre maggiore di più malattie croniche (comorbidità) nello stesso individuo".

Allarme tumori: aumentano quelli prevenibili. Se l'aumento della prevalenza di malattie croniche, legata all'invecchiamento della popolazione, è una prospettiva futura, assai allarmante è il quadro odierno proposto dal Rapporto che riferisce di un preoccupante aumento dei nuovi casi di tumori prevenibili. Infatti, tra le donne, i nuovi casi di tumore al polmone, tra il 2003 e il 2013, sono aumentati del 17,7%, così come quello alla mammella che registra un incremento del 10,5%. Tra gli uomini l'incidenza del tumore al colon retto, nello stesso periodo, è aumentata del 6,5%.

Pesante anche il bilancio del cancro del polmone nelle donne "vecchie fumatrici". Tra il 2003 e il 2013, l'incidenza del tumore al polmone è aumentata di circa il 18,0% (tra gli uomini l'incidenza si riduce del 23,3% nello stesso periodo; l'aumento tra le donne è imputabile



Rapporto Osservasalute/ XII edizione

Boom di cancro al polmone tra le donne "vecchie fumatrici". Mentre cala tra gli uomini. La prevenzione resta l'arma di salute più importante nel futuro

■ Tra il 2003 e il 2013 aumento del 18%. Il fenomeno è legato agli effetti del fumo tra le donne che hanno iniziato a fumare negli anni '70. Mentre l'incidenza sugli uomini è in calo per la progressiva diminuzione dei fumatori maschi. Ma aumentano anche il cancro alla mammella e al colon retto. Tutti prevenibili. Tutti i dati del rapporto 2015 curato dal Professor Ricciardi della Cattolica

le al fatto che cominciamo a vedere gli effetti del fumo sul sesso femminile, ovvero si ammalano le donne che hanno iniziato a fumare negli anni '70) e l'aumento di circa il 10% dell'incidenza del cancro alla mammella. Tra gli uomini l'incidenza del tumore al colon retto è aumentata intorno al 7%.

A fare le spese di questo peggioramento del quadro epidemiologico sono soprattutto le regioni del Mezzogiorno, nelle quali gli aumenti sono stati spesso più marcati. Questi sono segnali molto preoccupanti che testimoniano con forza l'esigenza di investire in prevenzione, soprattutto se si considera che, laddove questa attività è stata svolta si sono ottenuti risultati molto positivi, infatti, il numero di nuovi casi del tumore alla cervice uterina, nel decennio considerato, risulta in forte diminuzione (-33,3%). Il ritardo del nostro paese su questo fronte e il deficit di risorse destinate alla prevenzione rischiano di far vacillare la salute degli italiani, già sotto l'attacco della congiuntura economica negativa che sta colpendo ormai da anni anche il nostro paese: la

prearietà che sta ormai divenendo una condizione strutturale mette a rischio la tenuta dei servizi sanitari offerti ai cittadini e anche la salute reale e percepita degli individui (sempre più numerosi sono gli studi che dimostrano ad esempio che essere lavoratori precari mina il benessere psicofisico della persona).

I punti deboli. Restano quelli di sempre i punti deboli della salute degli italiani, sintetizzabili nei pessimi stili di vita che restano tali, probabilmente anche in correlazione a condizioni di vita sempre più precarie e difficili nel quotidiano. Un dato esemplificativo tra tutti, la sedentarietà che aumenta in maniera significativa

per entrambi i generi: da 34,6% a 36,2% negli uomini e da 43,5% a 45,8% nelle donne. Come dimenticare, poi, il problema persistente di peso dei cittadini del Bel Paese: continua il trend in crescita della percentuale di italiani sovrappeso e obesi, complessivamente, il 45,8% dei soggetti

► Segue a pagina 8

OSSERVASALUTE 2015 IN PILLOLE

La salute nelle regioni: i punti di forza e quelli di debolezza

Piemonte: la Regione in cui le donne muoiono meno per malattie cardiache. Ma è tra le Regioni con più decessi per cause violente tra le donne
Valle d'Aosta: la Regione con la migliore gestione delle fratture del collo del femore. Ma è la Regione in cui i suicidi sono più frequenti
Lombardia: la Regione ha un'ottima gestione del diabete. Ma è la Regione dove giovanissimi, giovani adulti e adulti di mezza età si vaccinano meno contro l'influenza. Inoltre è la Regione che smaltisce in discarica la minore percentuale di rifiuti
PA di Trento: dove si fuma meno. Ma è dove ancora non si usa il web per comunicare coi pazienti
PA di Bolzano: dove ci sono più sportivi. Ma

detiene il maggior numero di casi di malattie cerebrovascolari
Veneto: la Regione con la quota minore di ricoveri. Ma è la Regione con i tempi di degenza maggiori
Friuli Venezia Giulia: la Regione con meno parti eseguiti con cesareo. Ma è la Regione con il numero più elevato di casi di tumore del colon-retto tra gli uomini
Liguria: la Regione dal cuore più sano. Ma è la Regione con più consumatrici di alcolici che eccedono i limiti raccomandati
Emilia Romagna: la Regione con la migliore

► Segue a pagina 8

Intervista a Roberta Chersevani neo presidente Fnomceo

“Voglio costruire una vera squadra e cercare risorse anche nel Consiglio nazionale”

Eva Antoniotti

Dal 27 marzo scorso è la presidente del più grande Ordine sanitario italiano, quello dei medici e degli odontoiatri. La prima volta di una donna in un mondo da sempre molto “maschile” per cultura e gerarchie ma che ormai da anni vede crescere la presenza femminile che ha superato quella maschile tra gli studenti e i neo laureati e che ora trova finalmente un riconoscimento in Roberta Chersevani. Chersevani non è comunque una *new entry* nel mondo ordinistico. Da dieci anni è presidente dell'Ordine di Gorizia e ha avuto ruoli importanti anche nella Federazione nazionale: coordinatrice dell'Osservatorio della professione medica al femminile dal 2007 al 2012 e sopra-



“Gli Ordini fanno già molto per la professione ma mi piacerebbe che fossero anche sentiti più vicini da tutti i medici. Vorrei che diventassero dei luoghi di incontro, degli spazi in cui i colleghi si incontrano per discutere, per scambiare pareri e informazioni, come accade già in altri Paesi del Nord Europa” – afferma Chersevani in questa intervista. Un auspicio che è anche il suo “personale” obiettivo come presidente Fnomceo

tutto coordinatrice della Consulta di Deontologia Medica che ha varato la nuova stesura del Codice Deontologico e “uditrice” nel Comitato Centrale Fnomceo.

Presidente Chersevani, il 27 marzo scorso il nuovo Comitato Centrale della Fnomceo si è riunito a lungo. È stato un incontro difficile?

È andata bene, ma avevamo tante cose da fare. Innanzitutto

to abbiamo dovuto definire gli incarichi dell'esecutivo, con i tempi necessari per un passaggio così importante per la vita della Federazione, ma abbiamo anche dedicato alcune ore ad un confronto aperto estremamente interessante, per conoscerci ulteriormente e capire come articolare il contenuto del nostro programma in contenitori adeguati e con responsabilità specifiche, che

non abbiamo ancora definito. **Che impostazione darà al governo della Federazione?**

Non vorrei accentrare su di me, ma vorrei che fossimo in tanti a condividere il lavoro, grande, che c'è da fare. Voglio costruire una vera squadra. E cercare risorse anche nel Consiglio nazionale.

Tra i nodi centrali del dibattito elettorale per la Federazione c'è stata la questione dell'atto me-

► Segue da pagina 7

La prevenzione resta l'arma di salute più importante nel futuro

di età ≥18 anni è in eccesso ponderale (era il 45,4% nel 2009, il 45,9 nel 2010, il 45,8 nel 2011). “Siamo entrati in una nuova fase strutturale, nella quale incertezza e precarietà non saranno condizioni eccezionali, ma una consuetudine – avverte il professor **Walter Ricciardi**. Partendo da questa considerazione, appare quanto mai preoccupante lo scenario che si prospetta per il settore della sanità, uno dei pilastri del sistema di welfare del nostro Paese”.

“È opinione diffusa che l'incertezza e la precarietà condizioneranno, sul piano politico, gli interventi e le riforme necessarie per un moderno stato sociale, mentre avranno effetto, sul piano individuale, sia sulle condizioni di salute, sia sulle scelte di vita – sottolinea il professore. Il dottor **Aldo Rosano**, dell'Accademia Romana di Sanità Pubblica, in un suo recente lavoro ha dimostrato che chi vive condizioni di precarietà lavorativa sperimenta un rischio più elevato di cattiva salute (+40%). I dati, già oggi, segnalano palesi elementi di incertezza. In particolare desta preoccupazione la contrazione delle risorse pub-

bliche a disposizione per la sanità (la spesa sanitaria pubblica è passata da 112,5 miliardi di euro del 2010 a 109,3 del 2013)”. **Preoccupa, infine, l'adeguatezza degli investimenti destinati alla prevenzione e l'aumento della cronicità** a causa dell'invecchiamento della popolazione. A questo riguardo, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – Ocse (Health at a Glance Europe 2012) evidenzia che il nostro Paese destina solo lo 0,5% della spesa sanitaria totale all'attività di prevenzione, quota che ci colloca agli ultimi posti tra i 30 Paesi dell'Ocse. Infine, l'Istituto Nazionale di Statistica (Rapporto annuale sulla situazione del Paese nel 2013) paventa uno scenario futuro dal quale si vince che la prevalenza di malati cronici gravi sarà superiore al 20%, nel 2024, e salirà ad oltre il 22% nel 2034; si tratta, quindi, di un quadro epidemiologico caratterizzato da prevalenze sensibilmente più elevate di quella attuale che si attesta intorno al 15%.

Il quadro futuro generato dalla dinamica demografica non avrà solo implicazioni sulla spesa per

l'assistenza sanitaria per acuti, ma anche sulla spesa per l'assistenza socio-sanitaria, afferma il dottor **Alessandro Solipaca**: “i modelli di previsione della Ragioneria Generale dello Stato testimoniano che l'invecchiamento della popolazione comporterà un aumento di spesa sanitaria, infatti questi prevedono che la quota di spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil raggiungerà il 7,5% nel 2035, superiore di mezzo punto a quella odierna attestata al 7,0%”. A questo si aggiunge, continua il segretario scientifico dell'Osservatorio, il fatto che “l'invecchiamento acuirà il problema della spesa per l'assistenza agli anziani. Attualmente il peso per questo tipo di assistenza grava in parte sulle spalle delle famiglie, ma in futuro questo diverrà insostenibile, sia dal punto di vista economico sia da quello sociale. La dinamica demografica che si è andata sviluppando nel corso degli anni disegna strutture familiari con uno o due componenti e con molti anziani soli, ciò causerà il dissolvimento strutturale della rete di assistenza di natura informale, tipica della realtà italiana. Pertanto, venendo meno il ruolo tradizionale della famiglia, sarà il sistema di welfare a dover intervenire con nuove risorse e soluzioni innovative economicamente sostenibili”. **Y**

► Segue da pagina 7

OSSERVASALUTE 2015 IN PILLOLE

assistenza domiciliare. Ma è la Regione con più decessi per tumore del colon tra i maschi

Toscana: la Regione dove i ricoveri sono mediamente più brevi. Ma si conferma la Regione con meno non fumatori

Umbria: la Regione con la migliore copertura per diversi vaccini. Ma è la Regione dove è cresciuto di più il consumo di farmaci

Marche: la Regione con meno incidenti in casa. Ma è la Regione con più ricoveri per Alzheimer e Parkinson

Lazio: la Regione con meno giovani consumatori a rischio di alcolici. Ma è la Regione con più fumatori

Abruzzo: la Regione con il maggiore avanzo sanitario pro capite. Ma è la Regione con il tasso maggiore di ospedalizzazione evitabile per gastroenterite nei bambini

Molise: la Regione con il tasso maggiore di posti letto per day hospital (ricoveri diurni). Ma è la Regione con la più lunga degenza pre-operatoria

Campania: la Regione dove si verificano meno suicidi. Ma è la Regione con più problemi di peso sia tra adulti sia tra i minori

Puglia: la Regione con meno casi e vittime di tumore del colon tra i maschi. Ma è la Regione con più uomini che si ammalano per malattie di cuore

Basilicata: la Regione col servizio migliore di medicina di continuità. Ma è la Regione con più obesi. La Basilicata presenta anche il valore più alto (0,99 medici per 1.000 residenti contro un tasso medio italiano dello 0,87 per 1.000)

Calabria: la Regione con più non fumatori. Ma è la Regione con meno posti letto

Sicilia: la Regione con la mortalità minore per tumore del colon tra le donne. Ma è la Regione con le mortalità infantile e neonatale più elevate: il tasso di mortalità infantile (decessi nel primo anno di vita) nel triennio 2009-11 è pari a 4,59 per 1.000 nuovi nati contro un valore medio nazionale di 3,23. Il tasso di mortalità neonatale (decessi tra bimbi di età 0-29 giorni di vita) nello stesso periodo è di 3,42 per 1.000 contro un tasso medio di 2,34.

Sardegna: la Regione con più pediatri. Ma è la Regione con la maggiore mortalità per tumori tra i maschi. Resta anche quest'anno il primato negativo della frequenza di incidenti domestici; infatti la Sardegna presenta il tasso maggiore in Italia per questo tipo di incidente: il 19,5 per 1.000 nel 2013 (contro un tasso medio nazionale di 10,5 per 1.000).

dico, un tema introdotto anche nel nuovo Codice di Deontologia Medica e che nei giorni scorsi è stato oggetto di un progetto di legge presentato dal Pd. Come pensa di affrontarlo?

Abbiamo molto discusso intorno alla nozione di atto medico nella fase di revisione del Codice, perché qualcuno avrebbe voluto definirlo in modo estremamente preciso, mentre altri sostenevano la necessità di avere una definizione più aperta che tenesse conto di tutte le realtà mediche, che sono estremamente varie e che difficilmente possono rientrare in una definizione rigida. La conclusione è stata la stesura degli articoli 3 e 13, che definiscono il valore della professione medica nelle sue diverse espressioni. Credo che quei due articoli, ulteriormente perfezionabili, siano sufficientemente completi e che possano essere un utile punto di riferimento, anche perché i percorsi legislativi sui temi professionali rischiano di essere molto lunghi e confusi.

La richiesta di una definizione dell'atto medico nasce anche da un difficile confronto con altri profili sanitari e in particolare

con gli infermieri. Pensa di poterne discutere con la neo presidente Ipasvi, Barbara Mangiacavalli?

Non ho ancora avuto modo di sentirla, ma l'ho conosciuta un paio di anni fa in un Convegno sulle professioni sanitarie ad Imperia. Mi era piaciuta la sua relazione, concreta e precisa, che fissava regole chiare. Ci scambiammo le rispettive relazioni e questo è un segnale positivo, perché non sempre si accetta di consegnare ad altri il proprio lavoro. Ora, neopresidenti en-

trambe, ci sentiremo presto e sono pronta a incontrarla.

Lei è la prima donna a capo della Fnomceo. Lo considera un fatto importante?

Ricordo che, al Convegno di Caserta del 2007, cominciavamo a registrare il sorpasso delle ragazze nell'ingresso alla professione. Oggi il dato è ancora più evidente e tra i laureati in Medicina le donne sono intorno al 60%.

Tuttavia nelle rappresentanze ordinistiche le donne sono ancora pochissime.

In questa tornata elettorale è andata un po' meglio: fino alla volta scorsa eravamo solo due presidenti donna, Anna Maria Calcagni di Fermo ed io; oggi le presidenti sono sei. Un cambiamento lento, ma visibile anche negli altri incarichi degli Ordini.

Pensa che potrebbe essere utile inserire delle norme di equilibrio tra i generi nelle elezioni degli Ordini?

Io credo che le cose potrebbero cambiare già ora, poiché le donne medico sono sempre più numerose. L'importante è che siano attratte dal mondo ordinistico: non vorrei essere presuntuosa, ma forse la mia elezione può essere uno stimolo alla partecipazione delle colleghe.

Ha un suo personale obiettivo come presidente Fnomceo?

Vorrei che gli Ordini diventassero dei luoghi di incontro, degli spazi in cui i colleghi si incontrano per discutere, per scambiare pareri e informazioni, come accade già in altri Paesi del Nord Europa. Gli Ordini fanno già molto per la professione, ma mi piacerebbe che fossero anche sentiti più vicini da tutti i medici. **Y**

Fnomceo: Roberta Chersevani presidente. Per la prima volta una donna alla guida dei medici italiani

"A tutti chiederò una mano individuando gli ambiti in cui ognuno di voi è più bravo, per essere veramente una squadra in cui ognuno avrà il suo ruolo", ha detto Chersevani subito dopo la nomina

Roberta Chersevani (presidente dell'Ordine di Gorizia) è il nuovo presidente della Fnomceo: a votarla, all'unanimità, sono stati i 17 componenti del Comitato Centrale, riunito il 27 marzo scorso a Roma. Alla Vicepresidenza è stato nominato Maurizio Scassola (Venezia), Segretario è stato confermato Luigi Conte. La carica di Tesoriere è stata attribuita a Raffaele Iandolo. Alla presidenza della Commissione Albo Odontoiatri è stato confermato Giuseppe Renzo, a quella del Collegio dei Revisori dei Conti Salvatore Onorati. "A tutti chiederò una mano individuando gli ambiti in cui ognuno di voi è più bravo, per essere veramente una squadra in cui ognuno avrà il suo ruolo", ha affermato la Presidente, Chersevani, subito dopo la proclamazione.

I commenti

- Lorenzin: "Un valore aggiunto per la Federazione"
- Anaa Assomed: "Chersevani, una scelta di grande coraggio e di ampia visione"
- Aaroi: "Federazione recuperi ruolo di tutela della professione medica"
- Cimo: "Chersevani saprà sostenere al meglio la professione in questo momento così delicato della categoria"
- Fassid/Snr: "Orgogliosi per la prima volta di una donna e radiologa alla guida della Fnomceo"
- Milillo (Fimmg): "Sono convinto che saprà svolgere al meglio questo importante incarico"
- Smi: "Ci attendiamo un rinnovato impegno per i diritti dei medici, soprattutto giovani e precari"
- Sumai-Assoprof: "Convinti si riuscirà a tenere compatta e unita la categoria"

Pillola 5 giorni dopo

L'Aifa ha deciso: ricetta solo per le minorenni e via anche il test

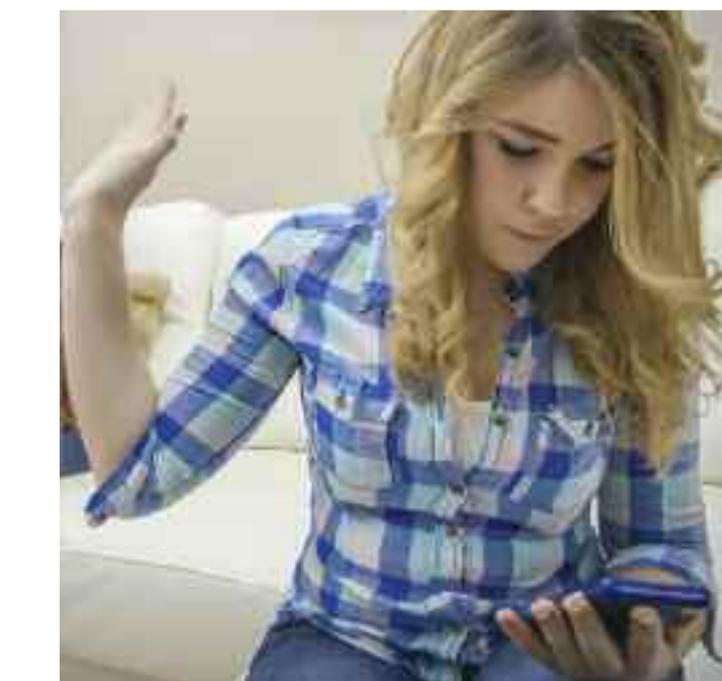
Il Cts dell'Agenzia del farmaco ha preso la sua decisione. Via l'obbligo di ricetta, come indicato dall'Ema, e via anche il test di gravidanza obbligatorio. Ma per le minorenni servirà ancora la prescrizione del medico per maggiore tutela verso un uso incontrollato. Pani: "Decisione ancor più moderna di quella dell'Ema"

L'Aifa ha deciso. Rispettato, ma solo in parte il parere del Consiglio superiore di sanità che raccomandava il mantenimento dell'obbligo di ricetta per tutti. Per l'Agenzia del farmaco - come riferisce l'Ansa - la pillola anticoncezionale d'emergenza EllaOne deve infatti restare con obbligo di prescrizione medica ma solo per le minorenni. Scompare poi anche l'obbligo del test di gravidanza che era stato introdotto in Italia al momento della messa in commercio nel 2012 (unico paese europeo ad averlo previsto). La decisione della Commissione tecnico-scientifica dell'Aifa

ricalca quella già presa dalla Germania e il direttore dell'Aifa Luca Pani l'ha spiegata così all'Ansa: "Il farmaco non ha grandi problematiche ma sull'uso ripetuto e incontrollato non ci sono dati sufficienti per garantirne la sicurezza. E per tutelare le più giovani, e visto che in Italia esiste la possibilità di prescrivere la pillola in ogni momento in ospedali e consultori, è stato deciso di lasciare questo limite. Si tratta di una decisione ancora più moderna di quella dell'Ema".

Lorenzin: "La decisione di Aifa? Una mediazione molto positiva"

"L'Ema ha preso una decisione di tipo regolatorio, noi l'abbiamo sottoposta al Cts che ha mandato un parere tecnico scientifico, ovviamente orientato alla sicurezza del paziente, ad Aifa che ha agito come agenzia regolatoria trovando una mediazione e indicando per le minori di non applicare la normativa europea, ma di richiedere la prescrizione medica. Una mediazione molto positiva". Così il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha commentato la pronuncia di Aifa sulla pillola dei cinque giorni dopo. "Per me la cosa importante - ha aggiunto - è avere la



garanzia che la donna sia adulta sia giovane quando ricorre alla pillola dei cinque giorni dopo abbia contezza della propria situazione clinica, che non

ci siano rischi non solo per il presente ma anche per il futuro della propria salute. Quindi mi attengo alle valutazioni scientifiche". **Y**



IL PUNTO
DI ANTONIO CHIANTERA

Occhio ai requisiti formali della ricetta non ripetibile: le sanzioni sono salate!

Viva le prescrizioni al computer” verrebbe da dire leggendo la mail inviata da un socio Aogoi che ci ha segnalato di aver ricevuto dal Comando dei carabinieri per la tutela della salute (Nas) di Brescia il verbale di una multa di ben 600 euro (corrispondente a un terzo del massimo o doppio del minimo della sanzione prevista) per aver prescritto farmaci, in questo caso la pillola EllaOne (ma poteva trattarsi di un qualsiasi altro medicinale soggetto a prescrizione medica non ripetibile), con una ricetta “priva del nominativo o del codice fiscale del paziente”*.

Fin qui nulla di strano... sulla ricetta che il nostro collega ci ha inviato per e-mail non c'è il codice fiscale, è vero, ma il nome della paziente c'è, eccome. È scritto in corsivo, ma neppure tanto male. Forse ad ingannare i Nas è stata la vaga somiglianza del nome “esotico” della paziente (cinese) con una sostanza farmacologica non meglio identificata... o forse i motivi dell'eccessivo zelo dei Nas sono altri? Chissà! Non ci piace il retrospensiero, per cui scartiamo l'ipotesi che sia la tipologia del farmaco prescritto ad aver suscitato tanta attenzione. Che si tratti della pillola EllaOne è del tutto casuale, ne siamo convinti.

Lasciamo al nostro ufficio legale la rispo-

Alzi la mano chi di noi si è sempre ricordato di scrivere il codice fiscale sulla ricetta? D'ora in poi facciamoci attenzione, le sanzioni sono pesanti: vanno dai 300 ai 1800 euro!

Ecco il caso che ci ha segnalato un nostro socio: 600 euro di “multa” per “prescrizione priva del nominativo o del codice fiscale del paziente”. Sulla ricetta c'è il nome della paziente, manca però il suo codice fiscale. Il farmaco prescritto è la pillola EllaOne



sta “tecnica” da dare al nostro collega, ma intanto cogliamo l'occasione per capire meglio cosa prevede l'articolo 89 del decreto legislativo cui fa riferimento la notifica di violazione amministrativa contestata e di farne tesoro, se non altro per non incappare in sanzioni pesanti.

Il decreto, che recepisce la normativa europea sui farmaci ad uso umano, contem-

pla – ai commi 4 e 5 dell'articolo 89 – i requisiti formali della ricetta non ripetibile. Ebbene, ai sensi del comma 4 (il comma citato in questo caso nel verbale dei Nas), la ricetta deve contenere il codice fiscale del paziente - e non come erroneamente riportato nel verbale il “nominativo o il codice fiscale del paziente”. Le sanzioni previste, ai sensi di questo comma, rimandano al comma 9 del successivo art. 148, e vanno dai 300 ai 1.800 euro. Che dire, non proprio bazzecole! Al comma 5 viene poi

precisato che “la ricetta, che deve comunque contenere, stampata o apposta con timbro, la chiara indicazione del medico prescrivente e della struttura da cui lo stesso dipende, non ha validità ove sia priva degli elementi di cui al comma 4 ovvero della data, della firma del medico e dei dati relativi alla esenzione”.

A questo punto mi chiedo e vi chiedo: quanti di noi in questi anni (la legge è del 2006) hanno scritto il codice fiscale della paziente nella ricetta? In tutta franchezza credo pochi, pochissimi...quasi nessuno. Ora però siamo tutti avvertiti: errori o dimenticanze nella compilazione della ricetta possono costare caro.

Il caso segnalatoci dal collega offre lo spunto anche per un'altra riflessione, più generale, sui rischi che possono derivare da ricette “a mano” difficili da interpretare, che vanno dalla consegna di un farmaco diverso da quello prescritto a un errore del farmacista o del paziente nel leggere la quantità e i tempi di assunzione della medicina. Ma quali sarebbero i motivi degli ormai leggendari “scarabocchi” dei medici? Un'indagine condotta anni fa da due dottori americani, Karen White e John Beary della Georgetown University, riportata dal *Corriere della Sera*, suggeriva tra le possibili cause della grafia illeggibile “un antico retaggio dei tempi in cui i dottori si ritenevano i depositari dei segreti della salute e della vita, da tener nascosti ai profani: una scrittura quasi illeggibile era una sorta di status symbol”. Un'altra causa, più verosimile, è riconducibile al fatto che: “I dottori lavorano quasi sempre sotto stress e in lotta con il tempo, per cui scrivono con abbreviazioni e di gran fretta”.

Comunque sia, a scanso di equivoci, meglio ricorrere al computer... le ricette “a mano” presentano sempre più rischi. **Y**

* Illecito amministrativo rilevato: “Art. 89 comma 4 DL.vo 24.04.2006 n. 219 sanzionato dal successivo art. 148 comma 9, per aver prescritto farmaci, con la prescrizione medica non ripetibile, priva del nominativo o codice fiscale del paziente”.

Cancro. L'annuncio di Angelina Jolie

“Ho deciso di rimuovere le ovaie per prevenirlo”

A due anni dalla mastectomia preventiva al seno l'attrice americana e ambasciatrice Onu **Angelina Jolie** ha annunciato in una lettera pubblicata sul *New York Times* di aver preso la decisione di rimuovere le ovaie e le tube di fallopio per prevenire il cancro. “Non è facile prendere queste decisioni – si legge nella lettera –. Ma è possibile prendere il controllo e affrontare a testa alta qualsiasi problema di salute. È possibile consultare, conoscere le opzioni e fare scelte che sono giuste per se stessi. La conoscenza è potere”. Jolie ricorda anche le ragioni della scelta. “Due anni fa – afferma – ho scritto sulla mia scelta di subire una

due anni fa aveva scelto di sottoporsi ad una doppia mastectomia preventiva. Il marzo scorso, in una lettera pubblicata sul *New York Times*, la star di Hollywood ha annunciato la nuova decisione. “Nel mio caso la chirurgia è il metodo migliore”. “Non è facile prendere certe decisioni. Ma è possibile consultare, conoscere le opzioni e fare le scelte giuste. La conoscenza è potere”

doppia mastectomia preventiva. Un semplice esame del sangue mi aveva rivelato la presenza della mutazione nel gene BRCA1. Mi hanno dato una stima di rischio dell'87 per cento di cancro al seno e un rischio del 50 per cento di cancro ovarico. Ho perso mia madre, la nonna e la zia a causa del cancro”. L'attrice americana

dichiara che aveva intenzione di effettuale l'intervento già “da un po' di tempo”. “Si tratta di un intervento chirurgico meno complesso mastectomia, ma i suoi effetti sono più gravi. Si mette una donna in menopausa forzata. Così mi sto preparando fisicamente ed emotivamente”. Ma spiega che aveva ancora tempo per decidere



sino a quando due settimane l'esito di un nuovo esame il medico le ha detto che c'erano “una serie di marker infiammatori che sono elevati, e nel loro insieme potreb-

bero essere un segno di cancro precoce”. La Jolie, che è anche inviata Onu, racconta di essere “andata attraverso quello che immagino migliaia di altre donne pro-



Protesi mammarie

Nasce Icobra, database internazionale per la sicurezza delle donne

Raccogliere dati e informazioni cliniche e scientifiche sulle protesi mammarie, secondo standard condivisi, in 13 Paesi del mondo. Questo l'obiettivo con cui nasce l'International Collaboration of Breast Registry Activities, Icobra, di cui la Sicpre, Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica, è la firmataria italiana. A sedere con lei intorno al tavolo, le omologhe società scientifiche di Australia, Austria, Canada, Francia, Germania, Israele, Nuova Zelanda, Olanda, Regno Unito, Stati Uniti, Sudafrica e Svezia, tutte gemellate (come la Sicpre in Italia) con l'Asps, American Society of Plastic Surgeons, sotto la cui egida il progetto Icobra prende il via.

Il progetto Icobra nasce dalla volontà di accrescere la sicurezza delle donne portatrici di protesi, una sicurezza che viene dall'informazione ed è relativa al materiale da cui sono costituite e rivestite, all'azienda che le ha prodotte, ai test che sono stati superati. Un insieme di informazioni che, per esempio diversi anni dopo l'intervento, la paziente che si è sottoposta a una mastoplastica additiva, o a una ricostruzione mammaria, può non riuscire più a recu-

Il progetto, che coinvolge 13 Paesi, vede la Sicpre come firmataria per l'Italia. L'obiettivo è costruire, aggiornare e condividere un database in cui ogni dispositivo verrà registrato e classificato, in modo da poter sempre risalire, a distanza di anni e di migliaia di chilometri, al chi, al come e al cosa degli apparecchi che sono stati impiantati

perare. Ed è qui che entra in scena il database che le società scientifiche dell'International Collaboration of Breast Registry Activities

si sono impegnate a costituire, aggiornare e condividere, in cui ogni dispositivo verrà registrato e classificato, in modo da poter sem-

pre risalire, a distanza di anni e di migliaia di chilometri, al chi, al come e al cosa dei dispositivi che sono stati impiantati.

Istituito nel 2012, il registro delle protesi in Italia non è mai stato attivato. "Di fatto non esiste - dice **Fabrizio Malan**, presidente della Sicpre - In questa situazione, far parte dei pionieri di Icobra è ancor più importante per le pazienti e più prestigioso sotto il profilo scientifico". Il progetto Icobra prende le mosse in realtà in Australia, all'indomani dell'allarme Pip, le protesi realizzate in silicone industriale che hanno suscitato comprensibile allarmismo nelle donne che avevano sostenuto un intervento al seno.

"In quell'occasione - spiega **Stefania de Fazio**, consigliere Sicpre e artefice della partecipazione ita-

► **Segue a pagina 13**

Tumore ovarico

Migliore gestione delle diagnosi con la nuova piattaforma on line sviluppata dal Gemelli

Identificare precocemente l'eventuale mutazione dei geni BRCA facilitando una migliore gestione del tumore ovarico e l'eventuale terapia personalizzata con i nuovi farmaci target. È quanto consente la piattaforma online, sviluppata dal Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" e supportato da AstraZe-

neca, grazie alla quale gli oncologi italiani che ne fanno richiesta potranno ottenere l'esito del test molecolare Breast Cancer Susceptibility (BRCA) in 3 settimane, con un risparmio di tempo di circa 5-8 mesi. Un risparmio di tempo prezioso sia per le donne con una storia clinica o familiare sospetta, ma anche per le don-

ne che non hanno una documentata e rilevante storia familiare di carcinoma ovarico. Si calcola infatti che la mutazione di questi geni comporti un aumento del rischio di tumore ovarico fino al 40% e sia presente nel 15% circa delle pazienti. **Da oggi, quindi grazie al nuovo servizio, l'accesso al test sarà garanti-**

to a tutte le pazienti con tumore ovarico e le donne a rischio sull'intero territorio nazionale, con tempistiche brevi e un'elevata alta qualità diagnostica. Il carcinoma ovarico è l'ottavo tumore più diffuso fra le donne, con circa 230 mila nuove diagnosi ogni anno nel mondo. Nel 2014 in Italia

► **Segue a pagina 13**

vano. Ho detto a me stessa di stare calma, di essere forte. Ho chiamato mio marito in Francia, che era su un aereo. La cosa bella di questi momenti nella vita è che c'è tanta chiarezza. Sai cosa si vive e ciò che conta. È polarizzante, ed è tranquillo".

Nel mio caso - sottolinea - i medici orientali e occidentali che ho incontrato hanno convenuto che la chirurgia per rimuovere i miei tubi e le ovaie era l'opzione migliore, perché a causa del gene BRCA, tre donne nella mia famiglia sono morte di cancro. I miei medici mi hanno indicato che dovrei sottopormi a chirurgia preventiva circa un decennio prima dalla prima comparsa di cancro nei miei parenti di sesso femminile. Il cancro ovarico di mia madre le è stato diagnosticato quando aveva 49 anni. Io ne ho 39".

Pinto: "La scelta di Angelina Jolie rappresenta un momento di riflessione sia per i clinici che per le pazienti"

Aiom: "Asportazione ovaio rientri in percorso di cura"

Commentando la scelta dell'attrice, il presidente Carmine Pinto ha spiegato come "questo tipo di tumore colpisce spesso persone molto giovani, e le conseguenze dell'intervento sono l'infertilità e la menopausa precoce. Ogni anno in Italia 4.900 nuove diagnosi. "Va migliorato nel nostro Paese l'accesso al test genetico per le pazienti a rischio"

"I medici devono avere la capacità di parlare con la donna a rischio di sviluppare un tumore dell'ovaio e di spiegarle tutte le conseguenze a cui va incontro a seguito dell'intervento di asportazione dell'organo. È indispensabile che la paziente abbia la capacità e gli strumenti per valutare tutti i pro e i contro. Il 40% delle donne con mutazione del gene BRCA sviluppa il cancro dell'ovaio. Va anche sottolineato che i controlli non permettono una diagnosi precoce, perché non esiste uno screening efficace per una ma-

lattia che non presenta sintomi chiari. Ma la scelta di sottoporsi all'intervento chirurgico deve rientrare in un articolato percorso di cura, in base al programma di vita della donna. Questo tipo di tumore può colpire persone molto giovani, anche di età inferiore ai 30-40 anni. Le conseguenze dell'operazione sono l'infertilità e la menopausa precoce, una decisione di questo tipo deve essere ponderata e valutata in profondità". **Carmine Pinto**, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), sottolinea che la scelta di Angelina Jolie di sottoporsi all'intervento di ovariectomia, a un anno di distanza dal duplice intervento di mastectomia preventiva, può rappresentare un momento proficuo di ri-

flessione, sia per i clinici che per le pazienti.

Ogni anno 4.900 italiane sono colpite dal tumore dell'ovaio. "Otto diagnosi su 10 giungono quando il cancro è ormai in fase avanzata - continua Pinto -. In questi casi, la sopravvivenza delle pazienti è solo del 30%. Dato che si inverte radicalmente se la malattia viene scoperta in tempo. Allo stadio iniziale, infatti, la probabilità di vincere il cancro raggiunge il 90%. **Aiom ha già stilato un documento operativo sulle migliori strategie d'azione con i ginecologi della Sigo** (Società di ginecologia e ostetricia), predisponendo una serie di indicatori che le Unità Operative di riferimento sul territorio devono rispettare".

"Nel nostro Paese - conclude il presidente Aiom - va migliorato un aspetto fondamentale, l'accesso al test genetico per tutte le donne a rischio, cioè quelle che hanno avuto un tumore al seno da giovani o che presentano una forte familiarità. E deve essere gestita con attenzione la fase successiva a questo esame, per definire con la paziente il percorso di cura. Va sviluppata la cultura del counselling genetico, con tutti gli attori coinvolti: l'oncologo, il genetista e lo psicologo. Solo così potremo capire a fondo le aspettative della donna. Inoltre questo test non è solo preventivo, ma indica anche la sensibilità delle donne già affette da tumore ovaio a una categoria di farmaci, i PARP inibitori, che agiscono nei tumori causati dalle alterazioni dei geni BRCA. Aiom, insieme alle altre Società Scientifiche coinvolte, proprio in questi giorni, sta producendo delle Raccomandazioni per la gestione del test per BRCA nell'ambito del carcinoma ovarico".

Eterologa. Consiglio di Stato sospende delibera Lombardia

“No spesa a carico totale delle coppie. Stesso trattamento omologa”

Un'ordinanza del Consiglio di Stato del 9 aprile scorso ha sospeso in via cautelare la delibera della Regione Lombardia sulla fecondazione eterologa rinviando la pratica al Tar per il giudizio di merito. Con la delibera, approvata lo scorso settembre, la Lombardia era diventata l'unica regione italiana in cui il costo della prestazione ricadeva interamente a carico dell'assistito. Nelle altre Regioni invece, ricordiamo, al cittadino viene chiesto il solo costo del ticket. Il ricorso era stato presentato dall'Associazione Sos Infertilità.

“Pur nell'ambito della complessità e della delicatezza proprie delle questioni proposte allo stato sembra condivisibile la censura di disparità di trattamento sotto il profilo economico tra la Procreazione medicalmente assistita omologa e quella eterologa, stante l'incontestata assunzione a carico del servizio sanitario regionale lombardo – salvo il pa-

I giudici hanno accolto il ricorso presentato dall'Associazione Sos Infertilità contro la disparità di trattamento rispetto all'omologa. “Sembra condivisibile la censura di disparità di trattamento sotto il profilo economico tra la Procreazione medicalmente assistita omologa e quella eterologa”. La Lombardia è l'unica regione in cui il costo della prestazione è totalmente a carico dell'assistito



gamento di ticket – della prima”, si legge nel testo dell'ordinanza. Inoltre viene aggiunto che “quanto al diritto alla salute inteso come comprensivo anche della salute psichica oltre che fisica, ‘non sono dirimenti le differenze’ tra fecondazione di tipo omologo ed eterologo”.

“Rilevato che il pregiudizio lamentato non può essere ragionevolmente limitato ad aspetti puramente patrimoniali in sé risarcibili, deve ritenersi dotato dei prescritti caratteri di gravità e irreparabilità poiché l'esecuzione dei provvedimenti impugnati è suscettibile di produrre l'effetto della perdita, da parte di coloro che non sono in grado di sostenere l'onere economico ivi previsto, della possibilità di accedere alle tecniche in parola dovuta al superamento dell'età potenzialmente fertile durante il tempo occorrente per la definizione del giudizio nel merito”, conclude l'ordinanza. **Y**

FERTIFOL 28 E 120 COMPRESSE

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

FERTIFOL 400 microgrammi compresse

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ogni compressa contiene:

Acido folico 400 mcg

Eccipienti: lattosio Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1

3. FORMA FARMACEUTICA

Compresse di forma biconvessa e colore giallo.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Profilassi primaria dei difetti dello sviluppo del tubo neurale del nascituro in donne fertili, che stanno pianificando una gravidanza.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

1 compressa al giorno, da 1 mese prima a tre mesi dopo il concepimento.

La posologia giornaliera può essere raddoppiata, nei casi di inadeguato apporto di folati. Il prodotto si somministra per via orale, prima dei pasti.

Tale dosaggio non è adeguato nel caso in cui la donna abbia già avuto gravidanze con NTD (Difetti del Tubo Neurale).

(vedi sez. 4.4 “Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego”)

4.3 Controindicazioni

Ipersensibilità al principio attivo o a uno qualsiasi degli eccipienti.

Pazienti con tumori

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

Le seguenti categorie di pazienti devono essere sottoposte ad una valutazione più approfondita, prima di iniziare un trattamento con FERTIFOL, poiché la loro condizione clinica potrebbe richiedere la somministrazione di acido folico a dosaggi superiori rispetto a quelli di FERTIFOL:

- donne nelle quali si sono già osservati, in una o più gravidanze precedenti (portate a termine o meno) difetti di sviluppo del tubo neurale;
- donne in trattamento con farmaci antiepilettici: carbamazepina o acido valproico;
- donne con storia familiare di difetti di sviluppo del tubo neurale;
- donne in trattamento con antagonisti dell'acido folico (metotrexate, sulfasalazina)
- (vedi sez. 4.5 “Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione) donne con anemia megaloblastica da carenza di acido folico.

L'acido folico non deve essere somministrato da solo ai pazienti con anemia perniciosa o altri stati carenziali di vitamina B12 a pazienti con anemia megaloblastica di origine sconosciuta. Infatti l'acido folico può rendere più difficile la diagnosi di anemia perniciosa poiché riduce le manifestazioni ematologiche della patologia, ma non è in grado di contrastare la progressione delle sue complicazioni neurologiche.

Ciò può esitare in un grave danno neurologico prima che venga effettuata la diagnosi corretta.

Da considerare che in donne che usano antagonisti dell'acido folico è più appropriato somministrare l'acido folinico piuttosto che dosaggi più alti di acido folico.

L'uso concomitante di Fertifol con fenobarbitale, fenitoina o primidone non è raccomandato.

(vedi sez. 4.5 “Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione).

Informazioni importanti su alcuni eccipienti

FERTIFOL contiene lattosio, pertanto i pazienti affetti da rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, da deficit di Lapp lattasi, o da malassorbimento di glucosio/galattosio non devono assumere questo medicinale.

FERTIFOL non è efficace nel prevenire l'insorgenza di difetti di sviluppo del tubo neurale se il trattamento viene iniziato dopo la quarta settimana di gravidanza.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

Fertifol può ridurre le concentrazioni plasmatiche di fenobarbitale, fenitoina e primidone aumentando il loro metabolismo.

Di conseguenza l'uso concomitante di Fertifol con fenobarbitale, fenitoina o piramidone non è raccomandato (vedi sez. 4.4 “Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego”). Se necessario deve essere eseguito un accurato monitoraggio della concentrazione plasmatica di questi antiepilettici.

4.6 Gravidanza ed allattamento

FERTIFOL è indicato per la prevenzione dei difetti dello sviluppo del tubo neurale prima e durante la gravidanza.

L'acido folico è escreto nel latte materno.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Non sono disponibili dati sugli effetti del prodotto sulla capacità di guidare. Tuttavia, tale effetto è improbabile.

4.8 Effetti indesiderati

Reazioni allergiche (eritema, prurito, orticaria) sono state raramente descritte.

In trattamenti con acido folico a dosi più elevate rispetto a quelle di FERTIFOL, sono state riferite anche disturbi gastrointestinali (nausea, disturbi addominali, flatulenza), irritabilità e insonnia.

4.9 Sovradosaggio

Dosi di acido folico sino a 4-5 mg sono ben tollerate. A dosaggi più elevati, sono stati osservati: alterazioni mentali, disturbi del sonno e disturbi gastroenterici.

Le dosi di acido folico contenute in FERTIFOL sono molto basse; il rischio di tossicità da sovradosaggio è pertanto remoto.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica: acido folico

ATC: B03BB01

Durante la mitosi cellulare, la carenza di acido folico provoca una sintesi imperfetta del DNA. Ciò è legato al ruolo ricoperto dall'acido folico (come tetraidrofolato) nella sintesi degli acidi nucleici e nella divisione cellulare, ed in qualità di coenzima nella sintesi delle purine e pirimidine. Per questo l'acido folico è un fattore cruciale nella genesi del sistema nervoso centrale, che nell'uomo ha luogo 15 - 28 giorni dopo il concepimento.

La conversione del 5-metiltetraidrofolato in tetraidrofolato può avvenire solo nell'organismo, grazie all'azione della metionina sintetasi, attraverso la donazione di un gruppo metile all'omocisteina, con formazione di metionina.

In conclusione, FERTIFOL corregge il metabolismo dell'aminoacido essenziale metionina, alterazione che si osserva nella maggior parte delle madri di bambini con difetti di sviluppo del tubo neurale (NTD).

5.2 Proprietà farmacocinetiche

L'acido folico è rapidamente assorbito dal digiuno, ove subisce una riduzione e metilazione a formare 5-metiltetraidrofolato, che è la forma presente nel circolo portale. La sua biodisponibilità dopo somministrazione orale è elevata, poiché è compresa fra il 76% ed il 93%. La concentrazione plasmatica massima è raggiunta in 1 ora. I folati sono sottoposti a circolo entero-epatico, e vengono eliminati nelle urine sotto forma di metaboliti. I folati passano attraverso la placenta e sono presenti nel latte materno.

L'acido folico si lega ampiamente alle proteine plasmatiche, e il fegato ne è il principale organo di riserva.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

Sono stati osservati effetti preclinici soltanto ad esposizioni considerate significativamente superiori all'esposizione umana massima, il che depone per una scarsa rilevanza clinica.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Lattosio monoidrato

Cellulosa microcristallina

Carbossimetilamido sodico A

Magnesio stearato

6.2 Incompatibilità

Non pertinente

6.3 Periodo di validità

3 anni

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione

Non conservare a temperature superiori a 30°C.

Conservare nel contenitore originale per proteggere dall'umidità.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

Astuccio di cartone contenente 28 compresse in blister Al/PVC bianco o 120 compresse in blister Al/PVC bianco (4 blisteri contenenti 30 compresse ognuno).

6.6 Precauzioni per lo smaltimento e la manipolazione

Nessuna istruzione particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

EFFIK ITALIA SpA - Via Lincoln 7/A - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

AIC 036346017

AIC 036346029

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

24 giugno 2005

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO:

Marzo 2014

Viola Rita

Un gruppo di ricercatori statunitensi ha individuato un nuovo antibiotico che elimina patogeni particolarmente 'difficili' da trattare, senza incontrare una resistenza rilevabile. Lo studio, condotto da vari Istituti, tra cui la Northeastern University a Boston, è pubblicato* su *Nature*. La resistenza dei batteri agli antibiotici rappresenta attualmente una seria minaccia per la salute globale, come ha recentemente sottolineato l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questa resistenza è inoltre in crescita in Europa, come evidenziato dal Rapporto Europeo dell'Ecdc, individuando un problema sanitario che da tempo viene studiato da diversi gruppi di ricerca al mondo.

L'antibiotico rintracciato nello studio odierno risulterebbe molto promettente per il trattamento di alcune infezioni croniche, quali quelle della tubercolosi e le infezioni indotte da stafilococco aureo resistente alla meticillina (sigla MRSA). Il 'super-man' degli antibiotici si chiamerebbe *teixobactina*: per arrivarci, gli scienziati hanno sviluppato un nuovo approccio di ricerca, facendo crescere batteri, non sviluppabili in coltura, nel loro ambiente naturale, mediante coltivazione *in situ* oppure utilizzando specifici fattori di crescita; questo metodo coinvolge un dispositivo che isola e favorisce la crescita di cellule singole. Tali batteri costituiscono infatti il "99% di tutte le specie di batteri che vivono in ambienti esterni e rappresentano una risorsa non sfruttata

Scoperto un "super" antibiotico. Annienta anche i batteri ultra-resistenti. Ottimi risultati in laboratorio contro Tbc e stafilococco aureo

■ Si chiama *teixobactina*. Per arrivarci gli scienziati hanno sviluppato un nuovo approccio di ricerca facendo crescere batteri non sviluppabili in coltura nel loro ambiente naturale. Con questa metodica hanno assemblato circa 50mila ceppi patogeni diversi scoprendo 25 nuovi antibiotici. Tra questi la *teixobactina* che sembra promettere molto bene. E si pensa allo sviluppo di un farmaco. Lo studio su *Nature*



per nuovi antibiotici", si legge nel paper su *Nature*. Con questa metodica, già da diversi anni i ricercatori coinvolti

in questo studio, insieme ad altri colleghi e alla fondazione di un'organizzazione, hanno assemblato circa 50mila specie di

verse di patogeni, scoprendo 25 nuovi antibiotici, di cui la *teixobactina* è l'ultimo prodotto e, secondo il Professor Lewis, il più interessante.

In uno screening, testando il composto, non sono risultati resistenti alla *teixobactina* né il *Mycobacterium tuberculosis* (batterio della tubercolosi) né cellule MRSA mutanti. "La nostra impressione è che la natura abbia prodotto un composto che evolve verso l'essere libero da resistenza", ha affermato il Professor **Kim Lewis**, che ha guidato l'esperimento con la collaborazione del Professor **Slava Ep-**

stein. "Questo risultato sfida il dogma su cui ci siamo basati", prosegue Lewis, "secondo il quale i batteri sviluppano sempre resistenza. Bene, forse in questo caso ciò non avviene".

"Le proprietà di questo composto suggeriscono un percorso attraverso il quale mettere a punto antibiotici che potrebbero evitare lo sviluppo di resistenza", si legge nello studio.

Il risultato deve essere ancora approfondito. Il lavoro del team è stato analizzato anche dal Professor **Gerard Wright**, del Dipartimento di Biochimica e Scienze Biomediche presso la McMaster University, il quale, in un altro articolo su *Nature*, ha affermato che bisogna ancora vedere se nell'ambiente ci possano essere altri meccanismi di resistenza al composto individuato, tuttavia il lavoro di questo team di ricerca potrebbe condurre ad identificare altri antibiotici dalla "resistenza leggera". "Il lavoro [dei ricercatori] offre la speranza che innovazione e creatività possano combinarsi per risolvere la crisi degli antibiotici", scrive il Professor Wright. Il prossimo passo a cui punta il team è quello di sviluppare un farmaco a partire dalla *teixobactina*. In uno studio nel 2013, inoltre, Lewis aveva presentato un nuovo approccio per combattere ed eliminare il Mrsa, il superbatterio che colpisce un milione di americani ogni anno: secondo Lewis, l'ultimo studio prepara la base per far avanzare il lavoro finalizzato al trattamento dell'MRSA e di altre infezioni. **Y**

* *Losee L. Ling et al., A new antibiotic kills pathogens without detectable resistance. Nature, 2015; DOI: 10.1038/nature14098*

▶ Segue da pagina 11

Protesi mammarie

liana al progetto – i colleghi australiani si sono resi conto di come il registro delle protesi utilizzato nel Nuovissimo Mondo a partire dal 1998 non si rivelasse utile nei fatti. Come ha dichiarato il professor Rod Cooter, oggi coordinatore di Icobra, in quell'occasione si è riusciti a risalire solo al 4% delle protesi Pip. Da qui la decisione di ripensare completamente la raccolta dati, sviluppando anche un software ad hoc. Con grande generosità, questi strumenti e queste esperienze sono state messe a disposizione gratuitamente delle altre società scientifiche che aderiscono al progetto, con notevoli benefici".

L'ultimo allarme in ordine di tempo, a proposito delle protesi mammarie, è legato al linfoma anaplastico a grandi cellule, ALCL, una rara forma cutanea primitiva di linfoma non Hodgkin che qualche settimana fa ha attirato l'attenzione dei media per una presunta correlazione con le protesi. "Si tratta di una malattia estremamente rara – sottolinea il presidente Malan –: in tutto il mondo, nel 2014, sono stati contati 173 casi in donne portatrici di protesi mammarie. Tuttavia, anche dietro raccomandazione del Ministero della Salute, gli studi e la raccolta dati proseguono. Una volta in più, il progetto Icobra si dimostra di grandissima utilità". **Y**

▶ Segue da pagina 11

Tumore ovarico

si sono registrati quasi 5 mila nuovi casi, circa il 3% del totale dei tumori diagnosticati tra le donne. Le stime indicano che nel corso della vita 1 donna italiana ogni 74 sviluppi un tumore ovarico.

"Da sempre il Policlinico Gemelli è in prima linea sull'oncologia – ha detto **Rocco Bellantone**, Preside della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma – stimolati anche dal fatto che da molti anni diamo attenzione alle donne, spesso neglette nella ricerca. E oggi il connubio donna e oncologia trova una delle sue tappe fondamentali".

I geni BRCA giocano un ruolo importantissimo nella partita contro il tumore ovarico. I BRCA sono infatti noti come soppressori tumorali e impediscono l'insorgenza dei tumori. Se si verifica una mutazione, però, la funzione dei geni BRCA viene compromessa e la cellula viene privata di un meccanismo di controllo: si ha così un rischio maggiore di accumulare mutazioni che non vengono riparate e che favoriscono l'insorgenza del tumore. Il test genetico BRCA – spiega **Giovanni Scambia**, Direttore del Dipartimento per la Tutela della salute della donna, della vita nascente e dell'adolescente e direttore del

l'Uoc di ginecologia oncologica del Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma – riveste un'importanza fondamentale nella gestione del tumore ovarico. È infatti consigliato per le donne con una storia clinica o familiare sospetta, anche se il 40% circa delle pazienti con una mutazione BRCA può non avere una documentata e rilevante storia familiare di carcinoma ovarico. Si tratta di un importante passo avanti per gli operatori sanitari e soprattutto per tutte le donne italiane che si trovano ad affrontare questa importante sfida contro il tumore ovarico. La nuova piattaforma ha importanti risvolti prognostici e facilita un eventuale intervento tempestivo con adeguate misure di prevenzione o terapeutiche". Soprattutto, come ha aggiunto Scambia, grazie alla piattaforma non solo si disegna una rete che consente di mettere insieme gli specialisti per migliorare le performance contro questo tumore che ha molte forme, ma si crea anche la possibilità di attivare una ricerca traslazionale per avere sempre più informazioni. Ma quali sono protagonisti di questa nuova "rete"? La paziente, l'oncologo, il corriere clinico espresso e il responsabile del laboratorio d'analisi.

Il processo è molto semplice e prevede 4 fasi.

1) L'oncologo del centro ospedaliero in rete si collega alla piattaforma online e

inserisce i dati della paziente, indicando la data in cui ritirare il campione da analizzare (massimo 72 ore dall'invio della richiesta);

2) Si effettua il prelievo di sangue;
3) Il corriere clinico espresso riceve una comunicazione automatica della richiesta: ritira i campioni da analizzare dal Centro Oncologico e li consegna al laboratorio di Diagnostica Molecolare del Gemelli;
4) L'oncologo che ha effettuato la richiesta può visionare e scaricare i risultati dell'analisi direttamente dalla piattaforma online. "AstraZeneca è da sempre fortemente impegnata nella ricerca scientifica in ambito oncologico, nella sperimentazione e nello sviluppo di molecole innovative che possano rappresentare il futuro per la cura delle patologie oncologiche – commenta **Gilberto Riggi**, Direttore medico di AstraZeneca Italia – la piattaforma inaugurata al Policlinico Gemelli consente ai clinici di poter disporre di un'arma in più nella gestione del tumore ovarico garantendo ad un sempre maggior numero di donne di poter accedere ad un test molecolare. Stiamo offrendo alle pazienti la possibilità di modificare il decorso di questa patologia. In futuro ci saranno farmaci intelligenti in grado di offrire cure, per questo le donne hanno bisogno di tempo per rallentare il processo di sviluppo della malattia e accedere alle nuove opportunità terapeutiche che arriveranno". **Y**

Il Ministero della salute risponde alla "diffida" Aogoi. E intanto il Consiglio di Stato dà parere favorevole al Dpr "Balduzzi"

Il Ministero della Salute ha risposto all'atto di diffida che l'Aogoi ha inviato il 18 febbraio scorso al premier Renzi e al Ministro Lorenzin per intimare l'emanazione del Regolamento governativo previsto dall'art. 3 della legge Balduzzi sulla obbligatorietà assicurativa. "Il regolamento previsto dall'art. 3" - scrive il Ministero nella missiva inviata il 7 aprile scorso - non è "un provvedimento amministrativo, da adottare d'ufficio o a istanza di parte", ma "ha natura di atto normativo" e pertanto "i termini per la sua adozione hanno natura meramente ordinatoria e non perentoria".

Il testo della lettera del Direttore Generale del Ministero della Salute, Rossana Ugenti, inviata il 7 aprile scorso all'attenzione del Presidente Aogoi Vito Trojano in risposta all'atto di diffida

"Si fa riferimento all'atto di diffida pervenuto da parte di codesta Associazione, con il quale si intima al Sig. Ministro, ai sensi dell'art. 2 della legge n. 241 del 1990 e dell'art. 25 del TU n. 3 del 1957, ad adottare il regolamento previsto dall'art. 3, comma 2 del DI 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Al riguardo si precisa quanto segue:

L'art. 3, comma 2, del citato decreto legge prevede che "con decreto del Presidente della Repubblica, adottato ai sensi dell'art. 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, da emanare entro il 30 giugno 2013, su proposta del Ministro della Salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Ania), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e de-

gli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, anche in attuazione dell'art. 3, comma 5, lettera e), del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, sono disciplinate le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'adempimento dei relativi contratti...", nonché la costituzione di un Fondo di garanzia.

Il legislatore, consapevole delle difficoltà riscontrate da molti esercenti le professioni sanitarie di trovare sul mercato assicurativo un'adeguata polizza contro i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, anche in considerazione dell'obbligo di copertura assicurativa imposto ai professionisti dall'articolo

3, comma 5, lettera e) della legge n. 148 del 2011, ha dettato specifici criteri per l'emanazione del predetto regolamento.

In particolare, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa ai professionisti in parola, il provvedimento deve disciplinare:

- la costituzione di un apposito Fondo che garantisca, nei limiti delle disponibilità del Fondo stesso, un'adeguata copertura assicurativa ai professionisti nei casi determinanti del medesimo decreto. Il Fondo è alimentato da un contributo posto a carico del professionista che faccia richiesta di accesso e da un contributo di solidarietà posto a carico di tutte le imprese di assicurazione autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico professionale.
- il soggetto gestore del Fondo e le sue competenze;
- la revisione in aumento o in diminuzione del premio in

"Solo dopo aver acquisito il parere del Consiglio di Stato - precisa il Ministero - il testo del regolamento potrà essere trasmesso al Consiglio dei Ministri per l'approvazione e successivamente alla Corte dei Conti per la registrazione".

Nel frattempo è arrivato l'ok del Consiglio di Stato al Dpr "Balduzzi", imprimendo un'accelerazione all'iter del provvedimento. Di seguito la risposta del Ministero della Salute e il parere del Consiglio di Stato



relazione al verificarsi o meno di sinistri subordinando la disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario accertata con sentenza definitiva.

Orbene il regolamento previsto dall'art. 3 citato ha natura di atto normativo, in quanto dovrà essere emanato ai sensi dell'art. 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988 n. 400. A tale provvedimento pertanto non si applicano le disposizioni contenute nella legge 241/1999 (art. 2), in materia di termini dei procedimenti amministrativi, né quelle di cui all'art. 25 TU 3/57 (che peraltro devono intendersi superate da quelle della legge n. 241 del 1990).

Tali disposizioni di riferiscono, infatti, ai procedimenti preordinati all'adozione di un provvedimento amministrativo, da adottare d'ufficio o a istanza di parte, ed in quanto tali non possono trovare applicazione nei procedimenti volti all'adozione

di un regolamento avente carattere normativo.

In quest'ultimo caso, ove non sia espressamente disposto dalla legge in senso contrario, i termini per l'adozione del regolamento hanno natura meramente ordinatoria e non perentoria.

Tutto ciò premesso, facendo seguito a quanto già chiarito con nota del 17 ottobre 2014 (che ad ogni buon fine si allega) e a quanto rappresentato per vie brevi dai competenti uffici della scrivente Direzione, si fa presente che lo schema di decreto in parola è attualmente all'esame del Consiglio di Stato. Solo dopo aver acquisito il prescritto parere si potrà provvedere a trasmettere il testo al Consiglio dei Ministri per l'approvazione e, successivamente, alla Corte dei Conti per la registrazione. Il testo registrato sarà infine pubblicato nella Gazzetta Ufficiale." **Y**

Consiglio di Stato dà parere favorevole al Dpr "Balduzzi".

Ma per i giudici c'è il rischio che qualcuno possa restar fuori dalle garanzie del nuovo Fondo assicurativo

Lo schema di Dpr sottoposto al parere appare suscettibile di dare congrua e compiuta attuazione alle finalità indicate dalle norme primarie richiamate in premessa secondo i criteri dalle stesse indicati e negli ambiti e limiti di operatività imposti dalle stesse disposizioni. Non può esimersi tuttavia dall'osservare pregiudizialmente, fatti salvi i suggerimenti e le osservazioni che saranno di seguito illustrati sul testo, che il sistema delineato appare, per così dire, incompiuto rispetto agli obiettivi che si propone di realizzare".

È quanto sottolinea il Consiglio di Stato nel suo parere (favore-

È finalmente arrivato l'atteso parere indispensabile per la pubblicazione in Gazzetta delle nuove norme per le polizze di responsabilità professionale dei sanitari. Per i giudici il testo è ok, salvo piccole modifiche. Ma sottolineano che c'è uno "uno spazio non coperto dalla normativa" che potrebbe dare luogo a problemi per chi non acceda al Fondo e contemporaneamente non sia coperto da polizza

vole con osservazioni) al Dpr previsto dalla Legge Balduzzi che disciplina i requisiti minimi uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione per gli esercenti le professioni sani-

tarie, sul quale il 18 dicembre scorso c'era stato parere favorevole della Stato Regioni. Per il Consiglio tuttavia "rimane uno spazio non coperto dalla normativa de qua (e che dovrebbe

formare oggetto di ulteriore e approfondita riflessione da parte del legislatore primario) costituito da tutte le situazioni nelle quali al mancato accesso (volontario o non) al Fondo corri-

sponde anche la mancata stipula di un contratto di assicurazione da parte del professionista incapace di sostenere il costo della polizza o respinto dal mercato".



Intervista all'Avv. Roberto Righi

"Il Dpr rappresenterà un decisivo passo in avanti rispetto alla situazione attuale. Ma vanno raccolte le osservazioni espresse dal Consiglio di Stato"

Avvocato Righi, il Consiglio di Stato ha espresso il suo parere sullo schema di Dpr "concernente la disciplina dei requisiti minimi uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie" e la sua pubblicazione in Gazzetta è ormai prossima. Qual è il suo parere sul provvedimento?

Pensa che possa risolvere le attuali difficoltà nel settore delle assicurazioni per la responsabilità professionale in sanità?

Lo schema di regolamento governativo sul quale la Sezione consultiva per gli atti normativi del Consiglio di Stato ha esposto il proprio parere favorevole "con osservazioni" rappresenta, o meglio rappresenterà al momento della sua entrata in vigore, un decisivo passo in avanti rispetto alla situazione attuale, ove gli esercenti le professioni sanitarie sono tutti esposti senza alcuna difesa al

■ Così l'avvocato che ha curato l'atto di diffida dell'Aogoi evidenzia in questa intervista le "luci" e le "ombre" dello schema di regolamento. Per Righi le lacune rilevate dal Consiglio di Stato andranno però colmate. In caso contrario, qualora fosse emanato nel suo testo attuale, "è ipotizzabile che l'Aogoi possa impugnare il Dpr davanti al Tar del Lazio"

vero e proprio "abuso di posizione dominante", che, per usare la terminologia dell'art. 3 della legge antitrust nazionale (legge 287/1990), generalmente le imprese assicuratrici compiono nei loro confronti, in particolare attraverso l'applicazione generalizzata della clausola c.d. "claims made", (peraltro di dubbia validità come ribadito da Cass. Civ. n° 3622/2014) ed imponendo proprio in questi giorni, a quanto mi risulta, l'obbligo del rinnovo anticipato dei contratti in corso, per ritardare l'applicazione dei nuovi requisiti minimi uniformi dei contratti di assicurazione previsti

dall'art. 3 dello schema di Dpr, fermo restando che tale obbligo di assicurazione non è ancora obbligatorio. Tuttavia, anche se la II Sezione Consultiva del Consiglio di Stato, con il parere n. 486/2015 reso su quesito del Ministero della Sanità ha precisato che "conclusivamente, deve ritenersi che l'obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie non possa ritenersi operante fino a quando non sarà avvenuta la pubblicazione ed esaurita la vacatio legis del D.P.R. previsto dal capoverso dell'art. 3 del D.l. 13 settembre 2012, b.158, convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012,

n.189, che disciplinerà le procedure e i requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Conseguentemente, sino ad allora, non potrà essere considerata quale illecito disciplinare la mancata stipula di una polizza assicurativa, da parte degli esercenti le professioni sanitarie", è evidente che una cosa è tale obbligo giuridico ed una cosa è la impellente necessità pratica per gli esercenti le professioni sanitarie di avere una copertura assicurativa effettiva e sempre più adeguata, che tuteli il loro patrimonio ed i loro eventuali eredi dalla vera e propria esplosione del contenzioso in materia di responsabi-

lità civile da esercizio dell'attività sanitaria, ancora più evidente in un momento di crisi economica e sociale come quello attuale; esplosione alla quale anche l'art.3 1° comma del DL 158/2012 (meglio conosciuto come "Decreto Balduzzi") come conv. con l. 189/2012, non ha potuto porre rimedio anche perché la giurisprudenza sembra non averne ancora colto a pieno il carattere innovativo; deve anche osservarsi a questo pro-

► Segue a pagina 27



Roberto Righi

Responsabilità professionale: verso il testo unico. Ecco le principali novità in 11 punti

Il Comitato ristretto della Commissione Affari Sociali della Camera sta lavorando alla messa a punto di un testo unico che raggruppi le diverse proposte di legge in materia di responsabilità professionale (AC. 259 Fucci, AC. 262 Fucci, AC. 1324 Calabrò, AC. 1312 Grillo, AC. 1581 Vargiu e AC. 1902 Monchiero, AC. 1769 Miotto e AC. 2155 Formisano).

Un testo definito ancora non c'è ma siamo in grado di anticipare le linee conduttrici del lavoro sul quale i diversi rappresentanti dei gruppi in Commissione dovranno trovare la quadra.

I contenuti dovrebbero articolarsi in 11 punti.

Al 1° punto troviamo la definizione di "atto sanitario", un atto "complesso e sottoposto a molte variabili". Una complessità che i legislatori hanno tutte le intenzioni di far emergere nel testo finale proprio al fine di far capire che ci si riferisce a "questioni complesse" con diverse ricadute in diversi soggetti. Dal medico e ai sanitari in generale, fino alle aziende sanitarie e naturalmente al cittadino. Il 2° punto pone l'attenzione sulla "gestione del rischio clinico", mettendo in evidenza gli organismi preposti, gli aspetti legati alla segnalazione degli errori e alla formazione.

Il 3° punto dovrebbe prevedere l'istituzione di un "Osservatorio regionale e nazionale" ed anche una "Agenzia nazionale" dedicata.

In un 4° punto sono enunciati i principi di libertà e trasparenza e i nuovi compiti dell'Agenas sui sistemi di punteggio per la classificazione delle singole strutture in base alle azioni preposte alla gestione del rischio clinico.

Il 5° punto, il "piatto forte",

Il Comitato ristretto della Commissione Affari Sociali della Camera sta lavorando alla messa a punto di un testo unico che raggruppi le diverse proposte di legge in materia di responsabilità professionale. Il testo da "limare" dovrebbe articolarsi in 11 punti. Tra le novità la depenalizzazione della colpa professionale, le assicurazioni no fault e il potenziamento del risk management. Obbligo assicurativo per i libero professionisti, solo facoltativo per i dipendenti del Ssn



dovrebbe contemplare la **depenalizzazione della colpa medica**. Ma al momento non sono noti i dettagli della proposta che formulerà il Comitato ristretto.

Il 6° punto prevede che la **responsabilità della struttura** è contrattuale mentre quella del professionista è extra contrattuale.

Il 7° punto riguarda il potenziamento delle iniziative di **conciliazione** e altre tematiche finalizzate a semplificare i **procedi-**

menti di risarcimento in sede civile.

L'8° punto dovrebbe riguardare le norme per introdurre in Italia il **sistema assicurativo "no fault"** nel settore delle polizze sanitarie. In pratica si tratta di un sistema, già introdotto in Francia, che prevede l'indennizzo del paziente a prescindere dall'accertamento della colpa. A fronte di questo il paziente che aderisce al "no fault" rinuncerebbe ad azioni ulteriori in sede giudiziaria.

Il 9° punto dovrebbe prevedere l'ok a forme di "autoassicurazione" e alla "rivalsa obbligatoria" nei confronti dei sanitari che hanno determinato il danno. E in proposito si dovrà anche definire l'entità percentuale della somma ammessa a rivalsa rispetto allo stipendio e il numero di anni in cui esercitare l'azione di ristoro del danno.

Nel pubblico, si parla di introdurre l'obbligo assicurativo per i sanitari sulla quota soggetta a rivalsa.

E inoltre si dovrebbero anche prevedere meccanismi "punitivi" sulla carriera ed eventualmente sanzionatori sulle autonomie professionali per i sanitari colpevoli di negligenza accertata.

E infine l'assicurazione "non obbligatoria" per il medico dipendente, mentre sarà obbligatoria per il libero professionista.

Trojano: "Se confermate le anticipazioni, il testo unico contempla i punti irrinunciabili del documento-proposta dell'Aogoi"

Nel documento proposta elaborato dall'Aogoi, d'intesa con la Sigo e il Collegio Italiano dei Chirurghi, che in questi mesi ho presentato nelle varie sedi istituzionali e negli incontri con i firmatari dei disegni di legge in materia di responsabilità professionale, sono rappresentati quelli che per le nostre società scientifiche sono i punti "irrinunciabili" di una legge sulla responsabilità professionale.

Se dovessero trovare conferma le anticipazioni sull'impianto del testo unico che il Comitato della Commissione Affari Sociali della Camera sta mettendo a punto, per noi sarebbe davvero un grande risultato in quanto vedremo inseriti nella nuova legge i punti - i 'pilastri' - enunciati nel documento da noi proposto.

A questo punto non ci resta che sperare che la nuova legge arrivi entro l'estate. Dovremmo essere in dirittura di arrivo ma il beneficio del dubbio è più che lecito.



Il 10° punto prevede che la struttura sanitaria privata, sia accreditata e contrattualizzata, che non contrattualizzata si debba comportare come la struttura pubblica (è garante a tutti gli effetti del risarcimento danno) sotto il profilo della responsabilità dei sanitari che vi operano a qualsiasi titolo.

E infine l'11° punto, che dovrebbe contemplare la **ristrutturazione delle consulenze tecniche d'ufficio** e anche l'**Albo dei Ctu**, prevedendo inoltre la regolamentazione e la responsabilizzazione dell'attività dei consulenti di parte. **Y**

Lorenzin presenta la nuova Commissione sulla medicina difensiva e responsabilità professionale del sanitario

"La nuova Commissione contribuirà ad affrontare il fenomeno, se non a debellarlo del tutto. Contrastando la malpractice che comporta lo spreco di ingenti risorse, in un momento in cui ne abbiamo bisogno per migliorare qualitativamente i servizi ai cittadini"

Il 26 marzo scorso il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha presentato alla stampa la nuova Commissione consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. La Commissione, presieduta dal Prof. Avv. Guido Alpa, presidente del Consiglio nazionale Forense, ha il compito di fornire al Ministero della salute idoneo supporto per l'approfondimento delle predette tematiche e l'individuazione di

possibili soluzioni, anche normative. "La task force di 24 esperti, tra magistrati, avvocati, medici chirurghi e medici legali - ha sottolineato Lorenzin - è composta da personalità di altissimo rango che prestano la loro opera a titolo gratuito e che indicheranno soluzioni tecniche e normative agili per sciogliere molti nodi".

Medicina difensiva: il report del Ministero della Salute

In occasione della presentazione

della nuova Commissione consultiva, il ministero della Salute ha raccolto in un documento i numeri della medicina difensiva e le ragioni per le quali è praticata. "In assenza di stime affidabili sui costi della medicina difensiva "negativa" - si legge nel report - si valuta che solo quella c.d. "positiva" (surplus di spesa sanitaria non legata a finalità terapeutiche ma alla riduzione del rischio di contenzioso) valga annualmente 10 miliardi di Euro,

pari allo 0,75% del Prodotto Interno Lordo". A livello di spesa la cifra incide sul 10,5% totale della spesa sanitaria.

Le voci di costi impropri più significative riguardano: farmaci 1,9% della spesa; visite 1,7%; esami di laboratorio 0,7%; esami strumentali 0,8% e ricoveri 4,6%.

Il report affronta anche il tema delle dimensioni del fenomeno e le ragioni per le quali la medicina difensiva è praticata. Il 77,9% dei medici avrebbe praticato medicina difensiva almeno una volta nell'ultimo mese e per 4 camici bianchi su 5 la medicina difensiva si pratica per la paura delle denunce. I meccanismi da mettere in atto per contrastare il fenomeno e ridurre gli sprechi secondo il Ministero devono

prevedere vari interventi. In primis un "approfondimento sul tema della normativa vigente in materia nel nostro Paese". Perché da un lato "la malpractice in Italia è in parte riferibile ai comportamenti dei medici, ma è spesso anche conseguenza di scelte di un legislatore poco attento e volubili decisioni dei magistrati". In seconda battuta il Ministero segnala l'esigenza di "un'analisi comparata sullo stato dell'arte delle azioni legislative intraprese a livello internazionale e l'identificazione di eventuali best practices. L'Italia, in confronto ad altri Paesi (Usa, Gb, Nz, Irlanda e Francia) che tra il 2000 e il 2003 hanno adottato riforme strutturali sul tema, è in ritardo di almeno un decennio".

Dalla
stessa parte
per un'unica
"causa"
**LA TUA
SALUTE**



Chiantera:
▲▲ Finalmente
l'Ordine dei
Medici della
provincia di
Napoli è sceso al
nostro fianco a
difesa della classe
medica.
Medici e pazienti
sono 'dalla stessa
parte'

L'Ordine dei medici di Napoli lancia campagna contro le 'denunce facili'

■ Manifesti di 6 metri per 3 verranno affissi nei pressi dei maggiori ospedali di Napoli e provincia per lanciare un messaggio diretto ai cittadini: "Siamo dalla stessa parte, con il solo intento di assistere e curare". Lanciato anche l'hashtag #OMCèONA. Soddisfazione per l'iniziativa è stata espressa dal segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera

"Dalla stessa parte per un'unica causa: la tua salute". Questo lo slogan scelto dall'Ordine dei Medici di Napoli per una campagna informativa senza precedenti. L'Ordine ha deciso infatti di rivolgersi direttamente ai cittadini/pazienti allo scopo di "rinsaldare un rapporto per certi versi

minato dai tanti disagi legati alla sofferta spending review sanitaria degli ultimi anni". A partire dal 7 aprile in città e in provincia, nei pressi dei maggiori ospedali, sa-

"Non pare corretta la promozione di azioni di rivalsa da parte di alcune associazioni di consumatori: la salute non è bene di consumo"

ranno affissi manifesti di 6 metri per 3, con i quali si lancia un messaggio semplice ma fondamentale: "Siamo dalla stessa parte, con il solo intento di assistere e curare. Il sovraffollamento delle strutture, la carenza di personale e più in generale tutte le carenze che ben conosciamo - spiega il presidente **Silvestro Scotti** - hanno in qualche modo creato un solco tra medici e pazienti. Una distanza che non fa bene né agli uni né agli altri". Una distanza che qualcuno ha anche cercato, e tutt'ora

cerca, di strumentalizzare. Oltre al messaggio contenuto nei manifesti, non a caso si è scelto di utilizzare un'immagine che rispecchi la "dimensione umana" della medicina. "Questo - aggiunge Scotti - non per propaganda, ma per spiegare che quel rapporto è il bene più prezioso per il corretto funzionamento dell'intero sistema sanitario. Qualcuno - continua il presidente - potrà eccepire che l'immagine scelta non rispecchia la realtà delle emergenze, dove invece valgono solo regole e codici apparentemente freddi e distaccati. Non è così. In tutti i pronto soccorso, i medici devono forzatamente assegnare delle priorità; lo fanno nell'inte-

resse del paziente. Questo non significa che non prestino a ciascun caso la dovuta attenzione". Il presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli sottolinea anche che "è nell'interesse dei medici perseguire con ogni strumento a nostra disposizione eventuali comportamenti omissivi o non etici. Per questo siamo, e saremo, sempre vigili". "Tuttavia - si legge nella nota - non pare corretta la promozione di azioni di rivalsa da parte di alcune associazioni di consumatori, non fosse peraltro che la salute non è un bene di consumo. E bisogna stare molto attenti a non farla passare come tale, altrimenti un domani ci si potrebbe trovare dover 'comprare' le cure".

Clogín®

Lavanda vaginale

pH 4,5

Acido Borico, Tea Tree Oil
Aloe vera gel

Azione mucoadesiva

NUOVA FORMULA

Acido ialuronico

Efficacia prolungata

Idratazione intensa



CANNULA SOTTILE
DELICATA



**Immediato sollievo da
Prurito e Bruciore**

5 flaconi da 100 ml





Obbligo di Pos: cosa prevede il Ddl Aiello

POS o no POS?

■ Introdotta dal 30 giugno scorso, il decreto che obbliga tutti gli esercizi commerciali e le attività professionali (medici compresi) a dotarsi di Pos per ricevere pagamenti che superino i 30 euro non ha incontrato il favore dei 180mila medici libero professionisti. Infatti, secondo una stima Fnomceo, il 70-80% degli studi medici sarebbe sprovvisto della famigerata "macchinetta". A frenarne la diffusione, il carico burocratico e l'assenza di sanzioni. Ma le critiche dei medici riguardano anche i costi per le spese di commissione a carico del possessore del Pos e la scarsa dimestichezza che gli anziani che popolano gli studi medici avrebbero con la moneta elettronica. Col passare dei mesi, sull'obbligo di Pos, complice l'assenza di sanzioni prevista dalla norma, era poi calato il silenzio.

A riaccendere, o meglio infiammare, il dibattito è intervenuto come un fulmine a ciel sereno il disegno di legge da poco presentato in Senato da Piero Aiello (Ncd). Cosa prevede? Da un lato, agevolazioni fiscali per chi si adegua, dall'altro, multe salate (fino a 500 euro) per chi non si sia dotato di Pos. Ma non è tutto. Nel Ddl si specifica anche che verrà chiesto all'utente di segnalare eventuali violazioni alla Guardia di Finanza. A darci il polso del malumore dei colleghi libero professionisti su queste "novità" sono anche le numerose mail pervenute dai soci Aogoi, in linea con le affermazioni, anche di autorevoli stakeholder della sanità, che parlano di "misure vessatorie" e di "ennesimo schiaffo ai professionisti e agli autonomi". Ma vediamo più precisamente cosa prevede il nuovo Ddl Aiello e alcune opinioni a riguardo.

Il Ddl Aiello (Ncd) all'esame del Senato

Agevolazioni per chi lo usa e 500 euro di multa per chi non si adegua

Premiare chi si adegua. Questo l'obiettivo che si pone il Disegno di Legge, da poco presentato in Senato, da Piero Aiello (Ncd). Il provvedimento mira a completare quanto previsto dal Decreto Cresci Italia, che ha introdotto l'obbligo del pagamento elettronico delle prestazioni professionali. In particolare, l'originaria versione del decreto prevedeva, a partire dal 1° gennaio 2014, l'obbligo, per i soggetti che effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazione di servizi, di accettare anche pagamenti effettuati attraverso carte di debito. Lo scorso 30 giugno 2014 era poi entrato in vigore l'obbligo per esercenti, commercianti, professionisti ed aziende di dotarsi di Pos, al fine di consentire ai fruitori dei servizi il pagamento delle prestazioni professionali che superino i 30 euro mediante strumenti di pagamento elettronici. La normativa, tuttavia, non prevedeva alcuna agevolazione per coloro che avessero provveduto a dotarsi di questi strumenti di pagamento, né sanzioni laddove il professionista, commerciante, esercente o l'azienda non si fosse dotata di Pos. Il proposito del Ddl presentato a prima firma da Aiello è

proprio quello di introdurre agevolazioni fiscali, consistenti nella detrazione dall'imponibile reddituale del costo percentuale di ciascuna transazione ese-

guita. E, per chi non si adeguerà alla legge nonostante l'introduzione dei premi, verranno previste sanzioni pecuniarie di un valore di 500 euro. In aggiun-

ta, nel Ddl si specifica che verrà chiesto all'utente di segnalare eventuali violazioni alla Guardia di Finanza, che provvederà alle opportune verifiche (anche au-

tonomamente e senza impulsi) e alla conseguente emissione della sanzione amministrativa, laddove sia stata accertata la violazione di legge. **Y**

Il Disegno di Legge Aiello (n.1747)

"Disposizioni relative all'obbligo per i soggetti che effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazione di servizi, anche professionali, di dotarsi di adeguati strumenti di pagamento elettronici per pagamenti superiori ai 30 euro"

Art. 1. Benefici fiscali derivanti dall'uso di strumenti di pagamento elettronici

1. I soggetti che effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazione di servizi, anche professionali, che, in adempimento dei commi 4 e 5 dell'articolo 15 del decretolegge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, utilizzano quale forma di pagamento gli strumenti elettronici di cui ai medesimi commi 4 e 5, hanno diritto ad agevolazioni fiscali consistenti nella detrazione dall'imponibile reddituale del costo percentuale di ciascuna transazione eseguita per il tramite dei suddetti strumenti di pagamento.

Art. 2. (Sanzioni derivanti dal mancato rispetto dell'obbligo di dotarsi di adeguati strumenti di pagamento elettronici)

1. Ai soggetti di cui all'articolo 1, sui quali, ai sensi del citato articolo 15, commi 4 e 5, del decretolegge n. 179 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 221 del 2012, grava l'obbligo di dotarsi di adeguati strumenti di pagamento elettronici per pagamenti superiori a 30 euro e che ancora non abbiano provveduto a munirsi di adeguati mezzi a tale scopo destinati, è irrogata una sanzione amministrativa pecuniaria di importo pari ad euro 500, con obbligo di adeguarsi alle vigenti previsioni normative in materia entro trenta giorni dalla notifica della sanzione stessa.

2. L'irrogazione della sanzione di cui al comma 1 ha luogo a seguito di segnalazione da parte del fruitore del servizio cui sia stata negata la possibilità di pagare per il tramite di strumenti elettronici importi superiori a 30 euro. A tal fine, l'utente del servizio deve segnalare la violazione di legge ai competenti uffici della Guardia di finanza, i quali provvedono alle opportune verifiche e alla conseguente irrogazione della sanzione amministrativa, laddove sia stata accertata la violazione di legge. I controlli afferenti la dotazione da parte dei soggetti di cui all'articolo 1 di adeguati

strumenti di pagamento elettronici possono avere luogo anche su impulso della stessa Guardia di finanza senza necessità di preventive segnalazioni, con conseguente irrogazione di sanzione amministrativa laddove venga accertata la violazione.

3. Entro i sessanta giorni successivi alla notifica del provvedimento sanzionatorio di cui al comma 1, il soggetto sanzionato deve dare comunicazione, all'ufficio che ha irrogato la sanzione, dell'avvenuto adeguamento con le modalità comunicate nella sanzione notificata.

4. In caso di mancata comunicazione o nel caso in cui, entro il termine di cui al comma 3, il soggetto sanzionato non provveda a dotarsi di strumenti di pagamento elettronici secondo la normativa vigente o a darne comunicazione, è irrogata a suo carico una sanzione amministrativa pecuniaria pari al doppio dell'importo della sanzione di cui al comma 1, con termine di ulteriori trenta giorni per conformarsi alle previsioni normative.

5. Qualora, trascorso il termine di cui al comma 4, il soggetto sanzionato non provveda a dotarsi di strumenti di pagamento elettronici, è disposta, da parte della Guardia di finanza, la sospensione dell'attività professionale e commerciale sino al completo adeguamento alla normativa in materia.



DDL AIELLO: LE REAZIONI

Fnomceo/Benato: "Non ci opponiamo all'informatizzazione dei pagamenti, è una spinta che condividiamo, ma se tutto il sistema va in questa direzione"

Il Pos è obbligatorio per i medici liberi professionisti per le fatture superiori ai 30 euro ma non essendo ancora previste le sanzioni, "su 180 mila medici e odontoiatri interessati, quelli che lavorano con la partita Iva o in libera professione, si può stimare che il 70-80% non si è ancora adeguato" – ha affermato all'Adnkronos Salute Maurizio Benato, vicepresidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici. "C'è un disegno di legge che vorrebbe introdurre sanzioni con multe salate per chi non si è adeguato, una misura in linea con il provvedimento, ma che aumenta il carico burocratico dei piccoli studi. "Della questione sanzioni – aggiunge – se ne occuperà il prossimo comitato centrale della Fnomceo". "Trasparenza e controllo" sono le parole d'ordine di Benato sul-

la vicenda del Pos e delle sanzioni: "L'applicazione pratica del Ddl con le sanzioni – ha sottolineato – può avere una logica all'interno di un pensiero generale sul rapporto cittadino-medico. Ma l'uso del Pos, non va dimenticato, potrebbe avere conseguenze deleterie sul professionista per l'impatto burocratico sull'organizzazione del lavoro. Se lo scopo è la tracciabilità del denaro – aggiunge Benato – teniamo presente che oggi si possono pagare le prestazioni con gli assegni, assolutamente tracciabili. Un'ipotesi su cui confrontarsi – suggerisce – potrebbe essere quella di alzare la quota dei 30 euro ad esempio a 100 euro". Sull'ipotesi di futuri blitz della Guardia di finanza negli studi dei medici per verificare l'uso del Pos e pesanti sanzioni per i camici bianchi, Benato è molto chiaro: "Se

si vogliono scoprire evasioni fiscali o altri illeciti si possono anche controllare le dichiarazioni dei redditi o i fatturati degli studi a fine anno – ricorda – Oggi nell'applicazione della Legge di stabilità, i professionisti della salute dovrebbero intervenire sul 730 precompilato e comunicare la parcella fatturata al paziente. Un'altra incombenza che si aggiunge al lavoro quotidiano". "Non ci opponiamo all'informatizzazione dei pagamenti – conclude il vicepresidente della Fnomceo – è una spinta che condividiamo, ma se tutto il sistema va in questa direzione. E ancora non è così. I nodi vanno affrontati con tutti i soggetti interessati, tenendo presente l'applicabilità delle norme decise in Parlamento nel lavoro che i medici fanno ogni giorno".
Fonte: Adnkronos 18 mar. 2015

Omceo Milano/ Rossi: "Misura vessatoria ben lungi dall'essere efficace nel contrasto all'evasione fiscale. Inaccettabile il sostegno di Fnomceo al Ddl"

“All'assurda speranza, da parte dello Stato, che tutti i pazienti, comprese le persone anziane, si dotino di carta di credito per prestazioni di modesto importo, si aggiunge ora la proposta di sanzioni previste per la mancata adozione del POS da parte dei medici che esercitano in libera professione. Inaccettabile il sostegno di Fnomceo al disegno di legge recentemente presentato". È quanto afferma in una nota Roberto Carlo Rossi, Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano in merito al ddl a firma Aiello (Ncd) sulle sanzioni per chi non è in regola con l'obbligo del Pos. "Sulla proposta – si legge nella nota della Omceo Milano – è intervenuto il Segretario della Federazione Nazionale degli Ordini dei

Medici, Luigi Conte sostenendo che "l'obbligo di Pos è stato accolto favorevolmente da Fnomceo, come contributo di trasparenza e tracciabilità. Ciò detto l'iter di introduzione delle sanzioni è un logico completamento del progetto". "Netto – prosegue la nota –, al riguardo, invece il dissenso dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano". "Si tratta – spiega Rossi, – di una misura vessatoria ben lungi dall'essere efficace nel contrasto all'evasione fiscale. Di fatto, gli studi dei medici sono popolati da persone anziane che sono affezionate al contante e non hanno la minima intenzione di dotarsi di carta di credito o di tessere bancomat; e allora cui prodest? Poiché i pazienti che beneficerebbero di ta-

la misura si possono contare in un anno sulle dita di una sola mano, si deduce una sola cosa: che si tratterebbe di una misura che avrebbe un solo beneficiario: le banche". "La soglia di 30 euro fissata dal Governo è ridicola – aggiunge il Presidente di OMCEO Milano –. Molti professionisti (i Medici di Medicina Generale, ad esempio), anche solo per un certificato per idoneità all'attività sportiva non agonistica per una persona che decide di frequentare una palestra, dovrebbero dotarsi di un lettore di carta di credito. Pur capendo le ragioni che spingono verso un maggior utilizzo della moneta virtuale, mi sembra che la norma e le sanzioni ipotizzate nel disegno di legge siano prive di buon senso".



Nel 2014 la CGIA Mestre aveva stimato su un campione significativo di istituti di credito italiani, che – al netto delle offerte contrattuali che alcune banche propongono ai propri migliori clienti – un'azienda con 100.000 euro di ricavo annuo, con il POS, tra canone mensile, canone annuale e la percentuale di commissione sull'incasso, avrebbe dovuto sostenere una spesa media annua di 1.200 euro

Chiantera: Sanzioni esagerate offuscano i "buoni propositi" del Ddl. Liberi professionisti e autonomi non siano il solito caprio espiatorio

“S e il proposito del Ddl Aiello di "premiare chi si adegua" è del tutto condivisibile, lo sono molto meno le pesanti sanzioni previste dal disegno di legge. Sono misure "vessatorie", "digne del Santo Uffizio", come è stato detto da più parti. Bene le agevolazioni fiscali proposte, consistenti nella detrazione dall'imponibile reddituale del costo percentuale di ciascuna transazione eseguita. Un "no" netto a multe assurde: 500 euro in prima battuta, l'eventuale raddoppio della multa al secondo mancato impiego del Pos e, infine... la sospensione dalla professione! Mi chiedo come si possa pensare che misure di questo tipo non vengano percepite come il solito accanimento contro i liberi profes-

sionisti e gli autonomi considerati "evasori a prescindere". Mi spiace osservare come critiche di questo tipo vengano spesso strumentalizzate o interpretate come rifiuto alla trasparenza. Questa "lettura malevola" però non può essere un deterrente ad esprimere il proprio dissenso. L'obbligo di dotarsi del Pos non serve a ridurre l'evasione fiscale. Avere il Pos non impedirebbe certo a un professionista o artigiano di farsi pagare in nero, gli imporrebbe solo ulteriori costi e un ulteriore carico burocratico. Personalmente credo che l'evasione fiscale vada combattuta con altri strumenti e che i liberi professionisti e autonomi non debbano essere il solito caprio espiatorio".



"SANZIONI, degne del Santo Uffizio più che di uno Stato moderno e democratico"

Chiar.mo Prof. Chiantera,
molti di noi si aspettano una presa di posizione ferma ed autorevole per l'obbligo che sembra davvero inconcepibile dell'uso dei Pos negli studi medici dei professionisti. Ma se l'immagina lei la pensionata che deve pagare con Pos??
E si guardi le SANZIONI, degne del Santo Uffizio più che di uno Stato moderno e democratico, che vengono comminate a chi trasgredisce (...).
Facciamo, suo tramite, sentire la nostra voce con risolutezza e con la necessaria rigidità contro l'ennesimo tentativo di questo Governo di fare regalie alle Banche, esercitando, nel contempo, un bieco e quanto più indecoroso controllo, l'ennesimo, su noi tutti "rei a priori" di elusione evasione fiscale (...).
Conoscendo personalmente il Suo carattere sanguigno e di vero propugnatore di lotte giuste e civili, spero, pur se ne sono certo, Voglia aderire a tale giusta quanto vibrata richiesta.

Mandelli (Fi): "No a sanzioni senza sostegno per le spese. Basta accanimento contro i professionisti"

“Il ddl depositato in Commissione Finanze al Senato che mira a disciplinare le sanzioni per il mancato utilizzo del Pos da parte dei professionisti è un errore che si aggiunge a quello già commesso dal governo: Forza Italia è pronta ad impegnarsi, in Commissione e in Aula, per correggerlo". Lo ha dichiarato, in una nota, il senatore Andrea Mandelli, responsabile di Forza Italia per i rapporti con le professioni. "L'imposizione dall'alto dell'obbligo del Pos – spiega Mandelli – senza alcun sostegno

per le relative spese, come ad esempio un credito di imposta, è stato un regalo del governo alle banche e l'ennesimo schiaffo ai professionisti e agli autonomi, nei confronti dei quali resta un inaccettabile accanimento burocratico, fiscale e sanzionatorio. Prevedere oggi addirittura la sospensione dall'attività professionale in caso di mancato adeguamento all'obbligo del Pos è assurdo. I professionisti sono la spina dorsale del Paese e Forza Italia lo ribadirà con determinazione in ogni sede", conclude.

NOVITÀ



Materna®

È la gamma completa di integratori alimentari che accompagna la donna dalla gravidanza all'allattamento.

Da oggi si aggiunge alla gamma il nuovo Nestlé® Materna® DHA con:

- *Nutrienti selezionati*
vitamine e minerali essenziali e nelle quantità adeguate: acido folico, DHA 200 mg e ferro nella formula FERROCHEL® altamente biodisponibile
- *Capsula unica gastroresistente*
una sola capsula al giorno studiata per sciogliersi nell'intestino per favorire l'assorbimento dei nutrienti ed evitare la comparsa di retrogusto



Nestlé® Materna® DHA,
dalla gravidanza all'allattamento.



GLI INTEGRATORI ALIMENTARI NON VANNO INTESI COME SOSTITUTI DI UNA DIETA VARIA ED EQUILIBRATA E DI UNO STILE DI VITA SANO. NON ECCEDERE LE DOSI RACCOMANDATE PER L'ASSUNZIONE GIORNALIERA.

AVVISO IMPORTANTE: l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi.

Nestlé supporta pienamente questa raccomandazione ed il prolungamento dell'allattamento materno anche durante lo svezzamento, come consigliato dal pediatra e dalle autorità sanitarie.

Nestlé Italiana S.p.A. • Via del Mulino, 6 • 20090 Assago (MI) • Tel. 02.8181.1

Disegnare il futuro: le conquiste Aogoi

Vania Cirese

Responsabile Ufficio Legale AOGOI

Con la consapevolezza dei limiti di un articolo che necessariamente deve essere breve e divulgativo, vorrei offrire agli iscritti Aogoi una rapida panoramica dei progressi fatti attraverso le tante iniziative (proposte di legge, convegni, pubblicazioni, gruppi di lavoro, audizioni) messe in campo dall'Associazione per favorire un cambio di mentalità, con la collaborazione di più competenze (sinergiche) tese a migliorare la qualità delle prestazioni dei professionisti e la sicurezza delle organizzazioni, nonché rendere più consapevoli i giudici delle tante situazioni di rischio indipendenti dalla "bravura" dei medici.

Nel campo del lavoro medico in equipe, la giurisprudenza nella divisione del lavoro, ha sempre ritenuto che i sanitari si trovino in rapporto di uguaglianza e svolgano le proprie mansioni in maniera indipendente, nel rispetto delle **leges artis** dello specifico settore di specializzazione, seppur collaboranti tra loro verso un identico ed unico obiettivo: la cura e la tutela del paziente comune.

Ne consegue che ciascun sanitario è tenuto al rispetto degli obblighi che a lui discendono dalla connessione di tutte le attività realizzate in funzione dell'obiettivo comune.

La Cassazione ha sempre sancito che incombe sui medici che svolgono "attività di gruppo", un dovere generico di reciproco controllo, a prescindere dal ruolo rivestito all'interno dell'equipe (cfr. Cass. Sez. IV 24 gennaio 2005; Cass. Sez. IV 6 aprile 2005; Cass. Sez. IV 2 marzo 2004; Cass. Sez. IV 1 ottobre 1999).

Anche negli ultimi tempi la Suprema Corte (Cass. Pen. Sez. IV 5615/2014) ha trovato occasione per ribadire che "in tema di colpa medica nell'attività d'equipe, ciascuno dei soggetti che si dividono il lavoro risponde dell'evento illecito, non solo per non avere osservato le regole di diligenza, prudenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma altresì per non essersi fatto carico dei



rischi connessi agli errori riconoscibili commessi nelle fasi antecedenti o contestuali al suo specifico intervento. Ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza. Ed ancora si è precisato che "le responsabilità - omissive e commissive - dei sanitari, quando questi agiscono in concorso professionale, non risultano limitate dalle distinte incombenze specialistiche di riferimento, dovendo ognuno riscontrare (con maggior gravità il cd "capo equipe") l'altrui attività, realizzata al fine comune di consentire la buona riuscita del trattamento sanitario" (Cass. Pen. Sez. IV n.43459/2012). "In tema di responsabilità del medico che lavora in un'equipe, in caso di decesso del paziente, ne risponde ogni medico che non osservi le regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed oggettive mansioni svolte, e che venga meno al dovere di conoscere e valutare le attività degli altri medici così da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri e che siano evidenti per un professionista medio" (Cass. Pen. Sez. IV n. 4058/2013).

La "responsabilità d'equipe" si è trasformata troppo spesso in una ingiusta responsabilità "oggettiva", ossia i medici sono stati processati o condannati indiscriminatamente solo per aver fatto parte dell'equipe. L'esempio tipico è il caso di operazione chirurgica produttiva di esiti lesivi dovuti a dimenticanze di corpi estranei nell'addome del paziente. La giurisprudenza ha sempre riconosciuto la responsabilità di tutti i medici facenti parte dell'equipe medica, avendo tutti partecipato all'intervento, seppur con funzioni

diverse e seppure la mansione di ferrista fosse affidata ad un solo componente dell'equipe (Cass. Pen. Sez. IV 26 gennaio 2005).

A questo proposito, due traguardi importanti sono stati raggiunti con le sentenze della Cassazione Penale n. 5684/2014 (sez. III) e n. 7346/15 (sez. IV) in tema di responsabilità d'equipe.

Dopo tante fatiche argomentative negli scritti e nelle difese orali nelle aule di giustizia, dopo tanti sforzi rappresentativi nei confronti dei giudici nei convegni, per far comprendere le reali situazioni di lavoro dei medi-

poste in essere da ciascun sanitario e l'evento, in violazione delle regole cautelari che si assumono inosservate.

La Corte ha infatti asserito che tale verifica da parte del giudice deve essere particolarmente attenta nella ipotesi di lavoro in equipe e, più in generale, di cooperazione multidisciplinare nell'attività medico-chirurgica.

Il riconoscimento della responsabilità per l'errore altrui non è, conseguentemente, illimitato e si richiede la verifica del ruolo svolto da ciascun medico dell'equipe, non essendo consentito ritenere una responsabilità di gruppo in base a un ragionamento aprioristico.

Accanto a questa bella vittoria val la pena di indicarne un'altra, altrettanto significativa. Attesa la natura pubblica del rapporto tra sanitari di una stessa struttura, la giurisprudenza ha avuto modo di chiarire che il rapporto "gerarchico" tra sanitari operanti di uno stesso reparto non si presenta come assolutamente vincolante né di tipo militare o

Ci si richiamava ad orientamenti giurisprudenziali (Cass. Sez. IV 13212/2000 ecc.) in base al quale deve ritenersi che "se primario, aiuto ed assistente condividono le scelte terapeutiche, tutti insieme ne assumano la responsabilità. Quando, invece, l'assistente o l'aiuto non condividono le scelte terapeutiche del primario (il quale non abbia peraltro esercitato il suo potere di avocazione), possono andare esenti da responsabilità solo se abbiano provveduto a segnalare allo stesso primario la ritenuta inidoneità o rischiosità delle scelte anzidette.

Nel caso in esame, però, si era trattato di un intervento chirurgico (praticato direttamente dal primario).

Orbene la Corte ha statuito che trattandosi di un'attività manuale, espletata dal primo operatore (cioè dal primario) ed a questo attribuibile, non potevano gli altri membri dell'equipe interferire in modo efficace su quanto egli compiva. Non c'era certo un "diario clinico" da compilare dopo aver verificato l'effetto delle terapie al paziente, né certamente, era prospettabile un "dissenso in tempo reale", manifestato mediante l'abbandono della sala operatoria. In altre parole è stato chiarito dalla Cassazione il necessario ancoraggio della responsabilità penale alla valutazione delle concrete mansioni di ciascun componente dell'equipe e il dovere del giudice di identificare la violazione dei canoni di diligenza e perizia connessi alle specifiche ed effettive mansioni svolte, quale presupposto della responsabilità in un contesto operativo in cui si muove una pluralità di chirurghi. Non possiamo che rallegrarci dopo tante sollecitazioni da parte nostra, che la Suprema Corte abbia respinto le impostazioni di responsabilità in modo apodittico e generico, che discendono dalla mera "presenza" dell'imputato durante le operazioni, e dalla mera partecipazione all'equipe.

Ma anche in sede legislativa abbiamo riportato dei successi. Mentre matura l'approvazione del Testo Unico sulla responsabilità medica che contiene numerosi articoli il cui contenuto è stato fortemente sollecitato da Aogoi, il marzo scorso il Consiglio dei Ministri ha approvato il **decreto legislativo 28/2015**, entrato poi in vigore nel mese di aprile: **"Disposizioni in materia di non punibilità per particolare tenuità del fatto"**.

L'esclusione della punibilità per particolare tenuità del fatto (e non abitudine), viene inserita nel codice penale al nuovo art.

Quando le battaglie si vincono...

"Quando le battaglie si vincono occorre persistere e non abbassare la guardia. Se ci si culla sugli allori, si vince la battaglia ma si rischia di perdere la guerra!

Ecco perché le battaglie AOGOI continuano, per arrivare al traguardo finale: una disciplina della responsabilità in Sanità che non faccia sempre e comunque ricadere le colpe sul singolo sanitario, l'ultimo anello della catena.

Orientamenti giurisprudenziali più omogenei e favorevoli ai medici, in particolare agli ostetrici-ginecologi, un sistema italiano ed europeo per monitorare e ridurre i rischi e gli eventi avversi, senza ascriverli automaticamente all'operatore sanitario. Sono queste le nostre priorità.

Anche in sede legislativa abbiamo riportato dei successi. Il decreto legislativo 28/2015 "Disposizioni in materia di non punibilità 'per particolare tenuità' del fatto", entrato in vigore in aprile, è uno degli 8 punti del documento che l'Aogoi ha proposto al legislatore"

Vito Trojano



ci in generale e del lavoro dell'equipe ostetrico-ginecologica in particolare, le recenti sentenze appaiono più equilibrate e garantiste.

I giudici ci hanno ascoltato! La n. 7346/15 (Cassazione penale) ha annullato una sentenza della Corte d'Appello perché l'iter motivazionale presenta gravi vizi in relazione all'omessa verifica della sussistenza del nesso causale tra le singole condotte

equiparato (es. Polizia di Stato). Di conseguenza se il membro dell'equipe ("l'ex aiuto") non condivide le scelte terapeutiche del capo-equipe (l'ex "primario") e ritenga che il trattamento terapeutico disposto dal "superiore" comporti un rischio per il paziente, è tenuto a segnalare, esprimendo il proprio dissenso, diversamente sarà ritenuto responsabile dell'esito negativo del trattamento terapeutico, non avendo compiuto quanto in suo potere per impedire l'evento (art. 40 2° co cp.).

► Segue a pagina 30

Pier Francesco Tropea

La Legge 194 del 1978 che ha disciplinato l'interruzione volontaria di gravidanza è largamente nota non soltanto per la sua ultratrentennale enunciazione ma anche per il suo notevole impatto sociale e per le difficoltà inerenti alla sua corretta applicazione, in ordine all'elevata percentuale di obiettori di coscienza rilevabile presso le strutture sanitarie pubbliche deputate per legge all'organizzazione di tale Servizio.

A questo proposito non è inutile rammentare che, a fronte della volontà della gestante di richiedere l'interruzione di gravidanza entro il 90° giorno di gestazione, al di là di specifiche motivazioni addotte, è stato riconosciuto al Ginecologo, e comunque al personale sanitario, il diritto di formulare agli organi istituzionalmente preposti dichiarazione di obiezione di coscienza, con facoltà del personale in questione di astenersi dal "compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza", ex art. 9 comma 3 della Legge 194/1978.

Sul piano strettamente giuridico la normativa riconosce dunque, da un lato, il diritto all'autodeterminazione della donna riguardante nella fattispecie lo stato di gravidanza e la sua eventuale interruzione a fronte di sopravvenute difficoltà di ordine psico-sociale della gestante e, dall'altro, la libertà del Medico di agire secondo scienza e coscienza in una tematica connotata da forti motivazioni etiche. Trattasi evidentemente di diritti costituzionalmente garantiti, di pari rilevanza giuridica, il cui rispetto è sancito anche dal Codice Deontologico medico.

La sempre maggiore diffusione tra i ginecologi ospedalieri dell'obiezione di coscienza, da più parti considerata talvolta espressione di opportunismo, più che legata a motivazioni etico-religiose, ha comportato non di rado difficoltà organizzative del Servizio di interruzione di gravidanza, costringendo la struttura sanitaria a ricorrere all'operato di medici esterni non obiettori, nel caso in cui tutti i ginecologi strutturati abbiano esercitato il diritto all'obiezione di coscienza. Non c'è dunque da meravigliarsi se negli anni si sia verificato un contenzioso concernente i limiti dell'esercizio da parte dei medici e dei paramedici del diritto di avvalersi della facoltà di non partecipare alle pratiche abortive previste dalla Legge 194, ove beninteso tale diritto sia stato esplicita-

L'interruzione volontaria di gravidanza: validità e limiti dell'obiezione di coscienza



Vanno valutati con estremo rigore i limiti entro i quali il medico può avvalersi del diritto di rifiutare la propria opera, se si dimostra la chiara finalizzazione della prestazione all'obiettivo clinico dell'aborto legale provocato

to dagli interessati attraverso le procedure previste dalla suddetta Legge.

Per completezza espositiva va sottolineato che il comma 5 dell'art. 9 della predetta Legge (art. sopracitato) esclude l'operatività dell'obiezione di coscienza nei casi in cui l'intervento del medico obiettore sia indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo. È evidente che in tali circostanze lo stato di necessità derivante dal pericolo di vita della paziente impone al medico un intervento urgente ed improcrastinabile che supera la facoltà del medico di rifiutarsi di praticare una prestazione sanitaria, ricorrendo all'obiezione di coscienza. In ogni caso, vanno valutati con estremo rigore i limiti entro i quali il Medico può avvalersi del diritto di rifiutare la propria opera, se si dimostra la chiara finalizzazione della prestazione all'obiettivo clinico dell'aborto legale provocato. In tal senso può servire un accenno ad alcune pronunce giurisprudenziali in materia, con particolare riguardo ad

una recente sentenza della Corte di Cassazione.

In un caso che ha condotto alla condanna del medico obiettore, i giudici di merito hanno considerato illegittimo il rifiuto del cardiologo di praticare un esame strumentale cardiologico propeedeutico all'effettuazione di un'anestesia, tale esame essendo stato valutato dal medico obiettore come finalizzato all'intervento interruttivo. I giudici, respingendo tale tesi, hanno viceversa applicato un giudizio più restrittivo, consacrando come rientranti legittimamente nell'obiezione di coscienza soltanto le procedure strettamente legate all'interruzione della gravidanza, in tal caso, a parte l'intervento ostetrico vero e proprio, anche l'anestesia, ma non l'esame cardiologico, la cui effettuazione non avrebbe impedito alla donna di rivedere la propria decisione di praticare l'aborto. La pronuncia giurisprudenziale appare, a nostro giudizio, discutibile, atteso che non sussistono dubbi circa la chiara finalizzazione della prestazione cardiologica

alla procedura anestesiológico-chirurgica, il che potrebbe rientrare nella previsione della Legge 194 per la quale l'obiezione del medico, se concernente le procedure e le attività specificamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, appare legittima e quindi non sanzionabile. Maggiore rilevanza, sia per la fonte autorevole da cui proviene, sia per le argomentazioni addotte, assume **la sentenza n. 14979 del 2013 della Corte di Cassazione** che ha condannato ad 1 anno di reclusione (con contemporanea interdizione dall'esercizio professionale per un anno) una ginecologa che si era rifiutata di prestare assistenza, anche postabortiva, in un caso di interruzione volontaria di gravidanza, adducendo al riguardo il proprio diritto all'obiezione di coscienza. In verità tale diritto era stato avanzato dalla ginecologa già nella fase precedente all'induzione farmacologica del travaglio abortivo, senza che ciò avesse comportato la sostituzione del medico obiettore con altro sanitario non obiettore. Una volta

avvenuto l'evento abortivo, la ginecologa si era rifiutata di prestare assistenza alla paziente per il mancato secondamento, in ciò contravvenendo ad un ordine di servizio emesso dal Primario della Divisione e dal Direttore Sanitario. **In questo caso i giudici di legittimità hanno pronunciato una sentenza di condanna, richiamandosi all'art. 9 della Legge 194** che sancisce l'esclusione dal diritto dell'obiezione di coscienza se l'intervento del medico è richiesto per salvare la vita della donna. Peraltro, la Cassazione ha interpretato la norma in oggetto con criterio molto restrittivo, affermando che l'obiezione di coscienza deve essere considerata valida se concerne la somministrazione di farmaci abortivi o gli interventi diretti all'interruzione della gravidanza, mentre rimane al medico, ancorché obiettore, l'obbligo di assicurare ogni cura ed assistenza sanitaria alla paziente, una volta espletato l'evento interruttivo. In pratica, il rifiuto della ginecologa obiettrice di intervenire anche in fase postabortiva, ha indotto i Giudici ad affermare in tal caso l'esistenza del reato previsto dall'art. 328 c.p. (rifiuto di atti d'ufficio) da parte di un pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio.

In sede di commento, due elementi debbono essere sottolineati:

1) la censurabilità della decisione della ginecologa di rifiutare, in nome dell'obiezione di coscienza, la propria opera professionale richiesta in fase postabortiva per far fronte ad una necessità medica ben precisa, il che portava ad escludere automaticamente il ricorso all'esercizio di un diritto del medico, ancorché previsto dalla Legge;

2) il difetto di organizzazione della struttura sanitaria la quale avrebbe dovuto provvedere a sostituire la ginecologa obiettrice con altro medico non obiettore, nel momento in cui è stata avviata la procedura di interruzione della gravidanza.

Riguardo al primo punto, sulla base di quanto illustrato, va raccomandato ai ginecologi obiettori di coscienza di valutare, non soltanto la legittimità della loro posizione, specificamente prevista dalla normativa vigente, ma anche i limiti entro i quali tale diritto va esercitato, tenendo conto in ogni caso dell'imperativo relativo all'assistenza sanitaria alla gestante nei casi in cui insorga la necessità di salvaguardare la vita e la salute della donna che ha fatto ricorso alla procedura in oggetto. Inoltre va formulato l'auspicio che la Giurisprudenza, nel valutare come prioritaria l'autonomia decisionale della donna concernente l'interruzione legale di gravidanza entro i 90 giorni della gestazione, e il conseguente obbligo delle strutture sanitarie pubbliche di garantire sul piano organizzativo l'esecuzione di tale procedura, conferisca eguale valenza al diritto del medico, sancito dalla Legge, di invocare l'obiezione di coscienza, pur nei limiti rigorosi previsti dalla Legge e ove tale facoltà sia dettata da principi di etica professionale indiscutibili e come tali non negoziabili. **Y**

Obiezione di coscienza

Rinviato a giudizio medico obiettore. Si era rifiutato di fare ecografia a donne che avevano assunto pillola abortiva

Rinviato a giudizio un medico, che per questioni di coscienza, si era rifiutato di effettuare un'ecografia a due ragazze che avevano assunto la pillola abortiva. Come riporta l'Ansa "il Gup **Silvia Carpanini** ha rinviato a giudizio **Salvatore Felis**, il medico ginecologo dell'ospedale San Martino di Genova che il 19 aprile 2014 rifiutò di fare l'ecografia a due ragazze che avevano assunto la pillola abortiva perché obiettore di coscienza. Secondo l'accusa il medico avrebbe omesso di compiere atti d'ufficio in quanto le ecografie non sarebbero atti interruttivi della gravidanza. Il processo è fissato al 9 giugno".

Il caso. Il dottore, il 9 aprile 2014 era di guardia nel reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale San Martino (era il sabato prima di Pasqua) e non aveva voluto effettuare l'ecografia di controllo alle due giovani donne, una di 19 e una di 29 anni, che avevano già avviato la procedura d'interruzione di gravidanza farmacologica prescritta da un altro medico due giorni prima ponendo questioni di coscienza.

Secondo l'accusa il medico si era rifiutato di eseguire l'ecografia prima della seconda somministrazione della pillola abortiva, prevista dalla procedura, e poi quella successiva alla somministrazione del farmaco stesso. Fu il padre di una delle due donne a chiamare la polizia e a presentare denuncia.

Il fatto fu segnalato alla direzione sanitaria e in seguito l'ufficio procedimenti disciplinari dell'ospedale San Martino "non ritenne di sottoporre a un giudizio sulla cui base procedere". Secondo gli avvocati Carlo Biondi e Vincenzo Marino, che difendono Felis, "il suo comportamento era stato rispettoso della legge e dei protocolli che disciplinano l'obiezione di coscienza a fronte di interruzione della gravidanza". L'inchiesta era stata coordinata dal sostituto procuratore di Genova Paola Calleri.

Sulla questione è intervenuto il presidente nazionale dell'associazione medici cattolici italiani **Filippo Maria Boscia** che in una nota ha evidenziato come "l'attuale controversia riguardante il rinvio a giudizio del dott. Salvatore Felis, ginecologo dell'ospedale San Martino di Genova, dovrà esaminare la questione del difficile rapporto odierno tra la buona medicina finalizzata all'esclusivo benessere e al rispetto della persona umana e l'autodeterminazione assoluta del cittadino-utente".

"I medici cattolici italiani desiderano ricordare che ogni attività

Secondo l'accusa il medico avrebbe omesso di compiere atti d'ufficio in quanto le ecografie non sarebbero atti interruttivi della gravidanza. Il camice bianco aveva rifiutato effettuare l'ecografia di controllo a due donne che avevano avviato la procedura d'interruzione di gravidanza, ponendo questioni di coscienza. I medici cattolici: "Medicina non è un distributore automatico di prestazioni e di esami"

medica è diretta a uomini, donne, bambini, giovani e anziani, la cui integrità è costituita da anima, corpo, spirito e sostanza. La medicina, infatti, nasce per agire con positivo e responsabile impegno al servizio dell'uomo e per conferire alla professione medica l'idea della responsabilità delle singole e proprie azioni, che devono essere compiute secondo scienza e coscienza", aggiunge Boscia. "La medicina non è un distributore automatico di prestazioni e di esami richiesti in modo autonomo, né può soddisfare qualsiasi pre-

stazione, magari anche impropria o richiesta in modo compulsivo dagli utenti. Nell'attuale panorama contemporaneo dove si è ormai diffusa una prassi medica sempre più centrata sull'autonomia e sull'autodeterminazione del paziente, tanto spesso disgiunta o in forte opposizione all'autonomia professionale del medico, peculiarmente in queste situazioni va recuperato il senso dell'alleanza terapeutica e va recuperato ogni valore dell'uomo persona", fa notare il presidente dei medici cattolici.

"In risposta a ogni spiacevole situazione, ci si augura che un sistema sanitario autenticamente moderno ed efficiente, proponga prioritariamente modelli di medicina fortemente antropologici, affinché quell'ambito processo che amiamo definire "alleanza terapeutica", essenziale in ogni processo di cura, promuova ogni auspicabile miglioramento della relazione tra medico e paziente", si legge ancora nella nota.

"Occorre ricordarsi che la modernità non può e non deve coincidere con la più spietata e consi-

stente medicalizzazione della vita. I medici cattolici ribadiscono ogni loro ferma volontà di realizzare quella buona medicina che non prescinda mai dal lato strettamente ontologico ma che connota la persona e ogni sua innata identità relazionale. L'Amci si augura che ogni azione giudiziaria sia sempre equa, finalizzata al benessere della società, al bene comune e al rispetto dell'uomo e delle sue fragilità e che sappia ricomporre e stimolare un autentico rapporto di fiducia tra le parti interessate".



De Filippo: "Il medico è libero di rifiutare la prestazione. Lo sancisce il codice deontologico"

Così il sottosegretario alla Salute ha risposto in commissione Affari Sociali ad un'interrogazione di Roberto Capelli (Pi-Cd) sull'interpretazione dell'articolo 2 della legge 194. Il rifiuto della prestazione sarebbe dunque possibile, a prescindere dall'avvalersi dell'obiezione di coscienza, nelle condizioni indicate dall'articolo 22 del codice deontologico del 2014. "L'interpretazione di tale disposizione è rimessa all'Ordine dei medici"

In merito alle interruzioni volontarie di gravidanza, il personale medico è libero di sottrarsi a quanto stabilito dalla legge 194 del 1978 e di rifiutare la prestazione professionale, "a prescindere dall'avvalersi o meno dell'obiezione di coscienza, nelle condizioni indicate dall'articolo 22 del codice deontologico medico del 2014". Così il sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo, ha risposto il 19 marzo scorso in commissione Affari Sociali alla Camera ad un'interrogazione di Roberto Capelli (Pi-Cd) sull'interpretazione dell'articolo 2



della legge 194 del 1978, riguardo l'interruzione volontaria di gravidanza. Il richiamato articolo 22 del codice deontologico stabilisce che "il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste

prestazioni in contrasto", oltre che con la propria coscienza, anche "con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione". Il sottosegretario ha poi spiegato che l'interpretazione di questa disposizione "non può che essere rimessa all'ordine dei medici".

Nell'interrogazione, Capelli chiedeva "se il Ministro condivide l'interpretazione dell'articolo 2 della legge 194 del 1978, secondo la quale la funzione prioritaria dei consultori è quella di evitare l'aborto mediante il superamento delle difficoltà delle gestanti e se, conseguentemente il Ministro ritenga necessario che sia rinnovato il decreto del presidente della regione Lazio emanato come commissario ad acta e cioè come organo di Governo per il riordino economico della sanità nella regione, pubblicato il 22 maggio 2014 nel bollettino ufficiale della regione, nella parte in cui il

suddetto provvedimento ingiunge agli obiettori di coscienza presenti nei consultori del Lazio di partecipare all'iter abortivo con il rilascio dei titoli necessari per eseguire l'interruzione volontaria di gravidanza e di prescrivere o somministrare prodotti da essi in coscienza ritenuti abortivi".

De Filippo ha ricordato che il Consiglio di Stato, con ordinanza del 5 febbraio 2015, che ha riconosciuto, sia pure in sede cautelare, la fondatezza dell'istanza di sospensione del provvedimento del Commissario ad acta della Regione Lazio del 12 maggio 2014, nella parte in cui il provvedimento prevede il dovere del medico operante presso il Consultorio familiare di attestare, anche se obiettore di coscienza, lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di voler effettuare l'ivg.

Il sottosegretario ha poi concluso il suo intervento ricordando che tra i compiti dei consultori c'è quello di contribuire a "far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza".

NOVITA'

NOVITA'

NOVITA'

FERTIFOL 120

acido folico 400 mcg

cpr

L'ACIDO FOLICO PER LA GRAVIDANZA,
IN CONFEZIONE DA 4 MESI



FASCIA A

MIGLIORA L'ADERENZA ALLA TERAPIA
NEL PRECONCEZIONALE E IN GRAVIDANZA



Joint Meeting AOGOI/AIO-SIN

Appropriatezza Assistenziale Materno-Neonatale

Diffondere informazione, aggiornamento e collaborazione tra i diversi professionisti, protagonisti quotidiani della salvaguardia del benessere materno-neonatale.

È questa la premessa del "patto scientifico" Aogoi-Aio-Sin per ridurre la morbilità e mortalità materno-neonatale in Campania

Davide De Vita

Segretario Regionale Aogoi Campania

Si è svolto a Cava dè Tirreni (Sa, il 27 marzo scorso, il Joint Meeting Aogoi/Aio-Sin, dal titolo "Appropriatezza Assistenziale Materno-Neonatale", organizzato da **Davide De Vita**, Segretario Regionale Aogoi Campania e Dirigente medico della Uoc di Ostetricia-Ginecologia del PO Santa Maria della Speranza di

Battipaglia. L'evento, presieduto dal Segretario Nazionale Aogoi **Antonio Chiantera** e da **Paolo Puggina**, Segretario Provinciale Aogoi di Napoli, è stato organizzato in collaborazione con la Società Italiana di Neonatologia (Sin), presieduta a livello campano, dal dottor **Franco Messina**. Il meeting ha celebrato "il matrimonio scientifico e clinico Aogoi-Sin", la cui "promessa" era stata annunciata nel corso della Tavola Ro-



tonda Aogoi-Sin, dal titolo "Proposte per un progetto di modernizzazione dei Punti nascita in Campania", effettuata nel recente Congresso Regionale Aogoi svoltosi a Caserta il 16-17 gennaio 2015.

I topics sono stati: le raccomandazioni sull'organizzazione dei punti nascita di I e II livello, il trasferimento intrauterino delle gestanti a rischio, la realizzazione di un "team di intesa" per la medicina perinatale, il comitato per il

percorso nascita, l'importanza della prevenzione, del trattamento e del counselling nel preterm e nel last preterm, la cardiocografia in travaglio di parto, il Ph fetale, i criteri e la tecnica di assistenza neonatale e la pratica del clampaggio ritardato del cordone. Tutti gli argomenti sono stati presentati e discussi sia da ginecologi che da neonatologi, ponendo le basi per una piena condivisione delle criticità emerse nell'organizzazione dei Punti Nascita e nelle proposte per modernizzarli. Questi sono stati gli ingredienti che hanno contribuito alla realizzazione di una vera e propria "Task Force" tra ginecologi e neonatologi che, addizionati alla scelta dei topics e alla formula estremamente pratica delle presentazioni, hanno portato alla realizzazione di un evento molto seguito e carico di contenuti. Ad aumentare l'interesse dell'evento congiunto è stata la partecipazione delle ostetriche dell'Aio, che hanno contribuito pienamente al progetto scientifico dell'evento congiunto, portando aggiornamenti in tema di percorso nascita, carta dei servizi e sorveglianza della mortalità materna. Infatti, l'evento ha contato la

presenza di circa 150 addetti ai lavori, tra cui tutti i direttori delle Uoc di Ostetricia, campani muniti di TIN, ed i direttori delle corrispettive TIN. Nella seconda sessione si è discusso delle "emorragie del terzo trimestre di gravidanza", della diagnosi precoce e delle raccomandazioni più attuali per affrontarle. In particolare, con l'aumento degli interventi sull'utero, si è avuto un incremento significativo delle anomalie di impianto e di inserzione placentare, come la placenta previa/accreta, una delle maggiori responsabili delle emorragie intra e post-partum. Si è fatto il punto della situazione sull'incidenza della placenta previa-accreta in Campania, presentando i recenti dati del progetto placenta previa-accreta Aogoi-Aio. **L'Aogoi-Aio e la Sin Campania** con questo intervento hanno dato inizio ad un vero e proprio patto scientifico, con l'obiettivo comune di diffondere informazione, aggiornamento e collaborazione tra i diversi professionisti, protagonisti quotidiani della salvaguardia del benessere materno-neonatale, al fine di ridurre la morbilità e mortalità materno-neonatale. **Y**

AOGOI Abruzzo

Nascere sicuri nella Regione Abruzzo: la funzionalità e sicurezza dell'evento nascita per mamme e bambini

Quirino Di Nisio

Segretario AOGOI Abruzzo

Il 18 aprile scorso si è svolto a Lanciano un incontro dei coordinatori provinciali Aogoi Abruzzo a margine del congresso "Focus sui miomi uterini", organizzato dalla Uoc di Ginecologia dell'ospedale di Lanciano (direttore dott. Di Francesco). Il Segretario Aogoi della Regione Abruzzo, insieme ai quattro coordinatori - **A. Marcozzi** per Teramo, **B. Rando** per Pescara, **M. Tobia** per L'Aquila, **A. Di Francesco** per Chieti - ha posto all'ordine del giorno l'argomento: "Nascere sicuri nella Regione Abruzzo, la funzionalità e sicurezza dell'evento nascita per mamme e bambini". All'incontro sono intervenuti i protagonisti istituzionali della regione: **S. Paolucci**, assessore alla Sanità della Regione Abruzzo; **F. Chiarelli**, esperto tecnico del Ministero della Salute e direttore del Dipartimento Materno-Infantile della Asl di Chieti; **A. Mascitelli**, direttore f.f. della Agenzia Sanitaria Abruzzese; **M. Amato**, deputato, membro della Commissione Affari Sociali della Camera; presente anche **S. Cofelice**, segretario Aogoi Molise. Numerosi ginecologi, ostetriche, neonatologi e pediatri hanno animato un dibattito intenso e partecipato. Sono state riferite esperienze dell'evento nascita in Abruzzo, in ospedali grandi e piccoli, con par-

"Solo un network qualificato di esperienze e professionalità, strettamente interconnesso, potrà garantire il raggiungimento di questo obiettivo, con direttive chiare e coerenti. Dal Progetto Obiettivo Materno Infantile ad oggi non è stato fatto nessun investimento nel settore materno infantile! Dobbiamo recuperare un ritardo di 15 anni!"

icolare riferimento alle funzioni che garantiscono la sicurezza dell'evento. Il Segretario Aogoi **Di Nisio** ha esposto i cardini del trasporto assistito materno (Stam) e del trasporto di emergenza neonatale (Sten), sottolineando come il sistema di trasporto rivesta un ruolo cardine nella organizzazione della sicurezza. **È necessario uno specifico "Programma regionale di trasporto neonatale"** che contempli varie fasi: un periodo di apprendimento degli operatori (educazione), una possibilità di consulto continuo con i neonatologi (consultazione telematica), un trasporto rapido con mezzi opportuni (elicottero o ambulanza), all'interno del trasporto attrezzature adeguate per trattamenti specifici necessari e urgenti (respirazione meccanicamente assistita, ipotermia per possibili lesioni cerebrali neonatali), un numero adeguato di incubatrici per parti gemellari. In un sistema di assistenza avanzato e moderno lo scopo di questa organizzazione deve essere sal-

vare vite umane evitando esiti neonatali in disabilità, fonti di futura vita drammaticamente disgiata. Come ha sottolineato l'assessore Paolucci l'obiettivo non è la sopravvivenza tout-court ma la "buona salute" necessaria al singolo ed alla collettività. Pertanto "Nascere sicuri" è un programma impegnativo che nella nostra regione deve essere ancora attuato. Il prof. Chiarelli ha ricordato come in Abruzzo i numeri percentuali delle disabilità, specie neurologiche siano nettamente al di sopra delle medie nazionali, per non parlare dei confronti con i centri di eccellenza del settore materno-infantile. Non di numerosità dei punti nascita si tratta, quindi, ma della loro qualità e sicurezza. Dal Progetto Obiettivo Materno Infantile del triennio 1998-2000 (P.O.M.I.) l'Abruzzo ha accumulato un ritardo di ben 15 anni nei sistemi di sicurezza: non è stato fatto nessun investimento nel settore materno infantile! Il Direttore della Asr A. Mascitel-

li ha confermato, numeri alla mano, la assoluta mancanza di funzionalità dei sistemi di sicurezza, con particolare riferimento ai sistemi di trasporto materno e neonatale, nemmeno confrontabili con le altre regioni italiane del centro-nord. All'interno del lavoro di equipe delle unità operative di ostetricia e delle terapie intensive neonatali (Tin) risultano fortemente problematiche la possibilità di precoce individuazione delle patologie responsabili delle sequele neurologiche, nonché le capacità di reazione al verificarsi di improvvisi eventi sfavorevoli. Naturalmente, con tali premesse, il contenzioso medico-legale è fiorente nei tribunali della regione Abruzzo ed è crescente la diffidenza verso un sistema materno-infantile poco sicuro. L'On. **Maria Amato** ha puntualizzato la necessità di una concreta alleanza tra politica e professionisti del settore materno-infantile, medici e non medici, basata sull'ascolto reale di motivazioni ed esigenze convergenti verso un sistema di sicurezza moderno ed efficiente. **B. Rando**, delegata Aogoi di Pescara ha riferito della necessità di rendere i centri con maggior numerosità di nati dei veri centri di eccellenza regionali con procedure controllate e verificabili, in completa collaborazione ed apertura alle altre realtà regionali, al

fine di sperimentare dei percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, in applicazione delle linee guida sanitarie nazionali. **A. Marcozzi**, delegata Aogoi di Teramo, ha sottolineato la necessità di una integrazione dei presidi territoriali (Distretti e Consultori familiari) all'interno del percorso nascita ed in particolare del Dipartimento Materno Infantile, per costruire una reale ed efficiente rete di riferimento sicuro, con risposte certe per le richieste emergenti. **A. Di Francesco** ha confermato all'Assessore l'assoluta, incondizionata e concreta collaborazione di ginecologi, ostetriche, neonatologi e pediatri per una politica determinata al cambiamento degli standard di sicurezza assistenziali del settore Materno-Infantile, nel quale nessun operatore venga lasciato solo. Dal canto suo l'Assessore Paolucci ha dichiarato l'assoluta determinazione del governo regionale di giungere ad un sistema di sicurezza per gestanti e neonati confrontabile con i sistemi europei ed ha richiesto collaborazione e partecipazione per i miglioramenti necessari, senza strumentalizzazioni di privati e personali interessi. A conclusione dell'incontro, dopo ampio e proficuo dibattito, il segretario Aogoi ha ringraziato tutti gli intervenuti, ribadendo la necessità che le varie forme professionali regionali del settore materno-infantile non possano più recitare un ruolo isolato per la concreta attuazione del progetto "Nascere Sicuri": solo un network qualificato di esperienze e professionalità, strettamente interconnesso, potrà garantire il raggiungimento di questo obiettivo, con direttive chiare e coerenti. **Y**



XIII Congresso Regionale Aogoi Emilia Romagna "Doctors and Midwives on the road"

Costruiamo insieme la sanità del futuro

■ Il Congresso di Modena è stata l'occasione per proposte e spunti su cui potersi rimodulare per il futuro della nostra salute: tutti insieme - medici e ostetriche - ognuno nel proprio ambito di competenza, ognuno con il proprio pezzetto di puzzle per poter completare in collaborazione un quadro comune

Svitlana Ilchenko
Segretario regionale AIO

Si è svolto a Modena a Modena, dal 10 al 11 aprile 2015, il XIII Congresso Regionale Aogoi Emilia Romagna dal titolo "Doctors and Midwives on the road". Presidenti del Congresso: il Prof. **Vito Trojano** presidente nazionale Aogoi, il presidente Fesmed **Carmine Gigli**, la presidente Aio **Antonella Marchi** e il segretario regionale Aogoi **Ezio Bergamini**. I lavori congressuali si sono aperti con la lezione magistrale del prof. **Fabio Facchinetti**, direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, dal titolo "Siamo quel-

lo che mamma ha mangiato". Nella lezione magistrale sono stati presentati recenti studi sulla correlazione tra le patologie dell'adulto e la vita fetale che mettono in evidenza come le malattie che si sviluppano nell'adulto trovino le proprie radici e cause nella vita intrauterina e come il decorso della gravidanza, lo sviluppo fetale e le possibili patologie insorte durante la gestazione possano in qualche modo fornire una previsione delle patologie che potrebbero insorgere con l'avanzare dell'età. Nell'ambito della **Sessione Aio**, la presidente Marchi ha affrontato la problematica delle Aree di Responsabilità Ostetrica alla luce dell'Accordo Stato-Regioni 16/12/2010 nella Regione Emi-

lia Romagna, illustrando le strategie che la Regione sta attuando per garantire sicurezza e salute. Marchi ha sottolineato l'importanza dell'implementazione e la diffusione delle Lg nonché la necessità di una continua formazione con successiva verifica e l'adeguamento dei livelli formativi, insieme ad una funzione di coordinamento permanente nel percorso nascita. Un altro punto importante affrontato dalla presidente Aio - che vede la nostra Associazione "sempre in prima fila" - è quello dell'abusivismo professionale: "un fenomeno che deve essere eliminato per garantire la necessaria sicurezza delle madri e dei loro bambini". Per questo, forte e dell'esperienza dell'Osservatorio sull'abusivi-

simo professionale, l'Associazione ha voluto realizzare, in collaborazione con Aogoi e Sigo, un video per la campagna #INMANISICURE#. "Questa campagna di sensibilizzazione - ha sottolineato Marchi - è stata voluta fortemente dall'Aio per rafforzare l'identità della/o professionista Ostetrica/o e la sua centralità nella tutela della fisiologia della nascita". All'evento è intervenuta anche la vicepresidente Fnco **Silvia Vaccari**, che nella sua relazione ha illustrato lo stato dell'arte della Professione Ostetrica in Emilia Romagna. Vaccari ha poi evidenziato l'importanza di una continua implementazione di percorsi per la gravidanza fisiologica, sia in ambito ospedaliero che territoriale, rilevando come il ruolo dell'ostetrica si presenti sempre più in autonomia. **La Sessione Aio** si è conclusa con una **tavola rotonda** presieduta dai presidenti di Aogoi, Fesmed e Aio e moderata dalla dottoressa **E. Bolognesi** e **Svitlana Ilchenko**. In questo ambito è stata discussa la necessità di avere un coordinamento prettamente ostetrico nelle aree materno-infantili, e non infermieristico come si osserva nei vari punti nascita. Il Prof. Trojano è intervenuto nella discussione valorizzando il ruolo dell'ostetrica e sottolineando il bisogno delle ostetriche di riappropriarsi, come categoria professionale, delle proprie competenze che negli ultimi anni sono state occupate da altre figure professionali. Trojano ha poi invitato a consolidare gli obiettivi dell'Aio che, insieme all'Aogoi, mirano a formare "una professionista al passo con i tempi ma

soprattutto al passo con la nuova vision del ruolo". **Al termine della sessione Svitlana Ilchenko è stata riconfermata segretario regionale Aio**. Dopo i ringraziamenti, Ilchenko ha presentato la **mission dell'AIO Emilia Romagna per il 2015-2016** e confermato la partecipazione attiva, a fianco dell'Aogoi, allo **studio sulla Placenta Accreta**, con la creazione di una rete per la raccolta dati nei vari punti nascita e nei consultori. Un ampio spazio nel congresso stato è dedicato alla ginecologia, con sessioni dedicate a endometriosi, contraccezione, Pma, con un focus sulla salvaguardia della fertilità anche dopo i problemi oncologici, alla menopausa e al nuovo approccio chirurgico attraverso la chirurgia non invasiva per le patologie benigne. Non poteva mancare un Workshop dedicato a "**La violenza su donne e minori**" e la Sessione "**AOGOI PER TE**", presieduta dal segretario nazionale Antonio Chiantera, dal presidente Vito Trojano e dalla responsabile dell'Ufficio nazionale Aogoi **Vania Cirese**. Il segretario regionale Aogoi Campania, **Davide De Vita**, Vita ha poi presentato lo **studio Placenta Accreta, proposto a livello nazionale da Aogoi, Sieog e Aio** finalizzato a creare un registro nazionale ed elaborare un protocollo diagnostico e gestionale. Inizialmente concepito come studio osservazionale retrospettivo condotto in Campania, il progetto si è poi trasformato in uno studio prospettico che ha coinvolto tutta la nazione e alla raccolta dati hanno partecipato ginecologi e ostetriche. **Y**



Svitlana Ilchenko

Congresso Regionale Aogoi Campania: Sessione AIO

Cronaca di un "accordo"

Giuseppina Di Lorenzo
Segretario nazionale AIO

Al Congresso Regionale Aogoi Campania "Agite/Aio/Fesmed Update ed applicazioni pratiche in ostetrica e ginecologia", tenutosi a Caserta dal 15 al 17 gennaio 2015, nell'ambito della sessione Aio si è discusso del "disatteso" Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010. Ad oggi, a circa 5 anni dalla sua approvazione - che prevedeva la riorganizzazione dei punti nascita e dell'intero percorso nascita - non vi sono evidenze di importanti cambiamenti nella Regione Campania se non in poche realtà locali. Sono ancora molti i punti nascita che non hanno i requisiti standard strutturali e di adeguate risorse umane per poter assicurare la qualità assistenziale necessaria per la salute materno-fetale. Pertanto la

Presidente Aio - in accordo con il Vice-Presidente Aio Giuseppe Ettore, il Segretario Nazionale Aogoi **Antonio Chiantera**, il Presidente Aogoi **Vito Trojano**, il Segretario regionale Aogoi Campania **Davide De Vita** e il Segretario Aio Campania **Giusy Di Lorenzo**, ha deciso in questa occasione di preparare un documento per l'Assessorato alla Sanità nel quale si chiederà di avviare un'azione politica che abbia come fine unico l'implementazione di quanto già stabilito nell'accordo stesso. Ovvero: **L'Attivazione e razionalizzazione dei punti nascita e di consultori con assistenza delle ostetriche/i** essendo per definizione giuridica e deontologica le/i professioniste della fisiologia. La creazione di una **Rete di collegamento tra territorio e ospedale** che garantisca qualità e assistenza continua, ma anche sostegno e

ascolto - senza dimenticare tutto quanto inserito nelle attività territoriali, come il sostegno alla genitorialità, i corsi di accompagnamento alla nascita, l'accompagnamento all'esogestazione per l'individuazione precoce di eventuali segni di depressioni post-partum. Nel suo intervento il Prof. Chiantera ha posto l'accento sull'importanza della formazione continua per ostetriche/i e ginecologi poiché è la chiave per poter garantire e prevenire esiti avversi in una mission condivisa: la salute delle madri e dei loro bambini. Fondamentale per la trasformazione delle strutture, l'inserimento delle ostetriche/i all'interno dei reparti di ginecologia e ostetrica, neonatologia e in tutti gli ambulatori in cui siano previste per competenza! L'attivazione di percorsi assistenziali di fisiologia che vedano in prima linea le ostetriche/i nella ge-

stione delle gravidanze a basso rischio. Concetto tra l'altro rafforzato anche dal Prof. **Ettore** nel corso del suo intervento. È un dato accertato da molti studi che l'attuazione di percorsi di gravidanza fisiologica a gestione delle ostetriche/i apporti una riduzione del numero di complicanze sia in corso di travaglio che di parto, una riduzione del ricorso al taglio cesareo (la Campania detiene un tasso di tagli cesarei elevatissimo e segnali di inversione ancora molto lenti) nonché un miglior benessere materno-fetale. La gestione della stessa gravidanza deve comprendere sia la valutazione del rischio clinico, sia la prescrizione dei vari esami con l'utilizzo del ricettario del Ssn come previsto nel D.lgs. n. 206/2007 in attuazione della Direttiva Europea in materia di delineamento delle qualifiche professionali, che riconosce nell'ostetrica/o un sogget-

to prescrittore diverso dal medico. A conclusione dei vari interventi la Presidente Aio ha presentato un filmato per promuovere la Professione Ostetrica/o e per contrastare il fenomeno dilagante dell'abusivismo professionale. L'Aio, già impegnata da tempo con l'Osservatorio per i presunti abusi professionali, curato dalla dott.ssa Roberta Giornelli, ha lanciato in questa occasione la campagna intitolata #INMANISICURE veicolata da uno spot diffuso in rete per incoraggiare le ostetriche/i e chiunque sia testimone di forme di abusivismo professionale a denunciare tale reato (art. 348 C.P.). Il nostro auspicio è che le ostetriche/ci, insieme ai ginecologi, ai neonatologi e tutti coloro che nei differenti ruoli apportano il loro contributo all'interno del percorso nascita si rendano fautori di un risveglio culturale e sociale in grado di delineare un concreto cambiamento che possa dare dignità all'evento nascita e restituire alle donne il diritto di vivere la maternità come un evento "naturale" senza rinunciare alla propria salute e a quella del proprio bambino. **Y**

► Segue da pagina 15

“Il Dpr rappresenterà un decisivo passo in avanti rispetto alla situazione attuale...”

posito che gli esercenti le professioni sanitarie appartenenti a qualsiasi titolo al Ssn, attualmente si possono trovare ancora più esposti in prima persona di fronte alla scelta sicuramente illegittima e suscettibile di essere fonte di responsabilità amministrativa compiuta da alcune regioni (tra le quali la Toscana) di operare in regime di c.d. “autoassicurazione totale” (e cioè senza alcuna copertura amministrativa, in contrasto tra l’altro con l’art.17 comma 5° del contratto integrativo dell’area medica del 6 maggio 2010 e con lo stesso Decreto Balduzzi).

Tenuto conto del contesto nel quale interviene, l’art. 4 dello schema del Dpr deve quindi formare oggetto di apprezzamento positivo, anche se non è risolutivo di tutte le problematiche sopra richiamate.

Infatti, con una disposizione destinata ad operare anche con riferimento ai contratti di assicurazione stipulati a far data dal 15.08.2013, ma soprattutto con riferimento a quelli che verranno stipulati dal momento dell’insorgenza in concreto dell’obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie secondo quanto previsto nel citato parere n° 486/2015 della II Sezione del Consiglio di Stato, vi sarà la previsione legale della retroattività della copertura almeno a partire dal 15.08.2013, con una prima evidente deroga alla clausola

“claims made” e con la inserzione legale nei contratti di una clausola posta direttamente dal regolamento governativo, secondo lo schema previsto dall’art.1339 del Codice Civile.

Ma il punto più significativo e più apprezzabile dell’art. 4, 2° comma dello schema di Dpr è quello successivo, ove vi è la definitiva scomparsa di tale clausola, poiché in esso si prevede che “in caso di cessazione definitiva dell’attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatasi nel periodo di operatività della copertura. L’ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta”.

Dunque, sotto questo profilo la lunga battaglia condotta dall’Aogoi e da altre associazioni esponenziali della sanità può dirsi vinta.

Sì perché tale ipotesi di copertura decennale metterà al riparo tutti gli operatori sanitari per fatti verificatosi nel corso delle loro attività, anche se dovessimo continuare a configurare la loro responsabilità come contrattuale e da “contatto sociale qualificato”, nonostante quanto previsto dall’art. 3, 1° comma del decreto Balduzzi.

Quindi, per il passato vi sarà una retroattività limitata e non pienamente soddisfacente della co-

pertura assicurativa, ma comunque destinata ad aumentare col tempo, mentre per la più pericolosa ipotesi della responsabilità perdurante dopo la cessazione dell’attività dell’operatore sanitario, sino dall’immediato la copertura assicurativa sarà assoluta sotto il profilo temporale. È altresì evidente ogni comportamento abusivo delle imprese assicuratrici nelle more dell’entrata in vigore del Dpr ma anche successivamente dovrà essere denunciato per quanto di rispettiva competenza all’ Agcm, l’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato e all’Ivass, l’Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Queste, essenzialmente, sono le “luci” dello schema di Dpr mentre le “ombre” sono in particolare quelle rilevate dal parere 26 febbraio 2015 del Consiglio di Stato.

Il parere sottolinea che “rimane uno spazio non coperto dalla normativa” che necessiterebbe di “ulteriore e approfondita riflessione da parte del legislatore primario”. A quali problemi potrebbe dar luogo la lacuna normativa evidenziata dal Consiglio di Stato?

È opportuno premettere che secondo tale parere, la ratio dell’art. 3 del Decreto Balduzzi è essenzialmente quella “di tutelare il cittadino che nella veste di paziente è destinatario dell’attività professionale del personale sanitario”, mentre invero il Consiglio di Stato sembra dimenticare la particolare posizione di debolezza di tale personale nei confronti degli abusi di posizione dominante delle imprese assicuratrici e dell’atteggiamento dell’utenza volta spesso ad evocare ipotesi di “malpractices”.

In realtà, nella ratio dell’art. 3 del Decreto Balduzzi, è ben evidente anche l’intento di realizzare un “bisogno di protezione” del personale sanitario afferente al Ssn che il Consiglio di Stato mostra di non considerare, ma che è dimostrato anche dal perdurante obbligo delle aziende sanitarie di garantire la copertura assicurativa dei propri dipendenti, appunto ribadito dall’art. 3 bis del Decreto Balduzzi.

Pur nella prospettiva non completa di cui sopra il Consiglio di Stato ha però colto la più evidente lacuna dello schema di decreto, rappresentata da uno “spazio non coperto”, che necessiterebbe di “ulteriore e approfondita riflessione da parte del legislatore primario”, secondo la sezione consultiva.

In altre parole, secondo il Consiglio di Stato, proprio per meglio tutelare i pazienti del Ssn il “fondo rischi sanitari”, di cui all’art. 5 dello schema di decreto, dovrebbe prevedere l’obbligatorietà del suo accesso e della relativa copertura da parte di tutti gli esercenti le professioni sanitarie che non abbiano potuto stipulare un contratto di assicurazione e questa è una conclusione che deve essere pienamente condivisa, proprio per non lasciare alcuna situazione di rischio in capo al paziente ed al professionista.

Di conseguenza, in particolare gli artt. 3 e 6 dello schema di decreto dovrebbero essere riformulati prevedendosi l’obbligatorietà dell’accesso al fondo, ma a questi fini, secondo il Consiglio di Stato sarebbe necessaria una integrazione dell’art. 3 del Decreto Balduzzi, che rappresenta la disposizione legislativa

di autorizzazione del regolamento secondo l’art.17 1° comma della l. 400/1988.

In realtà, quella della Sezione Consultiva sembra essere una cautela eccessiva, poiché la norma di autorizzazione contenuta nell’art. 3, 2° comma lett. a) del Decreto Balduzzi già contiene la previsione della obbligatorietà della copertura assicurativa da parte del Fondo nei casi considerati nel parere, cosicché in realtà lo schema di regolamento, che si atteggia ad un tempo come “indipendente e delegato”, avrebbe potuto prevedere in questo senso sino dall’immediato.

Quindi, la lacuna evidenziata dal parere sembra in realtà tradursi in un profilo di violazione di legge da parte dello schema di regolamento, che omette di realizzare in pieno in quanto previsto dall’art. 3, 2° comma lett. a) del Decreto Balduzzi.

Pertanto, qualora esso venga emanato nel suo testo attuale, è ipotizzabile che l’Aogoi possa impugnarlo in parte qua davanti al TAR del Lazio per questa ragione, tenuto conto che l’“esposizione” di essa è già stata riconosciuta dal noto parere della I sezione del Consiglio di Stato n° 8672/2004.

In proposito il Consiglio di Stato ha già riconosciuto la legittimazione e l’interesse delle associazioni esponenziali ad impugnare, senza la necessità di attendere atti applicativi, disposizioni regolamentari lesive dell’interesse del gruppo anche se non lo siano ancora dei singoli associati.

Se il regolamento non verrà modificato in parte qua, questa quindi è una iniziativa che ritengo di dover suggerire all’Aogoi. ■

Libri



L’intimità perduta. Oltre la sessualità, alla ricerca dell’eros

È con piacere che segnalo al lettore questo libro sull’intimità della collega Maria Paola Simeone, ginecologa e sessuologa.

I motivi sono molti. Il primo è che non si può parlare d’amore senza prendere in considerazione la storia e l’identità dei protagonisti: infatti questo è il filo rosso della prima parte di questo scritto. L’Autrice, una donna intelligente e sensibile, ci prende per mano e ci porta attraverso un percorso di crescita e di differenziazione dal primo amore – quello materno che ci segna per le sue carenze o eccessi – alle occasioni colte o perdute di reinventarsi attraverso un incontro con l’“altro”. Queste opportunità se si riesce a sfruttarle possono arricchire la propria identità. Altrimenti ci si incastra in situazioni difficili, spesso

Un manuale che parla al lettore con complicità, in un linguaggio confidenziale. Una sintesi di alcune piccole regole per arrivare a superare la paura dell’intimità, per evitare inutili conflitti. Pillole di saggezza per fare chiarezza su temi apparentemente privi di regole

rassicuranti ma simbiotiche o si mette in atto una fuga determinata da disillusione, paura o disinteresse. Ognuno di noi ha un proprio stile in amore, fatto di aspettative e desideri spesso irrealistici, che incrociandosi con quelli dell’altro

possono trasformare il progetto di felicità in un campo di battaglia con morti e feriti. L’amore da sempre ci affascina ma è la sfida esistenziale più importante e difficile dove sappiamo di poter soffrire come non mai e anche di perderci: il rischio è così alto quanto lo è, per contro, il potenziale di autorealizzazione e di felicità che intuiamo nell’imbarbarci nell’innamoramento che sempre scuote le radici dell’identità personale. Il cambiamento e un progetto forte affascinano la maggior parte delle persone ma l’esperienza ci dice, se osserviamo attentamente la vita nostra e quella degli altri, che mantenere viva una relazione di coppia a lungo termine è un’impresa titanica.

Il desiderio, il gioco, la fiducia, come anche la parte femminile e maschile di ognuno di noi, vengono qui esplorati anche alla luce di eventuali distorsioni e trappole specifiche che possono magari essere evitate e su cui è necessario riflettere e agire



L’INTIMITÀ PERDUTA
Oltre la sessualità, alla ricerca dell’eros

MARIA PAOLA SIMEONE

Europa Edizioni
www.europaedizioni.it

Pagg. 156
Euro 12,90

opportunosamente. Magari in grande complicità e sinergia cercando di non perdere mai di vista l’intelligenza erotica che è l’area più specifica dell’intimità amorosa. Non a caso il libro si chiude con un capitolo che mette al centro il corpo, questo nostro corpo sede dell’identità personale da cui siamo partiti all’inizio di questo viaggio sull’intimità: tra piacere e

dolore, visti come due poli opposti della sensibilità umana, entrambi importanti per la crescita e per lo scambio vitale.

Infine voglio sottolineare che le suggestive e mirate citazioni, da Nietzsche a Bataille passando per Garcia Marquez, Aristotele, Jung e molti altri, sono tanto più apprezzabili per la profondità del pensiero connesso ogni volta con la tematica specifica trattata. Auguro quindi a tutti voi buona lettura e ottime riflessioni!

Chiara Simonelli
Presidente dell’Efs- European Federation of Sexology

Folina® 5 mg - Acido folico

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE: FOLINA 15 mg/2 ml soluzione iniettabile. - FOLINA 5 mg capsule molli

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA - Folina 15 mg/2 ml soluzione iniettabile - Una fiala da 2 ml contiene: Principio attivo: acido folico 15 mg.
Folina 5 mg capsule molli - Una capsula molle contiene: Principio attivo: acido folico 5 mg. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1

3. FORMA FARMACEUTICA - Soluzione iniettabile; capsule molli.

4. INFORMAZIONI CLINICHE - 4.1 Indicazioni terapeutiche: In tutti i casi di carenza folica per aumentata richiesta, insufficiente assorbimento, ridotta utilizzazione e insufficiente apporto dietetico della vitamina. 4.2 Posologia e modo di somministrazione: *Soluzione iniettabile:* 1 fiala al giorno secondo prescrizione medica, per via intramuscolare. *Capsule molli:* 1-3 capsule al giorno secondo prescrizione medica. Nei bambini la dose giornaliera può essere uguale a quella degli adulti o comunque commisurata, secondo il parere del medico, alle necessità terapeutiche. 4.3 Controindicazioni: Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1. Pazienti con tumori (vedere paragrafo 4.4 'Avvertenze speciali e precauzioni di impiego'). Anemia perniciosa (carenza di vitamina B12) (vedere paragrafo 4.4 'Avvertenze speciali e precauzioni di impiego'). 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego: Il trattamento va condotto sotto controllo ematologico. In caso di anemia perniciosa, l'acido folico non deve essere somministrato da solo o in associazione con dosi inadeguate di cianocobalamina. Infatti, pur provocando una risposta emopoietica, non svolge alcuna azione preventiva sulla degenerazione midollare subacuta presente in queste forme. Pertanto la somministrazione di acido folico deve essere subordinata ad un preciso accertamento diagnostico ematologico. Il medicinale non deve essere utilizzato come antianemico nei soggetti portatori di neoplasie. L'uso concomitante di acido folico con fenobarbitale, fenitoina o primidone non è raccomandato (vedere paragrafo 4.5 "interazione con altri medicinali e altre forme di interazione"). 4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione: L'acido folico ad alte dosi può ridurre l'effetto antiepilettico del fenobarbital, della fenitoina e del primidone aumentando il loro metabolismo. Di conseguenza l'uso concomitante di acido folico con fenobarbitale, fenitoina o primidone non è raccomandato (vedere paragrafo 4.4 'Avvertenze speciali e precauzioni di impiego'). Se necessario deve essere eseguito un accurato monitoraggio della concentrazione plasmatica di questi antiepilettici. Una relazione simile ma meno marcata è attesa con altri medicinali anti-convulsivanti inclusi sodio valproato, carbamazepina e barbiturici. Metotressato e sulfasalazina possono diminuire l'attività dell'acido folico a causa della loro attività antagonista. La somministrazione concomitante di cloramfenicolo può determinare un antagonismo nella risposta ematopoietica all'acido folico. Supplementi di folati migliorano gli effetti della terapia con litio. L'anestesia con protossido di azoto può causare una carenza acuta di acido folico. Etanolo e aspirina possono determinare un aumento dell'eliminazione di acido folico. 4.6 Gravidanza e allattamento: Gravidanza: Non ci sono pericoli noti per l'uso di acido folico in gravidanza; integratori di acido folico sono spesso favorevoli. La carenza indotta di acido folico o un anormale metabolismo del folato è legato alla comparsa di difetti alla nascita e di alcuni difetti del tubo neurale. La carenza di questa vitamina o dei suoi metaboliti può anche essere responsabile di alcuni casi di aborto spontaneo e ritardo della crescita intrauterina. Non vi sono dati di sicurezza per un impiego a dosi superiori a 4-5 mg/die; pertanto in tali situazioni la dose giornaliera non deve superare i 5 mg. Allattamento: L'acido folico è escreto nel latte materno. Nessun effetto negativo è stato osservato in neonati allattati al seno le cui madri assumevano l'acido folico. 4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari: Folina non altera o altera in modo trascurabile la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. 4.8 Effetti indesiderati: Gli effetti indesiderati che possono essere associati a Folina sono elencati nella seguente tabella secondo classificazione per apparati e sistemi e frequenza: comune ($\geq 1/100$ e $< 1/10$), non comune ($\geq 1/1.000$ e $< 1/100$), rara ($\geq 1/10.000$ e $< 1/1.000$). Disturbi del sistema immunitario: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Reazioni allergiche, comprendenti eritema, rash, prurito, orticaria, dispnea, e reazioni anafilattiche (incluso shock). Disturbi psichiatrici: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Disturbi del sonno, incubi. Patologie gastrointestinali: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Anoressia, nausea, distensione addominale e flatulenza. Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione: Rara ($\geq 1/10.000$ - $< 1/1.000$). Malessere, irritabilità. Segnalazione delle reazioni avverse sospette. La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili. 4.9 Sovradosaggio: Non sono descritti in letteratura casi di sovradosaggio.

5. PROPRIETA' FARMACOLOGICHE - 5.1 Proprietà farmacodinamiche: Categoria farmacoterapeutica: farmaci antianemici: acido folico e derivati; ATC: B03BB01. Effetti farmacodinamici: l'acido folico interviene in numerose reazioni biochimiche come trasportatore di unità monocarboniose in forma attivata. La carenza di acido folico dà luogo ad anemia macrocitica e leucopenia. 5.2 Proprietà farmacocinetiche: L'acido folico per via orale viene in gran parte assorbito come tale e in parte dopo riduzione e metilazione. Penetrando nei tessuti l'acido folico sposta i folati ridotti endocellulari immettendo in circolo $5\text{-CH}_3\text{-FH}_4$. Dopo 180' dalla somministrazione di 5 mg di acido folico per via orale nell'animale e nell'uomo, i livelli sierici di acido folico risultano ancora elevati. La metabolizzazione dell'acido folico è rapportata all'entità dei depositi dei folati aggiustandosi su una omeostasi di saturazione di questi. 5.3 Dati preclinici di sicurezza: Non è stato possibile stabilire la DL_{50} per via orale nell'animale, data la bassissima tossicità dell'acido folico. La vitamina somministrata e.v. è risultata avere una DL_{50} di circa 500 mg/Kg leggermente variabile a seconda della specie animale. Per quanto riguarda la tossicità cronica, dosi inferiori a 50 mg/Kg nel coniglio e nel ratto intraperitoneo non hanno procurato effetti patologici. Le dosi sopracitate sono ampiamente superiori alle usuali dosi terapeutiche nell'uomo. L'acido folico non è tossico per l'uomo anche nella somministrazione ad alta dose e molto prolungata nel tempo come è stato dimostrato in corso di epilessia, somministrando 15 mg al giorno di acido folico per un anno.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE - 6.1 Elenco degli eccipienti: Folina soluzione iniettabile: glicina; sodio idrato; sodio cloruro, p-idrossibenzoato di metile, etile, propile, butile, benzile, acqua per preparazioni iniettabili. Folina capsule molli: cera d'api; olio di soia, lecitina di soia in olio di soia. Composizione dell'involucro esterno gelatinoso: gelatina, glicerolo, sodio p-idrossibenzoato di etile, sodio p-idrossibenzoato di propile, sorbitolo, titanio diossido (E 171), eritrosina (E127), ferro ossido nero (E172). 6.2 Incompatibilità: L'azione della Folina è inibita da contemporaneo impiego di farmaci ad azione antifolica. 6.3 Periodo di validità: 3 anni. 6.4 Precauzioni particolari per la conservazione - Capsule molli: Conservare a temperatura non superiore a 30°C. Fiale: Questo medicinale non richiede particolari precauzioni per la conservazione. 6.5 Natura e contenuto del contenitore: *Soluzione iniettabile:* fiale in vetro giallo tipo I.F.U. Confezione contenente 5 fiale in cassetto in PVC inserito in astuccio litografato. *Capsule molli:* blister con alveoli in PVC, sigillati con foglio di alluminio: Confezione contenente 1 blister da 20 capsule inserito in astuccio litografato. Confezione contenente 6 blister da 10 capsule ciascuno inseriti in astuccio litografato. E' possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. 6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione: Nessuna istruzione particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO
Teofarma S.r.l. - Via F.lli Cervi, 8 - 27010 Valle Salimbene (PV)

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Fiale: Cod. N. 002309033

20 capsule: Cod. N. 002309045

60 capsule: Cod. N. 002309058

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE - 04/08/1982 - 01/06/2010

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO - Agosto 2014

Folina® 5 mg capsule molli
20 capsule

Prezzo al Pubblico: € 3,60 - Classe A

TEOFARMA S.r.l. - Fax 0382/525845 - e-mail: regulatory-medical@teofarma.it - www.teofarma.it





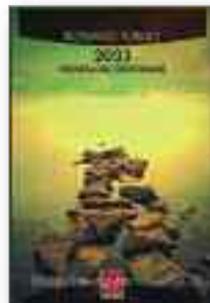
Nostalgia di Domani

Con il suo ultimo romanzo, **2033 Nostalgia di Domani**, Romano Forleo esplora i confini e i segreti dell'amore coniugale attraverso le vicende di un padre e di una figlia ambientate in un mondo futuribile. Siamo a Roma nel 2033, in una società nuova rinata dalle ceneri del capitalismo. Dove tutto è più bello. Una città ricca di giovani, animata da una

genuina solidarietà, dove le culture si mescolano pacificamente arricchite del reciproco confronto. Il protagonista, Enrico è un medico, ginecologo, ma anche sacerdote. Delegato dal papa Paolo VII ad indagare e riformare la sanità cattolica in tutto il mondo. Altra protagonista è Miriam, figlia di Enrico. Studia medicina. È orfana della madre e

mostra di avere un ottimo rapporto con il padre con cui discute, spesso animosamente, di studi, di amori e di politica. Ma c'è un argomento che i due non hanno mai toccato, la figura quasi sacra della mamma, Anita. Per Miriam lei è solo una fotografia e un senso profondo di sacro vuoto. Per Enrico una compagna forte e coraggiosa: insieme, nell'ormai lontano 2010, quando si trovavano in Sud America in missione, erano stati colti da una grande passione che era sfociata nel matrimonio. Il romanzo si srotola poi con continui colpi di scena, che è sempre un buon metodo per incuriosire il lettore e che l'autore aveva sperimentato con successo nel suo precedente romanzo *L'altro amore del 2010*.

È un romanzo coraggioso che ci fa sperare in un futuro di pace,



2033 NOSTALGIA DI DOMANI

ROMANO FORLEO

Edizioni Ensemble, 2014
www.edizioniensemble.com

Euro 15

di sobrietà, di giustizia. Parla d'amore, e dunque l'ovvietà potrebbe essere dietro l'angolo. Ma l'amore di cui si parla è sì quello tra uomo e donna, ma viene vissuto alla luce di un cattolicesimo profondamente rinnovato. Ne scaturisce una schietta analisi dei sentimenti che va al di là della consuetudine bigotta di una certa letteratura.

Anche la struttura non è contemplativa: un montaggio serrato, av-

vincente, con scenari sempre nuovi e imprevedibili. Per chi conosce Forleo sa bene che questo modo di scrivere, quasi di getto, gli è molto congeniale. La storia nasce sulla carta sorprendendo di volta in volta il suo stesso creatore. Da tutto questo scaturisce un linguaggio chiaro, avulso da ogni artificio retorico. Si tratta, in definitiva, di un romanzo appassionante e ricco di spunti riflessivi, adatto a tutte le stagioni della vita.

Un romanzo coraggioso che ci fa sperare in un futuro di pace, di sobrietà, di giustizia. Siamo a Roma nel 2033, in una società nuova rinata dalle ceneri del capitalismo e il protagonista, Enrico, è un medico, ginecologo, ma anche sacerdote...



ANORESSIE E BULIMIE

MASSIMO CUZZOLARO

Edizioni Il Mulino, 2014
Collana "Farsi un'idea"

Pagine 144

Euro 11

Oltre due milioni di ragazze italiane soffrono di un disturbo dell'alimentazione. Circa un milione e mezzo mostra problemi bulimici e delle patologie ad esse collegate. Mentre 750 mila adolescenti e giovani del nostro Paese soffrono di anoressia. Sono dati allarmanti, diffusi dal Centro Italiano Disturbi Alimentari Psicogeni (Cidap), che lasciano intuire come il problema del rapporto cibo-adolescenti sia sempre più incisivo. Ma preoccupano soprattutto i dati che

si riferiscono al tasso di mortalità (suicidio o complicanze da malnutrizione) pari al 10% a dieci anni dall'esordio della malattia e al 20% a vent'anni di distanza. A questo si deve aggiungere che la percentuale delle ragazze che realmente si fanno aiutare e curare è appena il 30% del totale. Questi dati, per certi versi scioccanti, toccano molto da vicino noi ginecologi. Anoressia e bulimia sono disturbi che sempre più frequentemente riscontriamo nei nostri ambulatori, tanto che l'Aogoi da alcuni anni ha inserito

Anoressie e Bulimie

I problemi connessi all'anoressia e bulimia toccano molto da vicino noi ginecologi. Questo saggio ci permette di rivedere molte delle nostre conoscenze sull'argomento e di fare un aggiornamento serio, rigoroso su un tema spesso trattato in modo superficiale e distorto dai media

questo argomento in quasi tutti i congressi nazionali. La recente pubblicazione del saggio *Anoressia e Bulimia* di Massimo Cuzzolaro nella collana "Farsi un'idea" de Il Mulino permette di rivedere molte delle nostre conoscenze su quest'argomento e di fare un aggiornamento serio, rigoroso su un tema spesso trattato in modo superficiale e distorto dai media. Cuzzolaro (che ha insegnato Psichiatria e Psicologia clinica all'Università di Roma "La Sapienza" ed è stato fondatore della Sio e della Sisdc)

descrive anzitutto i meccanismi che regolano alimentazione, attività fisica e peso corporeo. Esamina poi le cause e funzioni dei sintomi alimentari in relazione sia ai fattori biologici e ambientali, sia ai processi mentali consci e inconsci. Infine fa il punto sulle cure, difficili ma possibili, e sugli interventi psicoterapeutici, psicoanalitici, riabilitativi, farmacologici, neurochirurgici. Si tratta di una riedizione di questo libro. "Sono passati dieci anni dalla prima pubblicazione, dichiara Cuzzolaro. E se mi chiedete: cosa è

cambiato in questo lasso di tempo? Rispondo: quanto basta per giustificare un aggiornamento e una revisione del testo". Oggi sappiamo di più sui meccanismi biologici e sui processi neurochimici che regolano il comportamento alimentare. E queste nuove conoscenze hanno permesso di attuare nuove e concrete possibilità terapeutiche. "Un'attenzione sempre maggiore - scrive l'autore - è stata rivolta all'età pediatrica perché il rapporto con il cibo, il nutrirsi e lasciarsi nutrire è fin dalla nascita luogo privilegiato di espressione di malesseri emotivi e conflitti relazionali". Noi ginecologi dobbiamo ripensare seriamente ai problemi connessi all'anoressia e bulimia se vogliamo tentare di curare seriamente insieme ad altri professionisti (team approach) queste pazienti. Si deve iniziare da un serio aggiornamento sull'argomento e questo saggio di Cuzzolaro ne offre l'occasione.

Ciao Peppino

Giuseppe Santinelli, primario dell'Uoc di Oliveto Citra, Asl Salerno, dal 2001 al 2005, purtroppo non è più con noi. Il ricordo di un grande medico, un grande uomo, ma soprattutto una bravissima persona

Chi ha lasciati in silenzio, come era sua abitudine, lo scorso 1° marzo nella sua casa di Milano, dove si era trasferito da circa dieci anni con i figli e con la cara moglie, nonché collega neonatologa Elda Naponiello. Nato il 26 gennaio del '46 a San Giorgio a Cremano (Na), si era laureato in Medicina e Chirurgia nel 1971 all'Università degli Studi di

Napoli dove si era specializzato in Ostetricia e Ginecologia nel 1976. Dal 1991 era stato aiuto e, dal 2001, primario presso la Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale San Francesco D'Assisi di Oliveto Citra, Asl SA2. Grande ostetrico, convinto sostenitore del parto naturale, eccellente chirurgo, esperto vaginalista e laparoscopista, proiettato sempre alle tecniche

innovative, che approcciava con molta disinvoltura e facilità grazie alla sua grande conoscenza dell'anatomia chirurgica. È stato lui che ha fortemente voluto la mia mobilità da Modena, come dirigente medico all'Ospedale di Oliveto Citra, nel luglio del 2002, trasferendomi le basi della chirurgia tradizionale e supportandomi nel realizzare, insieme a lui, un centro di

chirurgia pelvica-ricostruttiva innovativa. È stato un Primario, come tutti lo desidererebbero: generoso, altruista, disponibile, paterno, ma soprattutto buono d'animo, che cercava sempre di sostenere i propri assistenti, di portare calma e serenità nel reparto, mettendo al primo posto la dignità e il rispetto del paziente. Il nostro legame non si è mai interrotto, anche dopo il suo

pensionamento; la sua discrezione, forse, non avrebbe preferito questa esternazione. Questa grande amicizia e amore è una dimostrazione di come anche sul lavoro, molto spesso luogo di conflitti e di sentimenti contrastanti, possano nascere rapporti umani forti. "Caro Peppino: il ricordo vivo del tuo sguardo che trasmetteva amore e accoglienza è ora una lieve carezza nel nostro cuore.



Un caldo abbraccio alla famiglia Santinelli. Ciao Peppino!"

Davide De Vita

Rivista di Ostetricia e Ginecologia: inviateci i vostri abstract scientifici dei congressi e seminari AOGOI!

■ La pubblicazione degli abstract scritti dai relatori che partecipano ai vari meeting regionali fornirà un aggiornamento continuo su argomenti relativi all'Ostetricia e Ginecologia e alle sub-specialità

Carissimi Soci,

Vi informo che gli abstract scientifici di congressi e seminari Aogoi che si terranno nel corso dell'anno 2015 nelle varie regioni d'Italia su tematiche inerenti argomenti di Ostetricia e Ginecologia potranno essere pubblicati gratuitamente sulla nostra storica "Rivista di Ostetricia e Ginecologia pratica e medicina perinatale"; inoltre, a fine anno, questi stessi articoli, che verranno riuniti in base ai vari argomenti trattati nelle diverse sedi congressuali, verranno raccolti in un e-book che potrà essere richiesto alla direzione dell'Aogoi.

La pubblicazione degli abstract, scritti dai relatori che partecipano ai vari meeting regionali, fornirà un aggiornamento continuo su argomenti relativi alla Ostetricia e Ginecologia e alle sub-specialità.

In questo modo gli organizzatori dei vari eventi congressuali avranno anche il vantaggio di vedere notevolmente ampliati i confini e l'interesse dei propri convegni.

Antonio Chiantera
Segretario Nazionale AOGOI



Come scrivere l'abstract

L'abstract dovrà riassumere i punti fondamentali della relazione. È importante dare un taglio diverso da quello dei normali lavori che vengono pubblicati sulle riviste scientifiche. Lo scopo è quello di offrire al lettore interessato una fotografia chiara, concisa e puntuale dell'argomento, cercando di incuriosirlo con i dati più recenti e innovativi che vengono proposti in letteratura o che derivino dall'esperienza del relatore. In altri termini, è importante far capire in poche righe i punti essenziali e le caratteristiche peculiari del lavoro presentato alla manifestazione congressuale. **La lunghezza dell'abstract** è compresa tra i 2.500 e i 3.500 caratteri (spazi inclusi). Ogni abstract deve essere corredato dal-

la **bibliografia** più recente e interessante, in modo da facilitare il lettore ad acquisire una più ampia e puntuale conoscenza dell'argomento.

Ogni abstract deve riportare il **nome/i del relatore/i** e le **referenze**.

Contatti. Gli abstract andranno inviati via mail alla segreteria Aogoi: aogoi@aogoi.it

GynecoAOGOI /Aogoi Regioni

Diamo risalto alle iniziative Aogoi!

I vostri report sui convegni e i corsi organizzati e/o patrocinati dalla nostra associazione nelle varie regioni ci terranno aggiornati sulle tante iniziative che la nostra Associazione organizza e promuove in tutta Italia. Inviateci i vostri Report!

Se un medico piange. La foto che ha fatto il giro del mondo

Lo scatto di un collega del pronto soccorso di un ospedale californiano ritrae il medico chino davanti a un muretto. Poco prima non ce l'aveva fatta a salvare un giovane di 19 anni arrivato in condizioni disperate. Anche questo vuol dire fare il medico e l'immagine conquista e commuove il web

Non ha un nome il medico californiano immortalato da un collega mentre si dispera inchinato davanti a un muretto dopo non essere riuscito a salvare un suo paziente arrivato in gravi condizioni al pronto soccorso. Il medico in camice bianco esce dall'ospedale e si avvicina al muretto, si inchina, e non trattiene le lacrime. Un collega, e precisamente un operatore/soccorritore dell'equipe di soccorso (negli Usa si chiamano Emt, che sta per Emergency Medical Technician), gli chiede il permesso di fotografarlo col cellulare e di postare la foto sul web. In pochissimo tempo l'immagine è virale e commuove milioni di persone che

la guardano. L'Emt che ha scattato la foto ha raccontato: "L'uomo fotografato non è stato in grado di salvare un suo paziente. Ho pensato che questo può capitare nel nostro lavoro: le persone che perdiamo in genere sono vecchi, malati o entrambe le cose. Ma in questo caso il paziente aveva solo 19 anni".

"La foto rubata compie il miracolo. Cogliendo la dimensione umana in un'intimità quasi pornografica, trasforma la tragedia in riscossa - ha scritto Massimo Gramellini su *La Stampa*. Il dolore di questa persona dà improvvisamente un senso a tutto quello che fa. Dovrebbero farne un poster e appenderlo nelle facoltà di medicina".



"Il dolore di questa persona dà improvvisamente un senso a tutto quello che fa. Dovrebbero farne un poster e appenderlo nelle facoltà di medicina"

► Segue da pagina 21

Disegnare il futuro: le conquiste Aogoi

131-bis, che prevede appunto la non punibilità per i reati che comportano "la pena detentiva non superiore nel massimo a cinque anni, ovvero la pena pecuniaria, sola o congiunta" laddove l'offesa - per le modalità della condotta e per l'esiguità del danno o del pericolo, valutate ai sensi dell'art. 133, 1° comma, c.p. - sia "di particolare tenuità ed il comportamento risulta non abituale".

Val la pena ricordare che l'Aogoi, al punto 8 del documento "I pilastri", divulgato nelle varie sedi istituzionali, così proponeva al legislatore:

8) Definizioni alternative del procedimento penale.

Esclusione della procedibilità nei casi di particolare tenuità del fatto.

- Il fatto è di particolare tenuità quando, rispetto all'interesse costituzionalmente tutelato, l'esiguità del danno o del pericolo che ne è derivato o la sua occasionalità ed il grado di colpevolezza non giustificano l'esercizio dell'azione penale.
- Nel corso delle indagini preliminari, su richiesta del Pm, il giudice dichiara con decreto d'archiviazione non dover procedersi per la particola-

re tenuità del fatto, salvo il diritto della persona offesa alla tutela dei propri interessi in sede civile.

Il decreto 28/2015, al di là delle qualificazioni puramente dogmatiche dell'istituto, si è mosso alla ricerca di un soddisfacente equilibrio tra l'esigenza di un'utilizzazione il più possibile anticipata dell'istituto, cioè fin dalle indagini preliminari, e l'adeguata considerazione e tutela degli interessi contrapposti della persona offesa e dell'indagato.

Accanto alla modifica del codice penale con l'art. 131 bis cp sono state apportate modifiche al codice di procedura penale con anche l'aggiunta all'art. 411 c.p. del comma 1 bis, che stabilisce che "se l'archiviazione è richiesta per particolare tenuità del fatto, il Pm deve darne avviso alla persona sottoposta alle indagini e alla persona offesa, precisando che, nel termine di 10 giorni, possono prendere visione degli atti e presentare opposizione in cui indicare, a pena di inammissibilità, le ragioni del dissenso rispetto alla richiesta. Il giudice, se l'opposizione non è inammissibile, pro-

cede ai sensi dell'art. 409 comma 2 e dopo aver sentito le parti, se accoglie la richiesta, provvede con ordinanza. In mancanza di opposizione, o quando questa è inammissibile, il giudice procede senza formalità e, se accoglie la richiesta di archiviazione, pronuncia decreto motivato. Nei casi in cui non accoglie la richiesta il giudice restituisce gli atti al Pm, eventualmente provvedendo ai sensi dell'art. 409, comma 4 e 5.

Va notato che:

- il nuovo istituto ha natura sostanziale ed è quindi applicabile nei procedimenti in corso alla data della sua entrata in vigore;
- nei giudizi già pendenti davanti alla Cassazione può essere rilevata d'ufficio la questione della sua applicabilità;
- la Corte di Cassazione valuta la sussistenza delle condizioni di applicabilità del nuovo istituto fondandosi sui dati emersi nel corso del giudizio di merito e dalla motivazione della sentenza impugnata, e, in caso di valutazione positiva, annulla con rinvio al giudice di merito.

I risultati ottenuti sono un ulteriore incoraggiamento a continuare le battaglie Aogoi: maggiori garanzie per gli ostetrici-ginecologi che creano un beneficio per tutta la collettività dei medici. **Y**



Bio-Oil® è l'olio dermatologico che aiuta a migliorare visibilmente cicatrici, smagliature e a uniformare il colorito della pelle in caso di discromie. Bio-Oil® è a base di oli naturali, vitamine e contiene l'innovativo ingrediente PurCellin Oil™. Per informazioni dettagliate sul prodotto e i risultati dei test clinici, visiti il sito www.bio-oil.com o contatti Chefarò Pharma Italia al numero verde 800-432722.

Bio-Oil® è il prodotto N° 1 più venduto in farmacia per smagliature e cicatrici*. €11,95 (60ml), €19,95 (125ml), €27,95 (200ml).

Folina[®] 5 mg

Acido folico

ULTERIORI CONFERME
DI EFFICACIA da
JAMA Pediatrics

Da **JAMA
Pediatrics**,
NUOVE CONFERME
DI EFFICACIA per
l'Acido Folico, nel
dosaggio da
5 mg/die ¹

¹ ***"A protective effect against delayed mental development was also observed for children of mothers consuming Folic Acid supplements at a dosage of 1000 to 5000 µg/d (for an MS score < 85, odds ratio = 0.62; 95%CI, 0.44 to 0.86) compared with those whose mothers consumed 400 to 1000 µg/d."***

Valera-Gran, et al.: "Folic Acid Supplements during pregnancy and child psychomotor development after the first year of life"; **JAMA Pediatr.** 2014

