

ARRIVEDERCI  
A MILANO  
18-21 OTTOBRE  
MILANO



MILANO SIGO 2015

CONGRESSO NAZIONALE  
SIGO-AOGOI-AGUI

**NUTRIZIONE,  
STILI DI VITA  
E SALUTE  
DELLA DONNA**

**PMA LA RELAZIONE  
AL PARLAMENTO**

# CRESCONO LE NASCITE ASSISTITE

**Aumentano i centri privati  
ma il maggior numero di trattamenti  
avviene in quelli pubblici**

#### Manovra sanità

Siglata l'Intesa sui tagli da 2,352 mld per il 2015 e il 2016. Ecco tutte le misure nel dettaglio

#### Allarme Fnomceo

"Tra 10 anni almeno 25mila medici disoccupati". Limitare accesso a Medicina a 6.500 iscritti l'anno

#### Rapporto Ania

Il 70% dei contenziosi finisce nel nulla. Ma i premi per i medici e i professionisti salgono del 10%



# Il rimedio celere ai disturbi della regione anale



Gel a base di acido ialuronico con estratti naturali per favorire la cicatrizzazione, lenire e lubrificare la cute e la mucosa della regione anale. Tutto questo è **CELEVIS** Gel

DISPOSITIVO MEDICO **CE** 0546

[NATHURA.COM](http://NATHURA.COM)



**NATHURA**<sup>®</sup>  
LA NOSTRA RICERCA,  
IL TUO STAR BENE.

14



**Tavolo tecnico Rete Emergenza Urgenza Pediatrica**

**“Tra le principali azioni da mettere in atto per migliorare la Rete abbiamo ritenuto importante inserire due punti chiave: la razionalizzazione/ riduzione dei Punti nascita con meno di mille parti annui e l’adeguamento agli standard prefissati, sia per l’organico sia per gli aspetti strutturali”**

- 4 **PRIMO PIANO**  
Pma: la Relazione al Parlamento  
**Crescono le nascite assistite. Aumentano i centri privati ma il maggior numero di trattamenti avviene in quelli pubblici**  
● Entrano in vigore le nuove linee guida sulla Pma
- 6 **Eterologa. Consiglio superiore di sanità**  
**“Mappa cromosomica per i donatori per ridurre rischi”**
- 7 **Manovra sanità: siglata l’Intesa sui tagli da 2,352 mld per il 2015 e il 2016**  
Cesare Fassari ed Ester Maragò
- 10 **Comma 566**  
**Responsabilità professionale e atto medico: prove di dialogo tra medici e politici**  
Eva Antoniotti
- 11 **Allarme Fnomceo: “Tra 10 anni almeno 25mila medici disoccupati**
- 13 **Indennizzi talidomide**  
**Commissione Affari Sociali approva testo unificato. Fucci: “Importante passo avanti”**

**PROFESSIONE**

- 14 **Rete pediatrica: le proposte del Tavolo Tecnico per migliorare l’emergenza-urgenza**
- 18 **Errori in sanità: su 8 milioni di ricoveri ogni anno 320 mila casi, ma 2 su 3 sono evitabili**
- 19 **Rapporto Ania**  
**Il 70% dei contenziosi finisce nel nulla. Ma i premi per i medici e i professionisti salgono del 10%**
- 20 **In arrivo il ‘Viagra rosa’. Trojano: “Serve screening personalizzato”**
- 21 **Ddl Binetti su parto naturale sicuro**  
**La protesta dei Ginecologi: “No a leggi sul parto senza il parere degli esperti”**
- 22 **I Dipartimenti del Benessere di Coppia Aogoi-Siu sbarcano ad EXPO**
- 25 **A Cagliari il Mondiale di Ecografia.**  
**Monni: “Si realizza il sogno dell’istruzione globale”**
- 26 **Una nuova ginecologia basata sulla “narrazione”**  
Romano Forleo  
● Il punto di Carlo Sbiroli

**RUBRICHE**

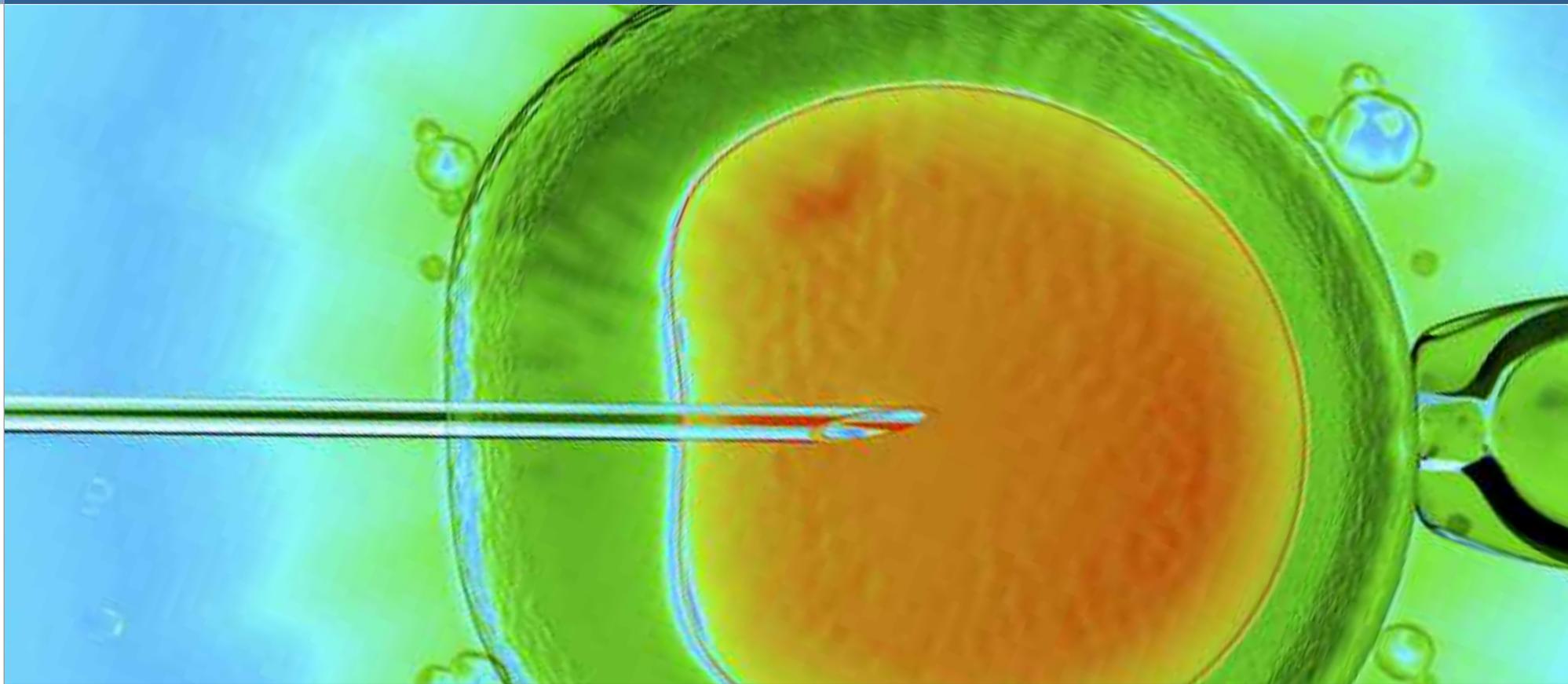
- 29 **Giovenale: ginecologo e pittore. Con un sogno: portare l’arte nei luoghi di cura**

22



**29 settembre 2015: i DBC sbarcano ad EXPO**

**“La nostra presenza ad Expo è un ottimo detonatore dell’iniziativa Aogoi-Siu. I Dipartimenti del Benessere di Coppia sono il primo esempio in ambito europeo e potrebbero diventare un modello made in Italy”**



Pma: la relazione al Parlamento

# Crescono le nascite assistite

## Aumentano i centri privati ma il maggior numero di trattamenti avviene in quelli pubblici

Il 1° luglio scorso è stata trasmessa al Parlamento, e pubblicata sul sito del ministero, la Relazione annuale sullo stato di attuazione della Legge 40/2004 in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Pma), relativamente all'anno 2013. Dalla Relazione emerge un quadro generale che offre poche variazioni rispetto alla situazione dell'anno precedente. Nel 2013 risultano 369 i centri di Pma autorizzati in Italia con 91.556 cicli di trattamento iniziati su 71.741 coppie, 15.550 gravidanze monitorate, 10.350 parti ottenuti con 12.187 bambini nati vivi che rappresentano il 2,4% del totale dei nati in Italia nel 2013 e, pur aumentando lievemente rispetto al 2012 (quando era pari al 2,2%), resta inferiore al valore massimo di 12.506 ottenuto nel 2010. Si conferma la tendenza all'aumento del numero di centri privati, nonostante il maggior numero dei trattamenti di fecondazione assistita (64,8%) venga effettuato nei centri pubblici e privati convenzionati. Emerge un andamento differente fra tecniche di inseminazione semplice – per le quali diminuiscono coppie, cicli di trattamento, gravidanze e na-

**Nel 2013 risultano 10.350 parti ottenuti grazie alla Pma con 12.187 bambini nati vivi che rappresentano il 2,4% del totale dei nati in Italia. Dato in lieve aumento rispetto al 2012 (2,2%).**

**Continua il trend di aumento dell'età delle donne che accedono alla Pma, 36,55 anni per le tecniche a fresco di II e III livello, e della percentuale di donne che vi accedono con oltre 40 anni, che è del 31%**

ti – e tecniche di fecondazione di II e III livello, dove aumentano i cicli, gravidanze e nati. Tali incrementi sono dovuti all'aumento degli stessi parametri unicamente per le tecniche da scongelamento.

**La percentuale di gravidanze su ciclo resta sostanzialmente stabile: 10,2% per inse-**

minazione semplice, 19,5% per tecniche a fresco di II e III livello, con una lieve flessione rispetto all'anno precedente, quando era il 20,0%. Diminuisce la perdita di informazioni rispetto agli esiti delle gravidanze (perdita al follow up): mentre nel 2012 non si avevano notizie dell'esito del 14,0% delle gravidanze accertate, nel 2013 que-

sto dato scende all'11,4%. Aumenta del 16,8% il numero degli embrioni crioconservati, aumenta del 19,9% il numero di cicli con congelamento di embrioni, mentre continua a diminuire quello dei cicli di congelamento degli ovociti.

**Continua il trend di aumento** dell'età delle donne che accedono alla Pma, 36,55 anni per le tecniche a fresco di II e III livello, e della percentuale di donne che vi accedono con oltre 40 anni, che è del 31%. L'accesso alle tecniche di Pma di donne in età sempre più avanzata è dovuta alla tendenza per cui, nel nostro paese, si cerca di avere figli in un'età sempre più elevata, quando la fertilità è ridotta. Questo fenomeno implica anche che la scoperta dell'infertilità si verifichi ad un'età nella quale anche l'efficacia del-

le tecniche di PMA è limitata. Ad esempio per le tecniche a fresco di II e III livello la percentuale di gravidanze per ciclo iniziato, da 43 anni in su, è del 4,6%, gravidanze che hanno un esito negativo nel 63,1% dei casi.

**Per sensibilizzare la popolazione** sul fatto che non si è fertili per tutta la vita, specie riguardo alle donne, per le quali l'età rappresenta il fattore che più riduce la possibilità di avere un bambino, sia per i concepimenti naturali che in vitro, il Ministero ha proposto il Piano Nazionale per la Fertilità, che ha come slogan "Difendi la tua fertilità, prepara una culla nel tuo futuro", realizzato anche sulla base del lavoro multidisciplinare del "Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle

**Pma: Entrano in vigore le nuove linee guida. Il testo pubblicato in Gazzetta Ufficiale**

## Lorenzin "Importante passo in avanti per aggiornare il quadro normativo che regola la Pma"

**P**ubblicate in Gazzetta Ufficiale le nuove linee guida in tema di Procreazione medicalmente assistita. Il decreto, firmato lo scorso 1° luglio dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin è un provvedimento molto atteso dagli operatori del settore e dalle coppie che accedono a queste tecniche. Il nuovo testo, che aggiorna le linee guida del 2008, è stato rivisto in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica del settore e all'evoluzione normativa; in particolare ai decreti legislativi 191/2007 e 16/2010 e all'Accordo Stato Regioni del 15 marzo 2012 (che applica alla Pma le normative europee su qualità e sicurezza di cellule umane), e alle sentenze della Corte Costituzionale n.151/2009, e n.162/2014 le quali hanno eliminato, rispettivamente, il numero massimo di tre embrioni da creare e trasferire in un unico e contemporaneo impianto, e il divieto di fecondazione eterologa.

**Numerose le variazioni** introdotte rispetto alle linee guida attualmente in vigore. Fra le principali l'accesso alle tecniche di fecondazione eterologa, la raccomandazione di un'attenta valutazione clinica del rapporto rischi-benefici nell'accesso ai trattamenti, con particolare riferimento alle complicanze ostetriche, alle potenziali ricadute neonatologiche e ai potenziali rischi per la salute della donna e del neonato nonché l'accesso generale a coppie sierodiscordanti, cioè in cui uno dei due partner è portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili per infezioni da HIV, HBV o HCV (nella versione precedente era previsto solo per l'uomo portatore, in quella attuale si consente anche alla donna portatrice).

**In cartella clinica le procedure di Pma** dovranno essere descritte con maggior dettaglio di quanto non lo siano state in precedenza, considerato che gli operatori possono avviare percorsi più differenziati di quanto fatto prima delle sentenze. In particolare andranno anche riportate le motivazioni in base alle quali si determina il numero di embrioni strettamente necessario da generare, ed eventualmente quelle relative agli embrioni non trasferiti da crioconservare temporaneamente.

**Entrano in vigore le nuove linee guida in tema di Pma. Via libera all'accesso alle tecniche di fecondazione eterologa. Introdotta anche la raccomandazione di un'attenta valutazione clinica del rapporto rischi-benefici nell'accesso ai trattamenti, nonché l'accesso generale a coppie sierodiscordanti. Per escludere illegittime selezioni eugenetiche, alle coppie non è consentito scegliere le caratteristiche fenotipiche del donatore**



**Riguardo la fecondazione eterologa**, nelle linee guida vengono fornite le indicazioni per la coppia che accede ai trattamenti di fecondazione assistita, mentre tutto ciò che riguarda i donatori di gameti sarà contenuto nel testo di un nuovo Regolamento, già approvato dal Consiglio Superiore di Sanità, che sta proseguendo il suo iter per il recepimento delle direttive europee di riferimento.

**Nel nuovo testo** delle linee guida si danno indicazioni cliniche per l'accesso alle **tecniche di Pma di tipo eterologo**, prevedendo anche la cosiddetta "doppia eterologa" – quando entrambi i componenti della coppia

possano ricevere gameti donati – nonché alla possibilità di "egg sharing" e "sperm sharing", cioè che uno dei due componenti della coppia ricevente possa a sua volta essere anche donatore di gameti per altre coppie che accedono alla PMA eterologa. Per escludere illegittime selezioni eugenetiche, alle coppie che accedono all'eterologa non è consentito scegliere particolari caratteristiche fenotipiche del donatore.

**Per evitare sovrapposizioni** fra i diversi provvedimenti che regolano la Pma, nelle nuove linee guida, nella parte relativa all' "Attività di consulenza e sostegno rivolta alla coppia", è

stato stralciato l'elenco degli elementi utili a maturare un'accettazione consapevole della tecnica proposta, visto che tali disposizioni per il consenso informato, che saranno oggetto di un apposito decreto interministeriale dei Ministeri della Salute e della Giustizia, su cui si sta già lavorando, e che contiamo di emanare a breve.

**"Dopo l'istituzione del Registro nazionale dei donatori**, questo è il secondo importante passo per l'aggiornamento dell'intero quadro normativo che regola la Pma in Italia – commenta il Ministro Lorenzin – aggiornamento che sarà completato nelle prossime settimane con i decreti sul **consenso informato** e sui cosiddetti '**embrioni abbandonati**', e con il perfezionamento del recepimento delle normative europee sulla **donazione dei gameti**. È stato un lavoro corposo e impegnativo, portato avanti anche grazie al contributo di maggior esperti italiani di settore convocati ai tavoli di lavoro già da luglio dello scorso anno. Questa serie di provvedimenti, insieme all'aggiornamento dei Lea (che includeranno anche i trattamenti di Pma) contribuirà a conferire certezza al quadro normativo ed a migliorare accesso e qualità dei percorsi in questo ambito così delicato del Ssn". **Y**

### Eterologa. Nasce in Toscana il primo bimbo con impianto eseguito in una struttura pubblica

È nato, all'ospedale fiorentino Careggi, il primo bambino concepito con la fecondazione eterologa dopo che la Toscana è stata la prima Regione a prevedere questa pratica nelle strutture pubbliche. Ma gli ospedali italiani sono pronti per questa novità?

**A fare il punto della situazione è il presidente**

**Agoi Vito Trojano intervistato da Doctornews. Presidente, a Firenze il primo bambino nato con la fecondazione eterologa in struttura pubblica. È un successo?**

Diciamo, innanzitutto, che questa nascita fa parte di un processo iniziato ancor prima del Piano Nazionale per la

Fertilità, presentato appunto non più tardi di un mese fa e ancora in via di aggiustamento. Sebbene quello della fecondazione eterologa sia il nuovo capitolo che si affaccia nell'ambito della medicina della riproduzione, bisogna tuttavia sottolineare che oggi non esistono ancora delle vere linee guida nell'ambito dell'eterologa, non esiste una banca dati dei donatori, non esistono degli screening uguali per tutti i donatori. È vero che la Comunità Europea ha approvato una serie di linee guida in questo, ma il nostro Paese vi si deve ancora adeguare. È importante, invece,

cause di infertilità", istituito presso il Ministero della Salute con DM dell'8 agosto 2014 e insediato il 1° ottobre 2014.

**Il Piano vuole collocare** la fertilità al centro delle politiche sanitarie ed educative del nostro Paese. Tra gli obiettivi previsti c'è quello di rendere consapevoli i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio. Inoltre il Piano vuole coinvolgere i professionisti sanitari per promuovere interventi di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie dell'apparato riproduttivo e intervenire, ove possibile, per ripristinare la fertilità naturale o indirizzare alle tecniche di Pma, quanto più precocemente, così da aumentare le possibilità di successo delle tecniche stesse. Le tecniche di Pma, si spiega, rappresentano sicuramente un'opportunità importante per il trattamento della sterilità, ma non sono in grado di dare un bambino a tutti. **Y**

## TROJANO:

“La Toscana è stata la prima a partire con una legge regionale che supera di fatto i paletti di una legge nazionale ancora in fase di completamento, ma è



fondamentale che vengano regolamentate con una legge nazionale le modalità di accettazione di semi di donatori depositati all'estero affinché siano conformi a quelle caratteristiche di garanzia e selezione che la legge europea già impone e quella italiana spero imporrà”

avere dei punti fermi... È fondamentale avere delle linee guida e dei percorsi che la coppia deve realizzare prima di arrivare alla fecondazione eterologa e poi degli esami sia clinici, che diagnostici e psicologici. Questo processo serve per realizzare una procreazione medicalmente assistita che sia la più moderna possibile, cioè la più vicina alla coppia, la più utile a superare le difficoltà di fronte ad una scelta così complessa. Come è stato possibile arrivare a far nascere questo bambino in

Toscana, se non esistono queste linee guida di cui parlava sopra? La Toscana è stata la prima a partire con una legge regionale che supera di fatto i paletti di una legge nazionale ancora in fase di completamento. È fondamentale invece che vengano regolamentate con una legge nazionale le modalità di accettazione di semi di donatori depositati all'estero affinché siano conformi a quelle caratteristiche di garanzia e selezione che la legge europea già impone e quella italiana spero imporrà.

## Rossi: Orgogliosi di aver fatto da apripista



“In Italia abbiamo dimostrato prima di tutti gli altri che è un diritto della persona accedere alla fecondazione eterologa. Ne siamo orgogliosi” ha affermato il presidente della Regione Toscana Enrico Rossi nel messaggio di auguri ai genitori. Il primo trattamento al Careggi, quello che ha portato alla nascita di Marco, è stato effettuato alla metà dello scorso ottobre ma ora sarebbero almeno una decina le gravidanze in corso che sono iniziate tramite eterologa al Careggi. Marco non è però il primo bambino nato con l'eterologa in Italia. Lo scorso marzo all'Alma Res Fertility Center di Roma erano nati due gemellini, ma in questo caso la struttura che aveva effettuato il trattamento e seguito la gravidanza era privata.

Eterologa. Consiglio superiore di sanità

# “Mappa cromosomica per i donatori per ridurre rischi”



Come riportato dall'Agenzia Ansa è questa la raccomandazione contenuta nel parere con cui il Ccs che ha dato il via libera al Regolamento messo a punto dal ministero della Salute che recepisce la direttiva Ue 2012 sul controllo di tessuti e cellule umani, un provvedimento che specifica le varie analisi cliniche di controllo da effettuare prima della donazione. Il Regolamento, completa dunque la normativa in materia, dopo il parere positivo del Consiglio lo scorso maggio alle nuove linee guida sulla legge 40 per la procreazione medicalmente assistita (Pma) realizzate dal ministero, nelle quali si prevede anche che le coppie che accedono all'eterologa non possano scegliere le caratteristiche somatiche del proprio figlio. Per quanto riguarda l'età, la donazione di cellule riproduttive è consentita agli uomini di età non inferiore ai 18 anni e non superiore ai 40, ed alle donne tra i 20 e i 35 anni. Gli stessi limiti erano anche indicati nelle linee guida sulla fecondazione eterologa approvate dalla Conferenza delle Regioni nel settembre 2014.

I limiti di età per la donazione sono motivati dal fatto che al-

Mappa cromosomica per i donatori di gameti per la fecondazione eterologa per ridurre al minimo il rischio di trasmissione di eventuali patologie genetiche. Limite massimo di 10 nascite per ogni donatore e limiti di età entro cui è possibile donare gameti

l'aumentare dell'età dei donatori aumentano anche i fattori di rischio di tipo genetico. Si prevede inoltre, così come già stabilito nelle linee guida delle Regioni, che i gameti di uno stesso donatore non possono determinare più di 10 nascite, ma tale limite può essere derogato nel caso in cui una coppia che abbia già avuto un figlio tramite procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo voglia sottoporsi nuovamente a tale pratica utilizzando i gameti del medesimo donatore.

Nel Regolamento si specificano i test di controllo previsti per i donatori e si sottolinea che devono essere effettuati una consulenza genetica, il test per la fibrosi cistica ed eventuali altri esami ritenuti necessari. È inoltre vietata la donazione di cellule riproduttive tra parenti fi-

no al quarto grado, e si precisa che la coppia ricevente deve essere informata del fatto che gli esami di controllo sul donatore non possono comunque garantire, in modo assoluto, l'assenza di patologie per il nascituro. Rispetto a quanto previsto dal Regolamento ministeriale, il Consiglio superiore di sanità, esprimendo un parere favorevole, ha tuttavia indicato la necessità che venga effettuata anche una **mappa cromosomica** (analisi genetica del cariotipo) del donatore al fine di prevenire ulteriormente il rischio eventuale di trasmissione di patologie genetiche. Il Ccs ha pure indicato, sempre secondo quanto si apprende, che la consulenza da parte del genetista - prevista dal Regolamento - sia corredata da un referto scritto da parte dello specialista. **Y**

Cesare Fassari  
ed Ester Maragò

Manovra sanità

# Siglata l'Intesa sui tagli 2,352 mld per il 2015 e il 2016

**Fumata bianca.** L'Intesa che sancisce la riduzione di 2,352 miliardi di euro del fondo sanitario a decorrere dal 2015 e valida anche per il 2016 ha ricevuto il via libera dalla Conferenza Stato Regioni. Un via libera arrivato nel pomeriggio del 2 luglio, dopo che le Regioni avevano espresso il loro placet presentando però proposte emendative, ossia che i circa 113 mld del Fsn 2016 non siano messi in discussione (anche se in sostanza questo si traduce nell'accettazione de facto dei tagli anche per il 2016 dato che il Patto per la salute prevedeva per quell'anno un fondo di 115,444 miliardi), che venga rivisitato il Patto per la Salute ed anche le regole e i meccanismi dei tetti e del Pay back della spesa farmaceutica. Indicazioni che l'Intesa ha recepito confermando che sulla farmaceutica (come peraltro già annunciato da Chiamparino al termine della Conferenza delle regioni) si aprirà un tavolo ad hoc composto da ministero della Salute, Mef, Regioni e Aifa che, tenendo conto dell'andamento della spesa farmaceutica per il 2015, inclusa quella sui farmaci innovativi, predisponeva entro una proposta di revisione delle norme relative al governo della spesa farmaceutica, incluse quelle sul pay-back nel rispetto degli equilibri programmati per il settore sanitario con l'obiettivo di arrivare a un'Intesa tra Stato e Regioni entro il 10 ottobre.

**Scatta quindi il conto alla rovescia** per "alleggerire" in sei mesi – tanto il tempo rimasto dopo i continui rinvii – beni e servizi, dispositivi medici, specialistica, riabilitazione, cliniche private e personale. Misure sulle quali hanno espresso il loro dissenso Veneto, Lombardia e Liguria non sedendosi al tavolo della Conferenza. Un'assenza che

La Conferenza Stato Regioni ha raggiunto l'accordo sulla proposta di intesa per i tagli alla sanità. Ma sul capitolo farmaceutica sarà aperto un tavolo per ridiscutere entro il 10 ottobre con una nuova intesa per ridefinire il "governo della spesa farmaceutica e il sistema di pay back". Veneto, Lombardia e Liguria non partecipano alla Conferenza

farmaceutica "ci sono dei meccanismi che possiamo rivedere e aggiornare dopo tanti anni, per rendere più fluido ed efficiente il sistema".

Salta quindi la previsione, rispetto al testo in entrata, che l'eventuale sfondamento del fondo per l'innovazione concorresse al tetto di spesa della farmaceutica territoriale.

"Soddisfacente il metodo, si è preservato un ruolo equilibrato tra Governo e Regioni, ma dirsi soddisfatti è una parola grossa" ha commentato così la sigla dell'Intesa il presidente delle Regioni, **Sergio Chiamparino** al termine della Conferenza Stato Regioni, ricordando

che i tagli per il 2015

luto inserire nell'Intesa. Su questo siamo intransigenti altrimenti non riusciamo a dare risposte al cittadino a partire proprio dai farmaci innovativi. Mi auguro anche su questo l'Aifa, opportunamente rinnovata nei suoi componenti, sia in grado di contribuire ulteriormente a ridefinire l'equilibrio".

Chiamparino ha infine chiosato sulla posizione assunta dal Veneto che insieme a Lombardia e Liguria non ha partecipato al tavolo per la sigla dell'Intesa: "Il Veneto ha fatto una distinzione tra posizione politica e quella istituzionale consentendo che ci fosse l'Intesa. L'atteggiamento è quello di una distinzione, che mi ero permesso di chiedere tra atteggiamento politico ed istituzionale".

## Lombardia, Veneto e Liguria non partecipano all'Intesa

"Eravamo, siamo e rimaniamo sulle barricate.

La posizione del Veneto non è cambiata. Eravamo, siamo, e saremo contrari ad ogni tipo di taglio alla sanità che non vada prima di tutto a colpire gli sprechi dove ci sono" ha dichiarato **Luca Colletto**, assessore alla sanità del Veneto.

"Questa accelerazione, che arriva guarda

caso dopo una potentissima frenata effettuata in attesa delle elezioni – ha aggiunto – la dice lunga sulla credibilità di un Governo che era di tagliatori prima del 31 maggio e tale rimane dopo".

"La Lombardia così come il Veneto e la Liguria, non ha partecipato all'intesa sui tagli, alla sanità perché mettono a rischio l'aspettativa di vita della popolazione – ha dichiarato **Massimo Garavaglia** il Coordinatore degli assessori finanziari in Conferenza Regioni, e assessore al bilancio della Lombardia dopo la conferenza Stato-Regioni – con questi tagli ci si avvicina alla soglia del 6,5 per cento di incidenza della spesa sanitaria sul



non ha comunque impedito all'Intesa di decollare.

**Soddisfatta il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin:** "Perché l'intesa, di fatto, permette di compensare il mancato incremento sul fondo senza che ci sia uno stravolgimento delle leve ne' dell'impianto del Patto per la Salute – ha detto al termine della Conferenza Stato-Regioni – quindi questo per noi è estremamente importante. A differenza che nel passato, invece che attuare i tagli lineari, si lavora sulla produttività e questo è un inizio molto importante".

È stata accolta, ha affermato il ministro la questione presentata dalle Regioni di rivedere un aggiornamento del Patto: "Sono convinta che il Patto vada aggiornato e, soprattutto, verificata la sua attuazione. E su questo un tavolo di verifica e monitoraggio per me va benissimo".

Sul fondo degli innovativi "abbiamo rinviato a settembre la definizione del tetto di spesa territoriale per vedere se riusciamo ad assorbirla in altro modo", ha spiegato il ministro, sottolineando che sul tavolo della spesa

ci sono e per il 2016 sono quelli previsti dal piano pluriennale. Una sottolineatura peraltro in linea con quanto già espresso nella mattinata, al termine della Conferenza dei Presidenti.

"Il punto politicamente rilevante e sensibile – aveva infatti ricordato – è che quest'anno abbiamo fatto buon viso a cattivo gioco, abbiamo accettato questo sacrificio per la sanità però ponendo come condizione che per il 2016 venga mantenuto, nel modo più assoluto, l'impegno di portare il fondo a circa 113 mld previsto nel piano pluriennale, per questo lo abbiamo vo-

Pil. Sotto questo livello si riduce per l'appunto l'aspettativa di vita della popolazione. Al di là quindi dei miglioramenti qualificati e che si possono fare in diverse realtà territoriali il livello del fondo sanitario è al limite, visto l'imminente manovra che Renzi ha già annunciato. L'importante è di avere chiaro questo punto a meno di non voler fare come, la Grecia che ha visto aumentare la mortalità infantile a causa dei tagli”.

“Con il nostro irremovibile non siamo stati coerenti, come lo siamo da mesi, a fronte di dissenate politiche della salute, con tagli lineari che penalizzano i virtuosi e premiano gli spreconi, con riduzioni delle prestazioni che ci avvicinano alla Grecia e al Portogallo dove, a differenza del Veneto, l'attesa di vita è sensibilmente più bassa, e dove – sempre a differenza del Veneto – i più ricchi sono anche i più sani”. Ha affermato in una nota il presidente del Veneto **Luca Zaia** secondo cui “il fronte del no insieme a Lombardia e Liguria è stato compatto e senza crepe. Sappia il Governo che non ci faremo intimidire e che non si provi ad attaccare un fronte del nord che saprà sempre reagire con forza”. 

## Vargiu “In Stato Regioni ha prevalso responsabilità”

“Dopo tanti rinvii ha prevalso la responsabilità. Anche grazie al dissenso non ostruzionista del Veneto si sblocca finalmente un'intesa attesa da tempo e indispensabile per la piena attuazione del Patto della Salute. La ministra Lorenzin e il presidente Chiamparino, che spero continui a guidare la Conferenza delle Regioni, segnano un cambio di passo nel metodo rispetto al passato, con un maggiore dialogo orientato a trovare soluzioni” ha dichiarato il presidente della Commissione Sanità di Montecitorio **Pierpaolo Vargiu**.

“Nel merito” ha proseguito Vargiu “apprezzo molto che si cominci ad affrontare il tema della spesa sanitaria inappropriata. La riforma della responsabilità professionale del personale medico è indispensabile e ci stiamo lavorando in Parlamento, ma è importante che chi tiene in mano i cordoni della spesa, cioè le Regioni, abbia ben chiaro lo spreco, per alcuni stimato in circa 15 miliardi, portato dalla medicina difensiva.”



## Ma ecco tutte le misure nel dettaglio:

**Beni e servizi.** Si prevede la rinegoziazione dei contratti di acquisto in essere, compresi i contratti di concessione di costruzione e gestione, per raggiungere uno sconto medio del 5% su base annua.

**Risparmio previsto: 788 milioni nel 2015, 795 nel 2016 e 799 nel 2017**

**Dispositivi medici.** Per i dispositivi medici si prevede ugualmente la rinegoziazione dei contratti, ma non si indica una percentuale media di sconto fermo restando il tetto del 4,4%. Viene poi individuata la previsione di tetti di spesa regionali, fermo restando quello nazionale, da fissare coerentemente con la composizione pubblico privata dell'offerta, secondo modalità da definirsi nell'ambito di un tavolo tecnico Stato Regioni.

Viene poi previsto che le aziende produttrici di dispositivi medici dovranno concorrere, **fin dal 2015**, in proporzione all'incidenza del proprio fatturato sul totale della spesa, al ripiano dell'eventuale sfondamento del tetto programmato in misura del 40% per il 2015, del 45% nel 2016 e del 50% nel 2017. Sempre in tema di dispositivi medici si valuta anche il possibile impatto (senza però quantificarlo) che deriverà dall'obbligatorietà per gli enti della P.A. di fatturazione elettronica in vigore dal 31 marzo 2015. Le fatture elettroniche consentiranno di rilevare il codice di repertorio, la quantità ed il prezzo dei dispositivi medici venduti agli enti del SSN.

E proprio per monitorare il flusso della fatturazione diventerà operativo presso il Ministero della Salute l'**Osservatorio prezzi dei dispositivi medici** per il supporto e il monitoraggio delle stazioni appaltanti, con il compito di controllare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti da Anac o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del Sistema informativo e statistico del Ssn.

**Risparmio previsto: 550 milioni nel 2015, 792 nel 2016 e 918 nel 2017.**

**Appropriatezza.** Prestazioni specialistiche inappropriate a carico del cittadino e penalizzazioni per medici che le prescrivono. È un altro dei pilastri della manovra. Governo e Regioni sono convinti che si possa incidere su prestazioni specialistiche e riabilitative non necessarie ma prescritte ugualmente dai medici. Sarà un decreto ministeriale ad individuare, entro 30 giorni dall'intesa, le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ad alto rischio di inappropriata.

Al di fuori delle condizioni di erogabilità le prestazioni saranno poste a totale carico dell'assistito. All'atto della prescrizione, il medico dovrà riportare al lato della prestazione prescritta l'indicazione della condizione di erogabilità o indicazione prioritaria.

Saranno anche attivati controlli ad hoc e qualora risulti che un medico abbia prescritto una prestazione senza osservare le condizioni e le limitazioni citate, l'azienda sanitaria locale o l'azienda ospedaliera, dopo aver richiesto al medico stesso le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacente le motivazioni addotte, adotterà i provvedimenti di competenza applicando nei confronti del medico dipendente del Ssn una riduzione del trattamento economico accessorio nel rispetto

delle procedure previste dal contratto nazionale e nei confronti del medico convenzionato con il Ssn una riduzione della quota variabile mediante le procedure previste dall'accordo collettivo nazionale di riferimento.

Sanzioni anche per il direttore generale di Asl o ospedale che non abbia applicato le misure penalizzanti ai medici da valutare al momento della verifica dei risultati di gestione. Su questo le Regioni avevano proposto misure più penalizzanti per i medici andando a incidere sul loro patrimonio, ma la misura non è stata accolta dal Governo come molte altre proposte regionali.

In relazione a questi interventi le Regioni saranno poi tenute a ridefinire i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale assicurando un abbattimento medio dell'1% del valore dei contratti in essere.

**Risparmio previsto: 106 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.**

**Riduzione dei ricoveri di riabilitazione ad alto rischio di inappropriata.**

Previsto un altro decreto ministeriale, sempre entro 30 giorni dall'intesa, che individuerà i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, con riferimento alla correlazione clinica del ricovero con la tipologia di evento acuto, alla distanza temporale tra il ricovero e l'evento acuto e, nei ricoveri non conseguenti ad evento acuto, alla tipologia di casistica potenzialmente inappropriata.

Per i ricoveri clinicamente inappropriati ordinari e diurni, verrebbe applicata una riduzione pari al 50% della tariffa fissata dalla Regione ovvero sarebbe applicata la tariffa media fissata dalla stessa Regione per i ricoveri di riabilitazione estensiva presso strutture riabilitative extraospedaliere. Per tutti i ricoveri oltre soglia clinicamente appropriati, la remunerazione tariffaria per i ricoveri ordinari e diurni, è ridotta del 60% per le giornate oltre-soglia.

**Risparmio previsto: 89 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.**

**Applicazione dei nuovi standard**

**ospedalieri.** Dall'applicazione dei nuovi standard, e in particolare, dall'incremento previsto del tasso di occupazione dei posti letto, dalla riduzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione

**Risparmio previsto: 130 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.**

**Taglio case di cura con meno di 40 posti letto.** È previsto l'azzeramento dei ricoveri in strutture convenzionate con meno di 40 posti letto (destinate alla chiusura in base ai nuovi standard fatta eccezione per le cliniche monospécialistiche).

**Risparmio previsto: 12 milioni per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.**

**Altri risparmi sono previsti sulla spesa per il personale,** a seguito della riduzione di strutture complesse e di strutture semplici conseguente al riordino della rete ospedaliera con la conseguente riduzione degli incarichi di struttura semplice e complessa, a cui, fanno notare i tecnici ministeriali e regionali, sono associate specifiche voci retributive che a normativa vigente confluirebbero nei fondi della contrattazione integrativa. Le risorse relative al trattamento accessorio liberate a seguito delle

riorganizzazioni correlate al rispetto degli standard ospedalieri, non concorrerebbero inoltre all'ammontare complessivo dei fondi destinati annualmente al trattamento accessorio.

**Risparmio previsto: 68 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017.** Si prevede anche la riduzione progressiva del numero delle Centrali operative 118, sempre in seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera. Il risparmio derivante da tale riduzione non è stato ancora quantificato.

**Farmaceutica territoriale e ospedaliera.**

Si prevede l'introduzione dei prezzi di riferimento nel prontuario farmaceutico. In proposito è previsto che entro il 30 settembre 2015 Aifa provveda alla ridefinizione straordinaria del prontuario farmaceutico nazionale prevedendo l'introduzione di prezzi di riferimento relativi al rimborso massimo da parte del Ssn di medicinali terapeutamente assimilabili, sia a brevetto scaduto che ancora coperti da brevetto.

Riforma della disciplina di definizione del prezzo dei medicinali biotecnologici dopo la scadenza brevettuale. All'Aifa viene dato il potere di rinegoziare in ribasso con le aziende farmaceutiche il prezzo di un medicinale biotecnologico all'indomani della sua scadenza brevettuale o del certificato di protezione complementare, in assenza di una concomitante negoziazione del prezzo per un medicinale biosimilare o terapeutamente assimilabile. Anche in questo caso non è calcolato il risparmio atteso da questa misura ai fini del raggiungimento dell'intesa.

Introduzione di disciplina della revisione dei prezzi di medicinali soggetti a procedure di rimborsabilità condizionata (payment-by-result, risk-cost-sharing, success fee). Sempre all'Aifa il potere di rinegoziare con le aziende farmaceutiche in riduzione il prezzo di un medicinale soggetto a rimborsabilità condizionata dopo almeno due anni di commercializzazione, quando i benefici rilevati nell'ambito dei Registri di monitoraggio AIFA siano inferiori rispetto a quelli attesi e certificati. Al momento non è stato però quantificato l'ammontare del possibile risparmio di tale misura.

**Riduzione del livello di finanziamento e impatto sui livelli di spesa farmaceutica programmati.** In conseguenza

dell'abbassamento del fondo sanitario 2015 di 2,352 miliardi è stato infine calcolato l'impatto di tale riduzione sull'ammontare delle risorse destinate alla farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Fermi restando i vigenti tetti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera (pari rispettivamente all'11,35% e al 3,5%), i livelli di spesa programmati diminuiranno di circa 308 milioni di euro.

**Nuova intesa a ottobre sulla farmaceutica** per rivedere governo della spesa e pay back. “Governo e Regioni – si legge nel testo dell'intesa - convengono di istituire presso il Ministero della salute, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un Tavolo di lavoro composto da rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, delle Regioni e di Aifa che, tenuto anche conto dell'andamento della spesa farmaceutica dell'anno 2015, inclusa quella per i farmaci

innovativi di cui all'articolo 1, comma 593, della legge 23 dicembre 2014, n.190, predisponga entro il 30 settembre 2015 una proposta di revisione delle norme relative il governo della spesa farmaceutica, ivi incluse quelle relative al meccanismo di pay-back di cui all'articolo 15 del decreto legge del 6 luglio 2012 n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135, nel rispetto degli equilibri programmati per il settore sanitario. La suddetta proposta costituirà oggetto di apposito Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, da approvare entro il 10 ottobre 2015".

**Risparmi sugli investimenti già programmati.** Rispetto all'ultimo testo si stabilisce che le Regioni si impegnano, con riferimento ai cespiti acquisiti con contributi in conto esercizio a rivedere la programmazione degli investimenti già programmati per il 2015 e non ancora effettuati al fine di assicurare economie non inferiori a 300 mln di euro nel rispetto dei Lea. Per questo la Conferenza delle regioni dovrà darne informazione al tavolo di verifica degli adempimenti entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'intesa.

**Rideterminazione del fondo sanitario 2015/2016 e possibilità per le Regioni di adottare misure di risparmio alternative.** L'intesa prende poi atto della riduzione, a decorrere dal 2015 (e calcolata fino al 2016),



di 2,352 miliardi del fondo sanitario, prevedono anche la possibilità che le Regioni possano raggiungere gli obiettivi di risparmio con misure alternative a quelle contemplate dall'intesa. **Il fondo sanitario scende così a 109,715 miliardi e a 113,097 miliardi per il 2016.**

**Nuove misure per la governance del sistema sanitario.** In aggiunta a queste misure, Governo e Regioni convengono sulla necessità di introdurre anche nuove misure di governance per garantire maggiore efficienza al sistema sanitario da considerare nell'ambito del lavoro di

spending review in atto da parte del Governo.

**In particolare:**

- 1) riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto (in termini quantitativi e economici) e i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi e economici);
- 2) individuazione e utilizzo di indicatori standard relativi alla gestione degli immobili, strumentali e non, delle aziende sanitarie pubbliche;
- 3) valutazione e valorizzazione delle esperienze ed iniziative in ambito di servizi sovra-aziendali, allo scopo di diffondere rapidamente ed efficacemente le migliori pratiche;
- 4) valutazione della possibilità di realizzazione di un centro di competenza nazionale in materia di stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni e servizi;

**Medicina difensiva.** Governo e Regioni sembrerebbero infine decise a dare una spinta decisiva all'introduzione di modifiche normative sulla responsabilità civile e penale dei professionisti della salute, in modo da favorire l'appropriatezza prescrittiva e limitare gli effetti della medicina difensiva. Come si sa al momento sul tema esistono già diversi ddl all'esame della Camera ma si è ancora in attesa della definizione di un testo unico.

**ALIS®**  
GININTIMO

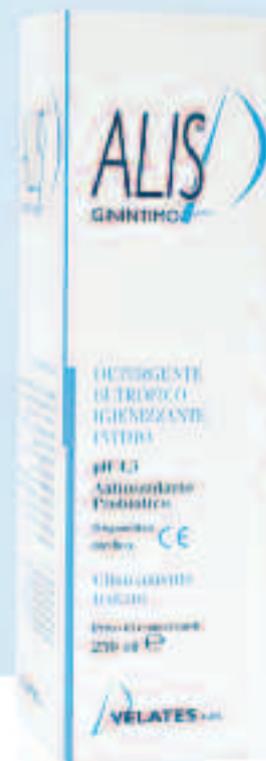
**Detergente eutrofico igienizzante intimo**

Uso esterno flacone da 250 ml



**Lavanda Vaginale**

Uso interno  
5 flaconi da 140 ml



Novità



**Gel intimo idratante eutrofico igienizzante**

Uso esterno  
tubetto da 30 ml

**VELATES s.r.l.**  
BEN-ESSERE DONNA

Eva Antoniotti

**D**avvero il comma 566 minaccia il ruolo medico? E la proposta di legge sull'atto medico può essere utile a tutelare la professione? E, ancora, quando si riuscirà ad arrivare a quella legge sulla responsabilità professionale sanitaria intorno alla quale la Commissione Affari Sociali della Camera sta lavorando dall'inizio della legislatura? Intorno a queste domande, chiaramente intrecciate tra loro, si è sviluppata un'intera mattinata di discussione, organizzata il 3 luglio scorso a Roma dalla Fnomceo e moderata da **Cesare Fassari**, direttore di *Quotidiano Sanità*. Un'occasione di confronto tra rappresentanti della professione medica, della politica e della magistratura che, come ha sottolineato la presidente **Roberta Chersevani**, vuole aprire un percorso di collaborazione e capire come, ognuno per la sua parte, si possa arrivare a creare le condizioni per consentire ai medici di lavorare in un clima più sereno, non avvelenato dal contenzioso legale, e quindi anche più efficace nella tutela della salute della popolazione.

**Vittoria D'Incecco** (Pd), presentatrice della proposta di legge sulla definizione di atto medico, ha aperto il confronto spiegando come il suo testo derivi proprio dalla discussione sviluppata in Commissione Affari Sociali per definire il testo unico sulla responsabilità professionale. "Per definire le responsabilità, bisognava definire il ruolo e, per fare questo, mi sono ispirata al Codice deontologico, che però è norma giuridica di secondo livello. Un passaggio necessario anche per limitare la discrezionalità dei giudici, che possono altrimenti seguire di volta in volta strade diverse". Il presidente dell'Enpam, appena riconfermato, **Alberto Olivetti** ha richiamato la necessità di dare sicurezza a tutta la professione e soprattutto ai medici, basandosi sul metodo scientifico, proprio del mondo medico, e sulla certezza normativa del "chi fa cosa".

Ma proprio **Pierpaolo Vargiu** (Sc), presidente della Commissione Affari Sociali, ha indicato come sia davvero difficile arrivare a definire una norma giuridica su questioni così complesse, come la responsabilità professionale. Proprio per questo ha chiesto la collaborazione del mondo medico, indicando come l'iter legislativo sia ancora molto lungo. Proprio per questi tempi lunghi, Vargiu, pur riconoscendo la necessità di definire i ruoli professionali, ha sottolineato come un intervento sull'atto medico rischi di cri-

## Comma 566

# Responsabilità professionale e atto medico: prove di dialogo tra medici e politici

Un dibattito pubblico voluto dalla Fnomceo con al centro il tema caldo del ruolo professionale. A prendere la parola Vargiu, D'Incecco e Fucci della Commissione Affari Sociali della Camera, il magistrato D'Ippolito, il medico legale Rodriguez, l'assessore sardo Arru, la presidente Fnomceo Chersevani, il presidente Enpam Olivetti e Proia, consigliere del ministero della Salute



stallizzare una realtà come l'attività medica che è invece in continuo cambiamento.

Una proposta diversa, con molti riferimenti anche ad altre realtà internazionali, è venuta da **Luigi Arru**, attualmente assessore alla Sanità della Sardegna ma a lungo responsabile del Centro studi della Fnomceo. Arru ha ricordato come sia ferma da tempo anche la riforma dell'Ordine dei medici, nella quale invece potrebbe trovare spazio un ruolo di certificazione e valutazione delle competenze professionali che metterebbe pienamente in gioco il ruolo di ente ausiliario dello Stato degli Ordini. Accanto a questo, in materia di responsabilità professionale, Arru ha ricordato come il dibattito più avanzato sulla gestione del rischio sia orientato alla non colpevolizzazione e al superamento di gerarchie rigide nelle équipe.

Un'idea condivisa da **Benedetto Fucci** (Fi), segretario della Commissione Affari Sociali, secondo il quale gli Ordini dovrebbero avere l'autorevolezza di attribuire competenze caratteristi-

che ai professionisti. Fucci ha chiesto a tutti gli interlocutori di concentrare la propria attenzione sulla legge relativa alla responsabilità professionale, che facendo convergere gli sforzi potrebbe arrivare ad essere approvata.

Per **Adelchi D'Ippolito**, procuratore aggiunto della Repubblica di Venezia che è stato anche consigliere giuridico della ministra Lorenzin, la legge sulla responsabilità professionale deve trovare un punto d'equilibrio tra la tutela del cittadino e la serenità del medico, che è anche un

interesse pubblico, perché consente un miglior servizio. In questa direzione occorre separare responsabilità penale e risarcimento, che è spesso la molla che porta alla causa penale. D'Ippolito ha ricordato come solo il 2% delle denunce si concluda con una condanna e questo potrebbe suggerire di utilizzare con maggiore frequenza l'istituto della "lite temeraria", là dove cioè non vi fossero valide motivazioni di partenza per la denuncia. D'Ippolito ha anche fatto la proposta di trasformare la figura del perito in un "collegio

di periti", nel quale potrebbe entrare anche una rappresentanza degli Ordini. Anche **Daniele Rodriguez**, docente di medicina legale all'Università degli Studi di Padova, ha avanzato una proposta: consentire anche nelle cause civili di arrivare ad un'autopsia, oggi consentita solo per le cause penali. Questo potrebbe togliere alcune delle motivazioni che spingono alla denuncia penale. Rodriguez ha poi difeso il comma 566, fortemente avversato dalla Fnomceo, sostenendo che si tratti, comunque, della prima norma scritta della legislazione italiana sull'atto medico.

Una lettura coincidente con quella offerta da **Saverio Proia**, consigliere del ministero della Salute, che ha sottolineato come la prima parte del comma 566 sia stato pensato e scritto a tutela del medico. "Il comma, ha aggiunto, prevede poi una grande novità come quella della concertazione tra tutti i soggetti interessati, medici compresi, che sarebbe un errore non sfruttare appieno per una condivisione del cambiamento che può e deve essere fatto solo con il consenso e il protagonismo di tutte le professioni coinvolte". "Del resto e l'abbiamo visto con l'accordo sancito nell'area della radiologia medica - ha detto ancora - dove medici radiologi, fisici medici e Tsmr hanno scritto insieme ambiti professionali e organizzazione del loro lavoro, comprese le nuove competenze specialistiche dei Tsmr".

"Oggi ci siamo un po' distribuiti i compiti", ha detto **Roberta Chersevani** nelle conclusioni. Alla politica il compito di definire le norme, pur con i tempi lunghi illustrati da Vargiu. Ma i medici, e gli Ordini in particolare, devono da subito ricercare una maggiore autorevolezza, che li metta alla pari con le realtà europee più avanzate. Contando sul proprio Codice deontologico, che contiene già molti elementi utili, e reclamando che il comma 566 venga emendato al più presto. **Y**

## Comma 566. Fnomceo ne chiede la modifica:

**"Deve essere garantita la leadership del medico". Il "Comma 566" va modificato. Almeno nell'incipit, che riserverebbe alla Professione medica soltanto "atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia". Lo ha ribadito il Comitato centrale della Federazione degli Ordini dei medici e odontoiatri sottolineando che lo sviluppo delle competenze delle professioni sanitarie non può prescindere dalla leadership funzionale del medico nei processi di diagnosi e cura.**

L'allarme della Fnomceo

# Tra 10 anni almeno 25mila medici disoccupati. Limitare accesso a medicina a 6.500 iscritti l'anno

Questo secondo la Federazione il rischio se si continueranno a laureare più medici rispetto ai posti nelle scuole di specializzazione. Accessi a medicina siano 6.500 l'anno

“Se mettiamo a confronto il numero dei futuri laureati in medicina per anno con i posti disponibili per le specializzazioni mediche e il corso di formazione specifica in medicina generale, con le attuali disposizioni legislative, circa 2000/2500 laureati in medicina per ogni anno futuro non avranno opportunità di completare il percorso formativo post laurea e si può ipotizzare che nei prossimi 10 anni ci sarà una popolazione di circa 25mila medici che non avranno possibilità di sbocchi occupazionali nel Ssn”.

La Federazione degli Ordini dei medici lancia l'allarme e in attesa di una revisione dei criteri della programmazione del fabbisogno dei professionisti medici ritiene che la strada da percorrere sia ridurre il numero di accessi in medicina a 6.500 posti l'anno. Per quest'anno sono previsti poco più di 9000 accessi rispetto ai 10mila dell'anno scorso. Tutti numeri divulgati a fine giugno durante una conferenza sul tema in cui la Federazione ha eviden-

ziato nero su bianco come il numero dei contratti di formazione specialistica “non è assolutamente corrispondente alle reali necessità, né coerente con il numero dei laureati”. Accesso a Medicina, Programma del Corso di Studi, Esame di Abilitazione, Programmazione: su tutti i fronti la Fnomceo è decisa voltare pagina. E prende, nei confronti dei i giovani medici e delle Istituzioni, il forte impegno di fare della Formazione una sua priorità di governo.

“È una questione di giustizia – ha affermato la presidente della Fnomceo, **Roberta Chersevani** –. Non è giusto negare il fu-



**Chersevani (Fnomceo): “Collaborazione con Ministero della Salute e le Università”. Ma per Lenzi (Conferenza Presidi): “C'è bisogno di circa 8 mila immatricolati per avere 7mila laureati l'anno”. Ugenti (Ministero Salute): “Al lavoro su progetto pilota europeo per analizzare i fabbisogni”**

turo ai nostri giovani, costringendoli a perdere anni del loro percorso formativo, professionale, di vita. Comprendiamo le problematiche legate alla situazione finanziaria. Ma un paese che non investa sui giovani è un paese senza speranza. Non è più

il tempo delle attese e dei rinvii: con estrema urgenza occorre invece garantire quelle opportunità di formazione – adeguate agli standard europei – che sono necessarie ai professionisti per poter svolgere con competenza il proprio ruolo all'interno dei Sistemi Sanitari e che sono indispensabili per assicurare cure di qualità ai cittadini”. Chersevani ha poi evidenziato come la presenza di **Rossana Ugenti**, Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale presso il ministero della Salute e **Andrea Lenzi**, Presidente della Conferenza Permanente dei Presidi dei Corsi Di Laurea in Medicina e Chirurgia, sia il “segnale forte di una grande collaborazione che da oggi deve vivere un nuovo punto di partenza”. “Da parte del ministero – ha affermato il Dg Ugenti - c'è la disponibilità per definire una metodologia di programmazione del-

le professioni sanitarie. Noi ogni anno definiamo il fabbisogno di tutte le professioni. Arriviamo con una rilevazione fatta dalle regioni. Stiamo portando avanti un progetto pilota (legato ad un progetto europeo) che dovrebbe concludersi ad aprile 2016 per lavorare su una metodologia di analisi dei fabbisogni e vede la partecipazione di tutte le professioni”. Rispetto al problema dei dati Ugenti ha ricordato come “ci sono ma sono parcellizzati in una serie di banche dati”. Infine il Dg ha evidenziato che “quando facciamo programmazione dobbiamo guardare oltre i 10 anni. E la Fnomceo ci deve essere. Lo sforzo fatto quest'anno sulle specializzazioni è un grande sforzo. Per la medicina generale c'è da lavorare e da parte del ministero c'è l'assoluta disponibilità a lavorare insieme”.

**Ma forse il numero di 6.500 immatricolati l'anno è troppo basso.** “Arrivare

6.500 immatricolati l'anno potrebbe rappresentare quasi una provocazione - ha detto **Andrea Lenzi** - Secondo me la cifra più vicina alla realtà è quella di avere 8000 immatricolati per avere la certezza di avere 7mila laureati e rispettare il turnover. Ma in ogni caso serve una programmazione europea, perché se i laureati italiani vanno a lavorare in Portogallo per esempio perché lì se ne formano di meno dobbiamo essere ricompensati”.

“Il fabbisogno – ha detto **Ezio Casale** della Fnomceo – è cresciuto perché si pensava che vi fosse una forte uscita dal lavoro. Ma ciò non si è verificato e dal 2012 si è iniziato a ridurre. In questo senso crediamo che occorre andare in questa direzione anche perché dobbiamo considerare anche tutti gli ammessi dai Tar”.

Ma se a livello generale occorre mettere un freno all'accesso, dal lato del corso di formazione in medicina generale occorre invece implementare le borse. “Se il futuro è investire sul territorio – ha affermato **Roberto Stella** (Coordinatore Formazione Fnomceo) – il territorio dev'essere ben presidiato. Nei prossimi 5 anni andranno in pensione circa 15 medici di famiglia e 1500 pediatri più 1000 medici della continuità assistenziale, mentre ogni anno vi sono 980 accessi l'anno. Servono più investimenti e più contratti di formazione”.

**Altro tema caldo** è stato poi quello che riguarda il potenziamento delle attività professionalizzanti al 6° anno di corso. “L'ultimo anno dovrebbe essere totalmente professionalizzante – ha detto **Luigi Conte**, Segretario Fnomceo – e dovremmo anche inserire il progress test”.

“Per i dentisti non c'è la specializzazione – ha sottolineato il presidente della Cao, **Giuseppe Renzo**, e poi c'è il problema dei tagli lineari che non premiano i corsi migliori. E come dimenticare l'esame di abilitazione che non vale niente e non valuta correttamente la formazione. C'è molto da fare”. **Y**

# Folina<sup>®</sup> 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 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> "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



## Indennizzi talidomide

# Commissione Affari Sociali: un testo per indennizzo in favore delle persone affette da talidomide

**D**opo il via libera da parte dell'Aula di Montecitorio all'iter accelerato per l'approvazione del disegno di legge per l'indennizzo in favore delle persone affette da talidomide, la commissione Affari Sociali ha approvato il 14 luglio scorso l'adozione di un nuovo testo base. Come spiegato dal relatore, **Benedetto Fucci** (Fi), il testo unificato è composto dagli risultanti dagli emendamenti approvati in sede referente prevede di estendere, a decorrere dal 1° gennaio 2016, anche ai nati nell'anno 1958 e nell'anno 1966 l'indennizzo spettante ai soggetti affetti da sindrome da talidomide nelle forme dell'amelia, dell'emimelia, della focomelia e della micromelia, attualmente riconosciuto ai nati negli anni compresi tra il 1959 e il 1965. Alla copertura degli oneri derivanti dal provvedimento, valutati in 3.285.000 euro annui, si provvederà con una corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero dell'economia e delle finanze.

Per garantire il rispetto dei vincoli di bilancio, il Ministro della salute effettuerà il monitoraggio degli oneri di cui alla presente proposta di legge e avrà il compito di riferire in merito al Ministro dell'economia e delle

**Il nuovo testo unificato risultante dagli emendamenti approvati in sede referente prevede di estendere, dal 1° gennaio 2016, anche ai nati nell'anno 1958 e nell'anno 1966 l'indennizzo spettante. Alla copertura degli oneri derivanti dal provvedimento, valutati in 3.285.000 euro annui, si provvede mediante la riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, utilizzando l'accantonamento relativo al Mef. Per Benedetto Fucci, relatore del provvedimento sugli indennizzi, "si tratta di un importante passo in avanti"**



finanze. Nel caso si verificano scostamenti rispetto alle previsioni, si provvederà alla riduzione delle dotazioni finanziarie di parte corrente aventi la natura di spese rimodulabili nell'ambito della missione "Tutela della

salute" dello stato di previsione del Ministero della salute. In tal caso, il Ministro dell'economia e delle finanze riferirà alle Camere con apposita relazione in merito alle cause degli scostamenti e alle misure adottate.

**Fucci: "Si tratta di un passo in avanti importante e di una risposta delle Istituzioni a un'ingiustizia"**

Il provvedimento consentirà, dal 1° gennaio 2016, di riconoscere un indennizzo economico anche alle vittime del talidomide nate negli anni 1958 e 1966. Al momento, infatti, la forbice degli anni di nascita va dal 1959 al 1965. "Si tratta di un passo in avanti importante e di una risposta delle Istituzioni a un'ingiustizia: l'esclusione dall'indennizzo a danno di chi ne ha diritto - ha commentato Fucci, relatore del provvedimento sugli indennizzi. Questo passo in avanti, come sanno le associazioni dei talidomidici con cui abbiamo lavorato negli anni e che ringrazio, è stato purtroppo molto lungo sul piano temporale a causa di difficoltà nel trovare la copertura per i nuovi fondi necessari a finanziare la misura. Alla Commissione Bilancio della Camera (il cui presidente, On. Boccia, si è sempre speso per la conclusione dell'iter), al Ministero dell'Economia e al Ministero della Salute va quindi il riconoscimento di un lavoro difficile ma costruttivo che ha avuto ora positiva conclusione, mentre nella Commissione Affari Sociali, dove il provvedimento è stato esaminato nel merito, vi è stata un'ampia convergenza tra i diversi gruppi parlamentari". "Scrivo di un procedimento legislativo molto lungo - ha proseguito Fucci - perché le proposte di modifica alle attuali norme sugli indennizzi risalgono ormai al 2012, quando presentai la prima proposta di legge, poi subito reiterata nel primo giorno della nuova legislatura parlamentare. Per comprendere il senso del provvedimento occorre ricordare che, dopo che in fase di sperimentazione non aveva dimostrato effetti collaterali, nel 1957 fu messo in commercio il "Contergan", un farmaco sedativo destinato in particolare alle donne in gra-

vidanza a base del principio attivo della talidomide che, quattro anni dopo, si rivelò responsabile di gravissime malformazioni. All'inizio del 1961 furono segnalati casi in cui, dopo una lunga assunzione del farmaco, veniva avvertito un formicolio nervoso alle estremità degli arti. La ditta produttrice reagì imponendo l'utilizzo del farmaco solo previa presentazione di ricetta medica. Tuttavia fino all'autunno del 1961 il "Contergan" fu ancora considerato un buon tranquillante e sonnifero. Non solo in Italia ma anche in altre parti d'Europa e in altri continenti (soprattutto l'Africa), la catastrofica conseguenza dell'uso del "Contergan" furono, a cavallo tra gli anni Cinquanta e Sessanta, circa 10mila neonati con deformazioni - in particolare la focomelia che colpisce gli arti superiori - dovute al talidomide. Oggi in Italia sono circa 400 le persone nate con le deformazioni causate da quel principio attivo".

Per Fucci "quanto accaduto nella vicenda della sindrome da talidomide deve rimanere un vero monito per le istituzioni. Dal punto di vista sociale è necessario mantenere viva la memoria di una tragedia che per fortuna, andando in controtendenza con quanto troppo spesso avviene in un Paese dalla memoria corta, non è passata sottotraccia (come dimostra il fatto che nel 1978 il Parlamento italiano approvò una legge di riforma delle procedure di brevetto per i farmaci che nacque proprio sull'onda dello scandalo talidomide). Ricordando, come richiamato anche dall'Agenzia italiana del farmaco dopo l'approvazione del provvedimento, che proprio il caso talidomide ha costituito una pietra miliare per la nascita della farmacovigilanza, bisogna mantenere sempre alta la vigilanza di medici, dirigenti sanitari e case farmaceutiche nell'utilizzo dei farmaci tanto più quando essi vengono somministrati a donne incinta. ■

**"S**ono molto vicina a tutte le donne che ogni giorno devono confrontarsi con una malattia come l'endometriosi che solo in Italia colpisce circa tre milioni di donne e che è causa del 30-40% dei casi di infertilità femminile. Una malattia con un impatto personale e sociale alto, sia in termini di riduzione della qualità della vita di coloro che ne sono colpite, sia in termini di costi diretti e indiretti. Sin dall'inizio del mio mandato alla Salute ho prestato grande attenzione a questa patologia che ho posto al centro dell'agenda dedicata alla salute della donna anche nel corso del semestre di presidenza italiana dell'UE. Nel 2014 ho inoltre vincolato 15 milioni di euro per consentire alle Regioni di sviluppare specifici progetti finalizzati al miglio-

## Endometriosi

# Lorenzin: "Tante le azioni intraprese dal Ministero per una patologia che è causa del 30-40% dei casi di infertilità"

**■ Così il ministro della Salute ha ricordato l'attenzione rivolta dal suo dicastero a questa patologia: dal fondo di 15 mln per progetti finalizzati al migliorare le condizioni di vita delle donne affette alla prevista istituzione di un Registro nazionale, fino all'esenzione per alcune prestazioni specialistiche. "Ora si risolvano i problemi di valutazione della compatibilità finanziaria per aggiornamento Lea".**

ramento delle condizioni di vita e di salute delle donne affette da questa malattia attraverso l'implementazione di percorsi dia-

gnostico assistenziali e di supporto". Così in una nota del 25 giugno scorso il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**. "Al

fine poi di migliorare la conoscenza epidemiologica sull'endometriosi, sui relativi accertamenti diagnostici e sui trattamenti terapeutici adottati, il Ministero ha previsto l'istituzione di un **Registro nazionale** che si avvarrà di Registri e Osservatori regionali sulla patologia, già realizzati in alcune Regioni. Inoltre - ha proseguito - in considerazione delle profonde ripercussioni cui vanno incontro le

pazienti nelle forme cliniche più gravi e diffuse abbiamo riconosciuto il diritto ad usufruire in regime di esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo nell'ambito di percorsi di follow-up. Pertanto, all'interno dell'aggiornamento complessivo dei Livelli essenziali di assistenza, previsti dal Patto per la Salute 2014-2016, è stato proposto l'inserimento della endometriosi nell'elenco delle patologie croniche ed invalidanti per gli stadi clinici III e IV della classificazione ASRM". "Tanto è stato fatto dal ministero della Salute ora auspico che si risolvano al più presto i problemi di valutazione della compatibilità finanziaria dell'aggiornamento dei nuovi Lea da parte del ministero dell'Economia e delle Regioni", ha concluso Lorenzin. ■

## “Sono lieto di proporvi

la bozza del documento sulla Rete Pediatrica a cui sta lavorando il Tavolo Tecnico Ministero della Salute – Agenas – Regioni, a cui partecipo insieme al presidente della Sigo Paolo Scollo e ai rappresentanti delle società scientifiche di Neonatologia (Sin), di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Siti), di Medicina Emergenza e Urgenza (Simeup), della Federazione Italiana delle Società Scientifiche di Psicologia (Fisps) e della Federazione delle società medico scientifiche italiane (Fism).

Il Gruppo di lavoro, come abbiamo dato nota sullo scorso numero di *GynecoAogoi*, è stato istituito ai fini di un approfondimento delle reti pediatriche nell’ambito del sistema di emergenza-urgenza e nel



Vito Trojano  
Presidente Nazionale Aogoi

rapporto con le altre reti assistenziali, ospedaliera e territoriale ed ha lo scopo di redigere Linee guida per l’individuazione di “modelli organizzativi omogenei nell’ambito della Rete Pediatrica”. Il documento qui presentato, aggiornato al 10 luglio, contiene le integrazioni proposte da Aogoi e Sigo in merito alle “Principali azioni da mettere in atto per migliorare l’emergenza urgenza”. Due i punti chiave che a riguardo abbiamo ritenuto importante inserire: la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno e l’adeguamento agli standard prefissati, sia per l’organico che per l’aspetto strutturale dei punti nascita e delle unità operative di ostetricia - pediatria - neonatologia e Tin. **Ecco i contenuti del documento che sono certo incontrerà il vostro interesse”.**

# Rete pediatrica

## Le proposte del Tavolo Tecnico per migliorare l'emergenza urgenza

La presente bozza di lavoro è allineata con il documento del Ministero della Salute “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico – adolescenziale” di prossima emanazione di cui integra e approfondisce alcuni aspetti con particolare riferimento all’emergenza urgenza pediatrica in ambito ospedaliero e territoriale.

### Premessa

Il paziente pediatrico, al pari dell’adulto e nell’ambito di una “specificità pediatrica”, ha il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di avere accesso ai servizi ed alle cure sanitarie più appropriati ai bisogni di salute.

La mortalità infantile nel primo anno di vita è, negli anni, in costante diminuzione in riferimento alle più importanti cau-

se di morte per detta fascia di età.

Benché nel nostro paese gli indicatori di salute in questa fascia di età si attestino sui livelli dei paesi più avanzati è tuttavia presente in alcuni ambiti una forte variabilità territoriale. Obiettivo del Tavolo Agenas è produrre uno strumento tecnico utilizzabile per migliorare l’organizzazione dell’assistenza sanitaria pediatrica e il suo mo-

nitaggio, per razionalizzare l’impiego delle risorse disponibili, nonché per contribuire a ridurre le suddette discrepanze territoriali.

### EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA

#### Dati di contesto

I bisogni assistenziali in età pediatrica sono progressivamente e variamente evoluti nelle ulti-

me 2-3 decadi a seguito principalmente ma non solo della marcata riduzione del tasso di fecondità (1.4 figli per donna in età fertile) e dell’aumento delle patologie croniche complesse. All’evoluzione dei bisogni di salute deve necessariamente far seguito anche un parallelo ed appropriato riallineamento dell’offerta di prestazioni sanitarie e dei modelli organizzativi deputati ad erogarle efficacemente

ed appropriatamente; il tutto inoltre inserito in un contesto sociale ulteriormente diversificato ed in un contesto economico di sensibile riduzione delle risorse.

Altri cambiamenti che incidono sui nuovi bisogni assistenziali sono l’aumento dell’età media delle donne primipare (attualmente l’età media al primo figlio è per le donne italiane superiore a 31 anni), dei figli che



vivono in famiglie monoparentali (circa 8% delle famiglie), e quello dei figli nati in famiglie con uno o entrambi i genitori stranieri (il 18% dei nati del 2009).

A questi dati va affiancata, sul versante dell'offerta, la sostanziale riduzione del numero dei nuovi specializzati in pediatria, operata a partire dal 1994 e che nel 2010, per la prima volta, ha determinato un bilancio negativo fra pediatri neo-specializzati e neo-pensionati: si calcola che, a parità di condizioni, tra pochi anni il numero dei pediatri in attività potrebbe raggiungere un livello critico.

Il numero delle U.O. di Pediatria nel territorio nazionale in base agli standard del Regolamento (150.000 - 300.000) è ancora alto pur con un trend in discesa. Altrettanto alti e con una forte variabilità interregionale sono i tassi di ospedalizzazione ordinaria che soffrono inoltre di un'alta percentuale di Drg ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario e che inoltre sono un indicatore di scarsa efficienza della continuità di assistenza ospedale territorio. Anche il ricovero diurno, pur con un trend in crescita, presenta una forte disomogeneità interregionale. La maggior parte dei pazienti in età adolescenziale sono ricoverati in strutture per adulti; significativamente alta in alcuni ambiti la mobilità pediatrica interregionale.

Anche le U.O. di chirurgia pediatrica sono surdimensionate rispetto allo standard del Regolamento (1,5 - 2,5 per milione di abitanti) con un parallelo scarso sviluppo dell'attività di DS e ambulatoriale chirurgica.

Le urgenze ed emergenze pediatriche, che nella maggior parte dei casi giungono ai P.S. con mezzi propri, sono in aumento ma caratterizzate da una altissima incidenza di codici bianchi (60%) a fronte dell'1% di codici rossi; nel 30% dei casi questi pazienti sono gestiti non da pediatri.

Un importante impatto nel cambiamento dei bisogni assistenziali pediatrici è inoltre dovuto all'aumento dei minori con patologie croniche e rare, all'aumento delle patologie psicologiche e psichiatriche. Incidono inoltre in altro modo sui bisogni anche il crescente numero di famiglie non italiane e le ansie ed i timori dei genitori particolarmente dei bambini più piccoli per l'accesso alle cure pediatriche.

Per la rete delle cure palliative si rimanda alla Legge n. 38 del 2010 e alla successiva Confe-

renza Stato Regioni-Province Autonome del 25 luglio 2012.

**In Italia il sistema di urgenza ed emergenza** risulta particolarmente strategico nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Negli ultimi decenni le tematiche relative alla medicina d'urgenza hanno assunto un ruolo di primaria importanza nelle strategie di riordino dei servizi. Anche in ambito pediatrico queste problematiche hanno progressivamente assunto un ruolo prioritario, in considerazione, soprattutto, delle peculiari caratteristiche della domanda in questa fascia d'età e delle conseguenti implicazioni in termini di adeguatezza delle strutture e modalità di organizzazione dei servizi. Per le situazioni di emergenza (codici rossi) deve essere previsto il coinvolgimento attivo di tutto il sistema urgenza-emergenza, con Linee guida e protocolli condivisi con la Centrale operativa per l'emergenza (118), le Unità complesse di Pediatria, i pediatri di libera scelta, i DEA di I e II livello ed il DEA di II livello negli ospedali di alta specialità pediatrica.

**Principali azioni da mettere in atto per migliorare l'emergenza urgenza:**

- 1. Attivare** la guardia pediatrica attiva 24/24 ore per degenza, attività di pronto soccorso, osservazione breve intensiva laddove sono presenti U.O.C pediatriche.
- 2. Identificare** un'area pediatrica nel pronto soccorso con caratteristiche architettoniche e di accoglienza specifiche.
- 3. Razionalizzare** il ricorso alle strutture territoriali tramite l'estensione della copertura oraria delle cure primarie adeguatamente pubblicizzate.
- 4. Implementare** le consulenze specialistiche pediatriche già durante le prime fasi dell'assistenza attraverso progetti di telemedicina correttamente finalizzata.
- 5. Prevedere** nei DEA di II livello degli ospedali di alta specialità pediatrica, che devono prevalentemente assolvere alla mission di gestire i casi più complessi, la presenza del PLS nell'ambito delle attività di pronto soccorso, tramite ambulatori per i codici bianchi e verdi.
- 6. Attivare** corsi di aggiornamento professionale sull'emergenza pediatrica per gli operatori sanitari che operano sul territorio e in tutti i pronto soccorso in cui è ovviamente prevedibile l'arrivo di pazienti pe-

diatrici vista la loro collocazione territoriale e l'assenza di strutture dedicate.

**7. Attivare** programmi di educazione sanitaria ed informazione destinati ai genitori ed agli insegnanti per evitare un allarmismo immotivato

**8. Attivare** e completare la messa a regime del sistema di trasporto assistito materno, neonatale e pediatrico definendo quali sono le figure professionali che devono essere coinvolte definendo e motivando le competenze

**9. Monitorizzare** le attività di pronto soccorso pediatrico mediante un data base regionale ma coordinato a livello nazionale

**10. Definire** protocolli condivisi, nelle varie sedi e su indicazione di massima nazionale, per la gestione dei codici gialli e rossi pediatrici con il coinvolgimento attivo di tutto il sistema dell'emergenza urgenza regionale.

**11. Nell'organizzazione** dei 118 regionali deve essere previsto il monitoraggio dei posti letto pediatrici ordinari e di rianimazione pediatrica e terapia intensiva neonatale

**12. Nell'organizzazione** dei 118 regionali deve essere previsto l'inserimento strutturale del pediatra che possa collaborare alla programmazione e realizzazione delle attività pediatriche regionali.

**13. Razionalizzazione/riduzione** progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle Uu.Oo ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche come già fissato dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010

**14. Adeguamento** agli standard prefissati sia per l'organico che per l'aspetto strutturale dei punti nascita e delle unità operative di ostetricia -pediatria - neonatologia e Tin, in accordo "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" diffuse a seguito dell'accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010.

**L'emergenza urgenza pediatrica: la situazione attuale**

In Italia, si è assistito negli ultimi 30 anni ad un continuo aumento degli accessi in Pronto soccorso (P.S.) sia generale che pediatrico. Gli ultimi dati indicano circa 50 milioni di accessi/anno; gli accessi pediatrici (stima Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza Pediatrica) sono di circa 5 milioni/anno (circa 10% del totale) e sono particolarmente concentrati nei giorni prefestivi e festivi o ore notturne. L'accesso al P.S. pediatrico è spontaneo in circa il 90% dei casi, senza che sia stato interpellato il pediatra di libera scelta o altre figure della continuità assistenziale dell'area territoriale.

L'analisi degli accessi al P.S. mette in evidenza che in circa il 90% dei casi si tratta di codici bianchi o verdi, ossia casi non urgenti o urgenze differibili che in gran parte potrebbero essere valutati e risolti in un contesto extraospedaliero. Queste situazioni, unitamente alla carenza di P.S. pediatrici ed al mancato o scarso coordinamento assistenziale ospedale-territorio, concorrono all'elevato tasso di ospedalizzazione di bambini e adolescenti nel nostro paese che, pur con sensibili differenze a livello regionale, è all'incirca doppio rispetto a quello rilevato in altri paesi europei.

L'elevato e spesso inappropriato ricorso al P.S. è spesso legato alle paure, alle ansie e ai bisogni dei genitori che, in una società profondamente cambiata, motivano l'accesso con la necessità di ottenere una risposta da personale specialistico, ad un problema ritenuto urgente, in tempi rapidi, anche nelle fasce orarie non coperte dal pediatra di libera scelta.

Le centrali operative del sistema emergenza-urgenza 118 garantiscono la copertura della quasi totalità del territorio nazionale con un buon livello operativo. Tuttavia questo non riguarda ancora l'età pediatrica. Scarsa è l'integrazione con i P.S. pediatrici e con i DEA pediatrici di riferimento per l'emergenza-urgenza, che sono pochi e distribuiti in modo non uniforme sul territorio nazionale, per cui l'accesso urgente al P.S. non è quasi mai mediato dal 118 o dai medici di continuità assistenziale che peraltro mancano spesso di adeguate competenze pediatriche.

Il trasporto del paziente pediatrico richiede competenze ed organizzazioni differenti dal trasporto dell'adulto. Tali peculiarità sono specialmente evidenti

nei primi due anni di vita. Per tale fascia di età non è ancora presente una integrazione con il Trasporto Neonatale e una chiara definizione dei compiti e dei ruoli. Inoltre gli operatori del 118 spesso non sono abituati alla gestione del trasporto del bambino critico.

Il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008, al capitolo dedicato alla salute del neonato, del bambino e dell'adolescente, fa un'attenta analisi dell'assistenza materno-infantile in ambito ospedaliero, indicando le più importanti distorsioni del sistema assistenziale nel nostro paese.

La Rete ospedaliera pediatrica, malgrado i tentativi di razionalizzazione, appare ancora ipertrofica rispetto ad altri Paesi europei, con un numero di strutture pari a 464 nell'anno 2011; la presenza del pediatra dove nasce e si ricovera un bambino è garantita solo nel 50% degli ospedali; l'attività di P.S. pediatrico è presente solo nel 30% circa degli ospedali.

Per quanto si riferisce all'area dell'emergenza, ancora nel 2008 solo il 40% circa degli ospedali pubblici era dotato di un dipartimento di emergenza ed anche negli ospedali sede di DEA di I e II livello per adulti non sempre è predisposta un'area con personale medico ed infermieristico specificatamente formato e adibito all'emergenza-urgenza pediatrica. La mancanza di professionalità pediatriche e/o di ambienti, apparecchiature, attrezzature e materiali di consumo idonei a questa fascia di età, determina spesso una gestione non ottimale in acuto del bambino e dell'adolescente.

Occorre quindi assicurare, anche attraverso la riorganizzazione della rete ospedaliera pediatrica che tutti i pazienti in età evolutiva (0-14 anni) che giungono in ospedale siano visitati da un medico pediatra e che i pazienti, per i quali è necessario il ricovero, siano ricoverati in strutture di Area Pediatrica e non in reparti per adulti e che tutte le UU.OO. di Pediatria e/o P.S. pediatrici siano dotati di spazi per l'osservazione breve intensiva. L'osservazione breve intensiva è la modalità assistenziale da privilegiare per inquadrare e trattare tempestivamente una criticità, per dirimere un dubbio diagnostico, per trattare in breve tempo una patologia nota risolvibile in poco tempo. Alla fine dell'osservazione sarà definita, anche con il supporto di consulenze multispecialistiche integrate, la necessità di un ricovero o verrà decisa la dimissione affidando il piccolo pa-

ziente alle cure del Pediatra di libera scelta o del Medico di medicina generale.

### Le emergenze neonatali

Le emergenze neonatali sono state trattate dalla Commissione che ha elaborato le Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 16.12.2010. Da tener presente che il numero dei Centri di Terapia intensiva neonatale nel nostro paese è molto elevato e che la qualità dell'assistenza neonatale è, in gran parte, legata al numero dei neonati di peso inferiore a 1500 grammi assistiti all'anno per ogni Centro.

### L'emergenza pediatrica territoriale

L'attività di soccorso primario nelle emergenze in età evolutiva deve avvenire, di norma, con le procedure ed i mezzi di soccorso ordinari, ma con protocolli specifici per le varie fasce di età.

È, comunque, indispensabile che una efficace ed efficiente gestione dell'emergenza pediatrica territoriale si basi sul coinvolgimento di tutte le componenti all'interno di un sistema coordinato ed integrato. Tali componenti, che costituiscono la rete regionale per l'urgenza ed emergenza, sono: la Centrale operativa per l'emergenza (118), le UU.OO. di Pediatria, i Centri di riferimento per le emergenze pediatriche, i Pediatri di libera scelta, i Servizi di continuità assistenziale ed i medici di medicina generale.

La Centrale operativa 118 ha un ruolo centrale come per l'emergenza dell'adulto. Ad essa afferiscono le richieste di intervento e ad essa spetta la decisione relativa al tipo di intervento da adottare, ai mezzi di soccorso da inviare ed anche l'eventuale coordinamento in caso di interventi complessi o multipli. Il personale operante sui mezzi di soccorso deve avere una specifica formazione mirata all'intervento di tipo pediatrico. Tutti i mezzi di soccorso devono essere dotati di dispositivi e farmaci adatti all'intervento di tipo pediatrico.

Al fine di fornire agli utenti un supporto informativo con finalità di filtro iniziale alle richieste di intervento territoriale urgente di tipo pediatrico, devono essere previste forme di consulenza telefonica specialistica attraverso gli ambulatori della Pediatria di libera scelta e di gruppo, le Centrali operative per

l'emergenza (118) e le UU.OO. di pediatria. Sarebbe auspicabile l'implementazione della telemedicina per permettere una presa in carico specialistica del bambino già durante le prime fasi dell'assistenza.

Devono essere definite chiare linee guida organizzative e cliniche concordate con tutte le componenti coinvolte nella gestione dell'emergenza-urgenza pediatrica, sia essa territoriale che ospedaliera, nell'ambito di una attività concordata e coordinata con le centrali operative del 118, con l'U.O. pediatrica di riferimento, con i P. S. pediatrici che operano nei DEA di I e II livello e nei DEA pediatrici che, ove esistenti, hanno compiti di coordinamento.

In particolare deve essere affrontato, a livello locale, il problema dei codici critici (rossi e gialli), con dettagliati protocolli di intervento in tutte le loro fasi, da quella territoriale a quella ospedaliera e in tutti i loro aspetti compresi quelli di tipo logistico, strutturale e organizzativo.

Deve essere prevista una rapida ed efficace presa in carico dei pazienti pediatrici.

Ove possibile l'avvio presso una struttura ove il paziente possa ricevere cure definitive (centralizzazione primaria) o, nel caso non fosse possibile per motivi clinici od organizzativi, verso la sede più vicina ove sia possibile una stabilizzazione del paziente per poi effettuare un successivo trasporto secondario definitivo (centralizzazione secondaria). Il tutto dovrà avvenire tramite protocolli condivisi.

- Implementazione del monitoraggio in tempo reale dei posti letto nelle Terapie Intensive Neonatali e negli ospedali Hub-
- Miglioramento, con specifico programma formativo, delle competenze pediatriche degli operatori sanitari.

- Inserimento nell'organizzazione dei 118 regionali del pediatra che possa collaborare alla programmazione e realizzazione delle attività pediatriche regionali.

### L'emergenza pediatrica ospedaliera

Devono essere implementate in tutte le Unità operative complesse di Pediatria le funzioni di P.S., con accentuazione della loro natura multidisciplinare.

- In considerazione dei livelli crescenti di intensività e specializzazione delle cure, possono essere identificate tre categorie di strutture dedicate all'emergenza pediatrica ospedaliera, funzionalmente integrate al Dipartimento d'Emergenza:

### I presidi ospedalieri di base

I presidi ospedalieri di base e le strutture ospedaliere senza una Unità di pediatria (80.000-150.000 abitanti), devono comunque essere dotati di un'area pediatrica collocata in un ambiente ben identificabile nel contesto del Pronto Soccorso generale, che deve disporre di uno spazio di attesa dedicato. I pediatri che operano nella struttura, inseriti nell'ambito della pediatria di gruppo, devono essere in grado di assicurare, di fronte alle più comuni emergenze pediatriche, il primo intervento, la stabilizzazione e l'eventuale trasferimento del piccolo paziente all'ospedale di riferimento e, se necessario, al Centro regionale di Terapia intensiva pediatrica. Una stretta collaborazione, anche per via telematica, deve essere stabilita con l'Unità complessa di pediatria di area, per la valutazione e la discussione dei casi clinici più significativi e per l'aggiornamento continuo. Tali presidi devono evidentemente far parte del dipartimento di emergenza-urgenza dell'area territoriale e/o ospedaliera.

### DEA di I livello

Negli ospedali sede di DEA di I livello (150.000-300.000 abitanti), i pediatri dell'U.O. Pediatrica, nell'ambito del servizio di guardia attiva 24 ore su 24, si faranno carico di tutti i soggetti in età evolutiva che si presentano al P.S., attuando di fatto un servizio di P.S. funzionale, nell'ambito di una integrazione interdisciplinare con tutti i servizi ed Unità operative presenti in ospedale. Deve essere prevista un'area pediatrica dedicata che comprenda accesso proprio, sala d'attesa, ambulatori per il bambino, gestita da personale infermieristico con formazione pediatrica. Il P.S. deve effettuare il triage pediatrico, istituendo specifici percorsi formativi. Deve essere prevista una integrazione operativa fra pediatri dipendenti e convenzionati, secondo precisi accordi a livello regionale e/o aziendale. Nel caso venga identificato un problema non gestibile nella struttura, deve essere possibile stabilizzare il paziente ed organizzare un trasporto protetto nella sede pediatrica più idonea per il paziente pediatrico.

L'area pediatrica deve essere collocata in un ambiente ben identificabile nel contesto del DEA e deve disporre di uno spazio di attesa dedicato; costituita da almeno 3 sale (intensiva, ambulatoriale e di isolamento), da uno spazio per l'osservazione temporanea, che assume una importanza essenziale nella quali-



ficazione dell'assistenza e nella realizzazione della deospedalizzazione. Nei DEA di I livello l'assistenza pediatrica rappresenta un punto di stabilizzazione clinica e terapeutica immediata e, pertanto, devono essere disponibili dotazioni strutturali, strumentali e di personale adeguate. Devono esservi posti letto di terapia semintensiva organizzati possibilmente all'interno delle U.O. pediatriche di riferimento per i pazienti critici che non necessitano di ventilazione meccanica. E' inoltre indispensabile istituzionalizzare l'OBI (osservazione breve intensiva) (sino a 24 ore) che, permettendo un orientamento diagnostico e l'applicazione di terapia di primo soccorso, consenta sia di rinvviare il paziente a domicilio, in sicurezza dopo il primo trattamento, sia di stabilizzare il malato critico in attesa dell'attivazione dei percorsi interni per l'invio ai Servizi di competenza. Inoltre deve attivarsi la dimissione protetta con la informatizzazione del sistema e stretta collaborazione dei pediatri di famiglia. La responsabilità dell'area pediatrica di PS deve essere affidata al direttore dell'U.O. Pediatrica dell'ospedale. Deve essere personale del PS formato in PBLS e PALS.

### DEA di II livello

Gli ospedali sede di DEA di II livello (600.000-1.200.000 abitanti), in funzione del numero delle specialità previste dalla programmazione regionale, possono garantire una risposta sanitaria più qualificata e complessiva. Il P.S. pediatrico deve avere una sua autonomia funzionale ed operativa. Il pediatra, presente 24 ore su 24, deve po-

ter sempre intervenire nella prima valutazione del paziente, garantire e gestire le multidisciplinarietà e il coordinamento degli interventi con protocolli condivisi.

Dal punto di vista strutturale, è opportuno identificare un settore pediatrico del P.S. con triage pediatrico, con accesso diverso da quello degli adulti, ambulatori di visita ed area di osservazione breve intensiva dedicati e di isolamento con la disponibilità di materiali e dispositivi idonei per tutte le emergenze. È necessaria la presenza 24/24 ore del pediatra, di infermieri pediatrici, ovvero infermieri generalisti con master di I livello con competenza pediatrica, che abbiano svolto un corso di PBLS (corso di rianimazione cardio-polmonare pediatrica di base) e un corso di triage pediatrico. Sarebbe anche auspicabile una formazione sul soccorso avanzato pediatrico (PALS).

In caso di ricovero, il paziente pediatrico dovrà essere collocato in ambienti strutturalmente idonei: nel reparto di pediatria o, in caso di necessità di cure intensive, in una zona separata e specificatamente dedicata al paziente pediatrico nell'ambito della rianimazione generale. Tali presidi ospedalieri si possono far carico delle diverse tipologie di urgenze maggiori pediatriche, in funzione delle alte specialità e competenze esistenti. La sede del DEA di II livello è anche essere sede di cure neonatali se la struttura è dotata di Ostetricia e di U.O. di Neonatologia comprendente una terapia intensiva neonatale.

Nel caso, infine, che il DEA di II livello con U.O. o sezione fun-



zionale di P.S. pediatrico sia anche sede di Trauma Center, il coesistere delle competenze traumatologiche (anestesista, chirurgo generale, toracico, vascolare, ortopedico, neurochirurgo, radiologo interventista), con quelle pediatriche (chirurgo pediatrico), consente il trattamento di tutta la traumatologia maggiore in età infantile, secondo il modello del Trauma Center per adulti con "Pediatric Commitment", già ampiamente sperimentato in Europa e Nord America.

Qualora non sia presente nella struttura una Unità di Terapia intensiva pediatrica, al minore in condizioni critiche deve essere garantito il trasferimento in un ospedale con terapia intensiva pediatrica; in caso di impossibilità, deve essere garantito il ricovero in un'area dedicata ai minori della terapia intensiva neonatale e/o della terapia intensiva generale, con una gestione clinica integrata e condivisa con il Centro di Terapia intensiva pediatrica regionale di riferimento.

#### DEA di II livello in un Ospedale di Alta Specialità Pediatrica

Tali ospedali (Ospedali pediatrici, Policlinici pediatrici, Centri regionali per l'assistenza del bambino) si pongono come Centri di riferimento per le problematiche sanitarie pediatriche; devono avere una caratterizzazione polispecialistica per l'infanzia e l'adolescenza e disponibilità di DEA pediatrico con le funzioni già ricordate per i DEA di II livello ed in più le alte specialità dedicate prevalentemente o esclusivamente ai bambini (terapia intensiva neo-

natale e pediatrica, ostetricia e ginecologia, chirurgia pediatrica, chirurgia neonatale, cardiologia, cardiocirurgia, neurochirurgia, ortopedia, infettivologia, oncologia, ematologia, broncopneumologia, nefrologia e dialisi, endocrinologia, otorinolaringoiatria, oculistica, neurologia psicologia e psichiatria pediatriche). In tali presidi devono essere centralizzate le problematiche della grande emergenza-urgenza neonatale e pediatrica per patologia che superino le competenze presenti presso il P.S. pediatrico dei DEA di II livello.

**I DEA pediatrici di II livello devono avere un bacino di utenza** pari ad almeno 2-3 milioni di abitanti, devono pertanto avere valenza regionale o interregionale, e devono trovare la loro sede presso ospedali pediatrici o in strutture ospedaliere ed universitarie che siano dotati di tutte quelle strutture e servizi che possano garantire la più ampia risposta integrata alle patologie critiche pediatriche, compresa la rianimazione pediatrica; essi si propongono come centri di riferimento per l'epidemiologia, per la farmacovigilanza e per l'attività didattica e la formazione continua nell'emergenza-urgenza pediatrica per studenti e pediatri in formazione, per medici pediatri convenzionati, per i medici generici convenzionati e quelli addetti alla continuità assistenziale, per il personale del P.S. generale e per il personale sanitario del 118. La formazione nell'emergenza-urgenza deve anche coinvolgere tutti i corpi istituzionali preposti alla tutela della salute e della sicurezza del cittadino, al mondo del volontariato ed ai laici. I DEA

pediatrici devono inserirsi fattivamente nella rete dell'emergenza-urgenza regionale, coordinando l'organizzazione del trasporto neonatale e pediatrico assistito con protocolli operativi concordati tra gli ospedali per adulti sede di PS e DEA e con le centrali operative del 118 per le problematiche del trasporto protetto nei centri di riferimento.

**Un punto fondamentale per l'ottimale gestione delle criticità pediatriche** nell'emergenza-urgenza è un'adeguata organizzazione del trasporto pediatrico, neonatale ed ostetrico. L'attivazione regionale della centrale operativa del 118, insieme all'attivazione regionale di un DEA pediatrico di riferimento costituiscono il fulcro della rete dell'emergenza-urgenza pediatrica. Nell'ambito di una corretta regionalizzazione dei servizi di assistenza perinatale, così come previsto dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008, deve essere innanzitutto attivato in ogni regione il Servizio di trasporto neonatale in emergenza, prevedendo anche un attento controllo del cosiddetto "trasporto in utero" che, con il supporto delle nuove tecnologie (telemedicina) e le continue conquiste della medicina prenatale, dovrebbe essere sempre più implementato così come la concentrazione delle gravidanze a rischio presso i Centri di riferimento per l'assistenza ai parti ed ai neonati ad alto rischio, stabiliti dalla programmazione regionale.

Sul versante traumatologico, aumentando sempre di più le emergenze-urgenze traumatologiche, gli ospedali pediatrici con DEA di II livello, avendone le competenze e le potenzialità assistenziali necessarie, dovrebbero svolgere attività di Trauma Center Pediatrico verso cui orientare la grande patologia traumatica dei pazienti in età evolutiva. Il Trauma Center Pediatrico potrebbe garantire per la traumatologia severa un livello assistenziale elevato con una completezza delle cure in "acuto" (quando necessitano interventi plurispecialistici), in "sub-acuto" (necessità di cure intensive) e in "post-acuto" (cure riabilitative). Data l'elevatissima specificità di tale struttura e gli elevati costi di gestione, la sua funzione dovrebbe essere di tipo regionale nelle regioni più grandi, o interregionale.

#### Osservazione Breve Intensiva pediatrica

L'osservazione breve intensiva pediatrica (OBI pediatrica), di solito contenuta entro le prime 24 ore, in rari casi entro le prime 36 ore, deve essere organiz-

zata in tutte le strutture ospedaliere pediatriche, con un'attenta valutazione delle risorse impiegate e dei risultati ottenibili in termini di riduzione dei tassi di ospedalizzazione, di razionalizzazione dei percorsi assistenziali e di contenimento della spesa. Soprattutto negli ospedali di piccole dimensioni, con una U.O. di pediatria caratterizzata da bassa complessità della casistica trattata e/o da basso tasso di occupazione, i posti letto potrebbero venire destinati all'Osservazione breve intensiva, utilizzando così al meglio le risorse umane e organizzative disponibili. Molti pazienti pediatrici affetti da patologie riferibili a infezioni delle prime vie aeree (laringotracheiti, accessi asmatici, broncopolmoniti dopo il primo anno di vita), oppure riferibili a convulsioni febbrili, a traumi di modesta gravità, ad intossicazioni, a gastroenteriti, a coliche addominali e ad altre comuni patologie pediatriche a carattere acuto, dopo un breve periodo di osservazione e l'eventuale esecuzione di alcuni semplici esami strumentali o di laboratorio, possono infatti essere dimessi entro 24 ore, affidandoli alle cure del Pediatra di libera scelta o del Medico di medicina generale, anche con l'utilizzo di strumenti informatici ormai a disposizione di ogni studio medico. I Pediatri che hanno organizzato il lavoro nell'ambito della continuità assistenziale prevista dalla Pediatria di gruppo o dalle U.T.A.P. (Unità territoriali di assistenza primaria) devono poter sperimentare l'osservazione temporanea nel rispetto di linee guida e percorsi clinici e organizzativi concordati con l'U.O. Pediatrica di riferimento.

#### I requisiti minimi a cui fare riferimento potrebbero essere così riassunti:

- Identificazione proceduralizzata del trasporto dal punto nascita alla TIN di riferimento creando una rete di collegamenti formalizzata tra le due realtà prevedendo comunque il coinvolgimento del sistema 118 in caso di occupazione totale dei letti della TIN di riferimento in modo da conoscere quale altra TIN nelle vicinanze può o deve essere allertata.
- Definizione a livello nazionale delle figure professionali coinvolte con la attribuzione di responsabilità a cui ci si deve attenere mediante formazione specifica e obbligatoria delle figure coinvolte
- Definizione di programmi

formativi interaziendali al fine di rendere per rendere comuni le conoscenze del protocollo tra le due unità afferenti a due aziende differenti. La formazione dovrebbe essere obbligatoria e finalizzata a programmi di aggiornamento tra le due aziende. (Formazione ECM vera)

- Creazione della rete pediatrica per le urgenze e delle criticità pediatriche in sede regionale ma con coordinamento nazionale laddove si rendesse necessario il trasporto protetto nella regione limitrofa o in un centro di riferimento specifico.
- Obbligo formativo specifico per le patologie pediatriche nei DEA di I e II livello per adulti. L'obbligo formativo richiede una ripetizione ed affinamento nel tempo almeno sulle procedure indispensabili per mettere in sicurezza il bambino.
- Formazione specifica del personale medico e di supporto per la gestione del carrello delle emergenze che di solito ha in dotazione strumenti e dispositivi dedicati anche al paziente pediatrico e neonatale che al bisogno pochi sanno utilizzare.
- Identificazione di strutture con pediatri in rete per assicurare la presenza sul territorio anche nei prefestivi al fine di abituare i genitori all'esistenza di una struttura territoriale di supporto per i codici bianchi e verdi.
- Prevedere momenti formativi su base comunicativa nei DEA al fine di informare i genitori sul corretto iter di gestione dell'ansia legato ai sintomi dei pazienti pediatrici (di fatto si tratta di rimettere a tema la corretta gestione dei bambini dovuta all'esperienza genitoriale e familiare e di buon senso presente nella cultura degli anni passati dove si faceva meno ricorso all'ospedale per le patologie lievi e ben conosciute.)
- Rendere obbligatoria l'acquisizione di punteggio ECM finalizzato alla armonizzazione delle conoscenze sui requisiti di gestione tecnica e professionale delle urgenze pediatriche di collegamento tra PS e DEA per adulti versus trasferimenti con pazienti stabilizzati versus DEA di II livello pediatrici o adatti allo scopo. ■

**E**ntrano in ospedale con la paura di uscirne conciatissimi: un paziente su due teme di essere vittima di errori medici in clinica e lo spauracchio che più preoccupa è il sovraffollamento dei Pronto Soccorso, perché la maggioranza pensa che nel caos che spesso affligge i reparti di emergenza, sviste e dimenticanze possano essere più probabili. Timori purtroppo non del tutto infondati: stando ai dati discussi durante il convegno "Paziente sicuro in ospedale", organizzato il 29 giugno a Roma dall'Associazione Salute e Società Onlus e dall'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma con il Patrocinio della Regione Lazio, sugli otto milioni di ricoveri che si verificano ogni anno in Italia si registrano 320.000 casi di danni o conseguenze più o meno gravi per il paziente provocati da errori in parte evitabili.

In circa due casi su tre gli incidenti sono diretta conseguenza di problemi organizzativi, solo in un terzo dei casi c'è una negligenza o imperizia da parte del personale sanitario. Nonostante questo, negli ultimi 25 anni il numero di denunce a carico dei professionisti è cresciuto del 300% e in tutta Italia le cause pendenti sono 12.000, per richieste di risarcimento danni superiori a 2,5 miliardi di euro a cui si aggiungono circa 13 miliardi di spesa per il Servizio Sanitario Nazionale dovuti alla medicina difensiva. Per ridurre la probabilità di errori e restituire ai pazienti la fiducia negli ospedali, la Regione Lazio ha emanato per la prima volta nuove Linee Guida per la gestione del rischio clinico in ospedale: dallo scrivere in stampatello sulle cartelle cliniche all'uso di strumenti informatici per la registrazione di terapie ed esami, agli obiettivi concreti per i primari e i direttori generali, le soluzioni per ridurre i pericoli sono spesso semplici e alla portata di tutti. "Le situazioni in cui si può commettere un errore in corsia sono molte, ma tutti gli studi svolti a oggi indicano che la maggioranza degli sbagli potrebbe essere evitata - ha spiegato **Alessandro Boccanelli**, presidente dell'Associazione Salute e Società Onlus e co-presidente della Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (Sicge) - L'84% degli errori viene commesso trascrivendola: il collega o l'infermiere non comprende la scrittura del medico che ha indicato la cura e questa viene modificata. La soluzione è banale: basterebbe scrivere sempre in stampatello sulle cartelle cliniche per prevenire moltissimi guai, visto che

► Segue a pagina 20

## Errori in sanità

# 320mila casi su 8 milioni di ricoveri ogni anno. Ma 2 su 3 sono evitabili

È il dato emerso nel corso di un convegno organizzato dall'Associazione Salute e Società Onlus e dall'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma con il Patrocinio della Regione Lazio. Negli ultimi 25 anni il numero di denunce a carico dei professionisti è cresciuto del 300% e in tutta Italia le cause pendenti sono 12.000, per richieste di risarcimento danni superiori a 2,5 miliardi di euro a cui si aggiungono circa 13 miliardi di spesa



## “Solo in 1 caso su 3 è colpa del medico. Serve prevenzione del rischio clinico”

**Il dibattito in corso alla Camera sulla responsabilità dei medici e dell'ente è necessario e deve anzi essere accelerato; ma bisogna affrontare con forza il tema degli standard tecnologici, strumentali e organizzativi degli ospedali**

**Benedetto Fucci**

Segretario della Commissione Affari Sociali della Camera

**Ho letto con interesse** l'articolo sugli errori in sanità, pubblicato su *Quotidiano Sanità* del 29 giugno. I dati emersi sul numero di denunce a carico dei medici e sull'entità delle cause pendenti confermano due elementi: il dibattito in corso, alla Camera, sulla responsabilità dei medici è necessario e deve anzi essere accelerato; bisogna affrontare con forza il tema degli standard tecnologici, strumentali e organizzativi degli ospedali. In particolare quest'ultimo punto, spesso sottovalutato, è molto importante. Come emerso di recente, infatti, nella maggior parte dei casi i proble-



mi derivano da un'organizzazione inadeguata, dall'uso di strumenti obsoleti, da incomprensioni banali sulla cartella clinica. Solo un terzo degli errori sarebbe riconducibile a condotte del medico. Questi elementi sono molto importanti anche sul piano concettuale perché, come per esempio osservato dall'Avv. **Vania Cirese**, autorevole esperta del settore, ai giorni nostri è ormai anacronistico riferirsi solo all'attività svolta dal libero professionista e non anche a quella della struttura sanitaria, la quale (anche in base a disposizioni di legge già vigenti: si veda il decreto legislativo

502 del 1992) deve garantire sul piano strutturale, tecnologico e organizzativo un adeguato livello delle cure. Vi è insomma necessità di un contesto che consenta al medico di lavorare bene e in serenità. Questo significa parlare di temi quali la responsabilità degli enti e dei loro dirigenti preposti, appunto, agli aspetti organizzativi, strutturali e gestionali. La mia riflessione è che questi elementi debbano spingerci ancor di più ad affrontare in modo adeguato e strutturale il tema del sistema di analisi e di prevenzione del rischio clinico a livello nazionale. L'ultimo intervento in materia, contenuto nel "Decreto Balduzzi" del 2012, fu del tutto inadeguato in quanto si passò da un testo iniziale del provvedimento positivo a un testo poi modificato in peggio e soprattutto privo delle necessarie risorse economiche: questo fu peraltro uno dei motivi che mi spinsero, allora, a votare contro quel provvedimento in dissenso dalle indicazioni del mio gruppo parlamentare. Oggi in Italia non esiste, a differenza di altre realtà anche europee e a noi vicine come la Francia, un vero e univoco modello nazionale di gestione del rischio che si rifaccia a una metodologia riconosciuta. Se in alcune realtà locali (capofila sono stati il Veneto e la Toscana) ci sono unità sul rischio clinico già operative e questo rappresenta un elemento positivo sul piano territoriale, è altrettanto vero che tali interessanti esperienze non sono nelle condizioni di "fare rete". Evi-

► Segue a pagina 20

# Rapporto Ania / Assicurazioni sanitarie

## Il 70% dei contenziosi finisce nel nulla. Ma i premi per i medici e i professionisti salgono del 10%

**S**cedono nel 2013 rispetto all'anno precedente i sinistri sanitari del 2,5% ma aumentano i premi delle polizze del 3,8%. È quanto evidenzia l'Ania nel suo ultimo Rapporto annuale dove ha analizzato anche la situazione della Rc Sanitaria sia per quanto riguarda le strutture che i professionisti. Come dicevamo il numero dei sinistri nel 2013 ha registrato una lieve riduzione (-2,5% rispetto al 2012), proseguendo la tendenza già avviata nel 2010: nel periodo 2010-2013 sono diminuiti dell'11%. Ma nello specifico Ania evidenzia come mentre "i sinistri relativi alle strutture sanitarie diminuiscono del 5,5%, quelli relativi alle polizze dei professionisti tornano nel 2013 ad aumentare del 2,4%, dopo tre anni consecutivi di riduzione".

La stima dei premi del lavoro diretto italiano per l'esercizio 2013 è pari a 564 milioni di euro, ripartiti al 50% tra le polizze stipulate dalle strutture sanitarie e quelle sottoscritte dai professionisti sanitari. In ogni caso si deve tenere conto che la statistica non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti

**Nel 2013 i sinistri scendono del 2,5%, ma quelli a carico dei professionisti salgono del 2,4%. E i premi crescono mediamente del 3,8%, con il boom di quelli stipulati dai professionisti che salgono del 10%. Calano invece quelli delle Asl (-5,5%). Per Ania l'aumento dei premi è dovuto al "persistente disequilibrio economico del settore"**

in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi.

**Rispetto all'anno precedente in ogni caso i premi sono aumentati del 3,8%.** "Vi ha contribuito essenzialmente l'aumento di oltre il 10% registrato dal volume premi relativo alle polizze dei professionisti, probabilmente anche a causa di una rivisitazione dei prezzi assicurativi resasi necessaria per il persistente disequilibrio economico del settore".

**Risultano invece in lieve contrazione (-2,1% rispetto al 2012)** i premi relativi alle strutture sanitarie. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi nel periodo 2003-2013 si attesta al 6,9% (rispettivamente 4,1% per le strutture sanitarie e 10,9% per i professionisti).

**Per quanto la situazione del numero dei sinistri** che la compagnia chiude senza effettuare nes-

sun pagamento (c.d. senza seguito). "Se si esaminano le generazioni più mature (dal 1994 al 2003), mediamente oltre i due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie, per il totale della r.c. medica, vengono chiusi senza seguito". In particolare la percentuale è più elevata per i sinistri relativi alle strutture sanitarie (mediamente pari nel periodo al 70%). "Questo potrebbe essere causato da fenomeni di duplicazione di denunce per lo stesso sinistro (che possono colpire ad esempio sia la struttura sia il personale medico coinvolto singolarmente) e che sono poi chiuse senza seguito dalla compagnia in quanto riconducibili ad un unico sinistro per l'impresa assicurativa".

**Per i sinistri relativi alla r.c. professionale** mediamente il 60% dei sinistri denunciati non dà seguito a un risarcimento. **Y**

## Minucci (Ania): "Occorre una Riforma della sanità. Nuovi Lea, ticket e regole omogenee per mutue, fondi e assicurazioni"

**Il presidente di Ania, Aldo Minucci** durante il suo discorso in occasione della Relazione annuale ha parlato anche di sanità e delle riforme necessarie: dai ai Lea ai ticket passando per la sanità integrativa". "Nella sanità i dati evidenziano un crescente divario fra i bisogni dei cittadini, che sono in aumento anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, e l'adeguatezza e la tempestività delle prestazioni garantite dallo Stato, soggette a vincoli sempre più stringenti di finanza pubblica. Non è un caso che, in Italia, vi sia una forte incidenza delle spese sanitarie "di tasca propria", ossia delle spese che i cittadini pagano direttamente". "Oltre a questo - ha precisato - con la crisi economica è aumentato il numero delle persone che sono costrette a rinunciare alle cure, anche a causa di liste di attesa sempre più lunghe.

Per modificare tale situazione occorre a nostro avviso una riforma che, pur mantenendo l'accesso universalistico ai servizi sanitari pubblici, preveda che alcune prestazioni - quali la prevenzione, la diagnostica, le visite specialistiche - siano offerte gratuitamente solo a coloro che si trovano in condizioni di vulnerabilità economica. Tutti gli altri dovrebbero sostenerne il costo, ricorrendo a strumenti assicurativi, mutue o fondi sanitari, ovviamente incentivati sotto il profilo fiscale. Tale modello, oltre a permettere importanti razionalizzazioni nei costi delle prestazioni sanitarie, determinerebbe una riduzione delle liste di attesa per effetto dei maggiori spazi disponibili nelle strutture pubbliche derivanti dall'apertura alle prestazioni sanitarie integrative".

Ma per rendere concretamente attuabile il nuovo assetto "occorre che si realizzino alcune condizioni. È necessaria, anzitutto, una ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza e delle modalità di calcolo dei ticket, in modo da fare chiarezza su quello che lo Stato garantisce effettivamente ai cittadini. Occorre, poi, un insieme di regole omogenee per tutti gli operatori della sanità privata (mutue, fondi sanitari e imprese di assicurazione). A tal fine, è opportuna l'approvazione di un "Testo Unico" della sanità integrativa che preveda una sola Autorità di vigilanza per le diverse forme sanitarie, stabilendo - a tutela degli assistiti - requisiti di governance e solvibilità uniformi. L'equiparazione delle forme sanitarie integrative deve ricomprendere i profili fiscali, estendendo anche alle polizze la deducibilità dei contributi versati ed eliminando la specifica imposta sui premi assicurativi".

# 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



► Segue da pagina 18

**Errori in sanità**

proprio gli errori di prescrizione sono responsabili in un caso su due degli "incidenti" durante i trattamenti, mentre gli errori di somministrazione sono il 26% e quelli di distribuzione il 14%. Si stima che ogni 100 ricoveri si verifichino circa 4 errori, ma solo un terzo è davvero colpa del medico: nella maggioranza dei casi i problemi derivano da un'organizzazione inadeguata, dall'uso di strumenti obsoleti, da incomprensioni banali sulla cartella clinica".

Tutto questo ha conseguenze economiche pesanti: le denunce per lesioni dei pazienti vittime di errori ospedalieri sono in crescita esponenziale, con un valore medio dei sinistri di circa 40.000 euro e quasi la metà dei casi riconducibili ai reparti di chirurgia generale, ortopedia e Pronto Soccorso. "Purtroppo l'incremento delle denunce ha ripercussioni consistenti sull'attività dei medici - ha osservato Boccanelli - Il 92% ritiene che l'impatto delle norme che regolano la responsabilità medico-legale sul normale svolgimento del rapporto medico/paziente sia molto forte, l'86% considera il rischio di subire una denuncia come uno dei fattori di maggiore preoccupazione professionale, l'83% teme di perdere il proprio patrimonio e il 77% la propria reputazione. Con queste premesse il lavoro non può essere sereno e ciò non può che far aumentare il rischio di incidenti". Ecco perché la Regione Lazio, dove la maggioranza degli ospedali, fra cui ad esempio il San Camillo e il San Giovanni, si trova nella fascia di rischio più alta per la complessità delle procedure che vi vengono eseguite, ha deciso di mettere a punto **Linee Guida per il contenimento del rischio clinico**. L'obiettivo non è colpevolizzare i medici, ma svolgere una funzione di prevenzione in cui si impari dagli errori e si offrano soluzioni, identificando le circostanze più a rischio e proponendo percorsi che riducano i pericoli in maniera semplice ed efficace. Per evitare

gli errori spesso bastano piccoli accorgimenti come una checklist o anche la sola consapevolezza da parte dei medici delle circostanze in cui è più importante non abbassare la guardia. "Un esempio sono le infezioni ospedaliere, fra le evenienze che più spesso mettono a rischio i ricoverati per colpa di errori evitabili: circa il 5% dei pazienti contrae un'infezione in ospedale, soprattutto a livello delle vie urinarie o della ferita chirurgica, e si stimano circa 450mila casi ogni anno - ha commentato **Stefano Pompili**, Direttore Sanitario dell'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma - Due su tre sono praticamente inevitabili perché connesse alla malattia del paziente, a difese immunitarie compromesse e a proliferazione di microrganismi resistenti agli antibiotici. Ma circa un terzo potrebbe essere evitato: significa che 135.000 infezioni potrebbero essere risparmiate semplicemente migliorando l'organizzazione dei nostri ospedali" conclude Pompili.

Durante il convegno, a cui erano presenti clinici, avvocati, magistrati, direttori sanitari, medici legali e risk manager ma anche rappresentanti dei cittadini, infermieri, sociologi e psicologi, sono state discusse ulteriori proposte per rendere più sicura la permanenza dei pazienti in ospedale, con un occhio di riguardo per i diritti del cittadino. "Il paziente deve essere costantemente informato, deve poter accedere alla propria documentazione sanitaria e va messo al centro del sistema - ha affermato Boccanelli. Nel momento in cui il cittadino diventa paziente stipula di fatto un contratto che va rispettato da entrambe le parti, sia con il medico che con la struttura: deve essere stabilito un buon rapporto medico paziente, l'atteggiamento deve essere amichevole e di accoglienza. Soprattutto, occorre sempre partire dalle esigenze di cura del malato e verificare a ogni passo che a queste venga data la risposta adeguata".

► Segue da pagina 18

**Prevenzione del rischio clinico**

denzio questo tema sia per la sua oggettiva importanza, sia perché esso viene in parte trattato nelle proposte di legge sulla responsabilità all'esame della Commissione Affari Sociali della Camera. In altre parole il dibattito in atto alla Camera, pur con tempi che io stesso non esito a definire troppo lunghi, va seguito anche per l'interesse di questo specifico punto, il cui esame deve a mio

parere procedere di pari passo con quello relativo alla responsabilità del medico e dell'ente. Senza infine dimenticare che un efficace sistema di gestione del rischio clinico contribuirebbe anche a ridurre le dimensioni oggi notevoli, e quindi anche la portata delle loro conseguenze sul piano economico per il Ssn, della "medicina difensiva" che, secondo i dati di un'indagine portata all'attenzione della Camera, ha un'incidenza sulla spesa sanitaria pari a circa il 10 per cento.

# In arrivo il "Viagra rosa"

## Trojano: serve screening personalizzato

Con molta probabilità, anche le donne potranno finalmente contare a breve sulla pillola del desiderio. Il comitato consultivo della Food and Drug Administration (Fda), l'organismo di vigilanza sui prodotti medici che vengono commercializzati negli Stati Uniti, dovrebbe infatti approvare entro il mese di agosto la vendita del "Flibanserina". Così si chiama il farmaco prodotto dall'azienda Sprout Pharmaceutical, indicato per curare una libido un po' fiacca. Se anche l'Agenzia italiana del Farmaco lo approverà, sui banchi della farmacia si potrà acquistare la pillola rosa già a partire da settembre. Sull'argomento piovono critiche e i motivi sono tanti. Primo tra tutti l'interesse dei produttori a commercializzare un farmaco che con tutta probabilità servirà soltanto a far impennare il fatturato delle lobby farmaceutiche. In seconda battuta ci sono molte perplessità riguardo gli effetti collaterali.

**Ma come agisce esattamente questa pillola rosa?** A rispondere a questo interrogativo in un'intervista rilasciata al settimanale *Gente* è il presidente Aogoi **Vito Trojano**, che così puntualizza: "intanto va chiarito che a differenza del maschile Viagra, che agisce in maniera meccanica e serve soltanto nel momento in cui si deve consumare l'atto sessuale, la pillola rosa non serve ad aumentare l'irrorazione sanguigna nei genitali, ma agisce esclusivamente a livello cerebrale potenziando i neurotrasmettitori legati all'eccitazione. In sostanza la flibanserina dovrebbe garantire un maggior appetito sessuale ma non assicura l'orgasmo. La sua azione è la stessa di un antidepressivo perché agisce sul sistema nervoso centrale alzando i livelli di dopamina e serotonina, gli ormoni del piacere. Oltretutto, a differenza del Viagra, si tratta di un farmaco la cui assunzione deve essere giornaliera e continuativa, quindi non può essere presa "al bisogno", perciò bisogna mettere in conto possibili effetti collaterali poco tollerati come nausea, sonnolenza, ipotensione e molto spesso vertigini e quindi valutare il rapporto rischio-beneficio" avverte Trojano. **Per quali donne è indicata?** "Sicuramente non per le giovanissime (fascia d'età 25-40) a meno che tra

**Il farmaco per la prima volta ha ottenuto una risposta positiva da parte della Fda. Ma "attenzione agli effetti collaterali. Bisogna valutare il rapporto rischio-beneficio", come spiega il presidente Aogoi in un'intervista al settimanale Gente. "Serve uno screening personalizzato, va utilizzato solo a partire dai 45 anni e ci vuole un supporto psico-sessuologico prima di iniziare la cura"**



queste non ci sia un problema legato a uno sbalzo ormonale che pregiudichi il desiderio, come nel caso di una depressione post-partum e nel caso di tutte quelle malattie che pregiudicano il desiderio, come ad esempio il diabete o le patologie oncologiche. Scartate queste condizioni, la pillola rosa è indicata per le donne nel periodo che precede e segue la menopausa, durante il quale il calo degli estrogeni può incidere in maniera significativa sull'appetito sessuale. In ogni caso - precisa

Trojano - occorrerà testare la pillola su un maggiore campione di donne anche per capire quanto incida il fattore "dipendenza" creato dal farmaco dopo la sospensione e valutare perciò se sia indispensabile assumerlo". Tra gli effetti per così dire, vantaggiosi, ci sarebbe anche la riduzione dell'appetito, cosa che in tempi di diete estive potrebbe far gola a molte. "Ma per perdere chili sarebbe molto più saggio non cedere a tentazioni pericolose" (Fonte: *Gente*). **V**

**"Pensare che la pillola rosa sia la soluzione del calo del desiderio è sbagliato e molto rischioso"**

Così **Valentina Cosmi**, psicologa e sessuologa a Roma.

**"Pericoloso perché, come è successo spesso per coloro che assumevano il Viagra, si tende a pensare che senza di essa non si potranno avere rapporti soddisfacenti. Il rischio può essere quello di avere in un'idea di sessualità medicalizzata, in cui gli aspetti prestazionali risultano in primo piano rispetto ad altri fattori importanti. Occorre ricordare infatti che la**

**sessualità di una donna include molteplici fattori, che vanno ben oltre il raggiungimento dell'orgasmo (un aspetto su cui tra l'altro la pillola rosa non incide). Nella donna spesso il desiderio sessuale viaggia accanto a componenti relazionali ed emotive ben più profonde per cui è inutile ricorrere alla pillola appena qualcosa non va con il partner. Altra faccenda è se il calo del desiderio coincide con una gravidanza o con la menopausa, allora in questo caso si potrà forse pensare ad una terapia farmacologica, interpellando sia il ginecologo sia lo psicossessuologo per una soluzione ottimale, con un approccio interdisciplinare orientato a costruire un percorso ad hoc per la donna".** (Fonte: *Gente*)



Senato. Presentato Ddl sul parto naturale sicuro. Binetti (Ap) e Di Biagio (Ap): “Una svolta nell'ostetricia italiana”

# La protesta dei Ginecologi: “No a leggi sul parto senza il parere degli esperti”

**“C**on questa proposta abbiamo l'ambizione di sollecitare una nuova cultura legata all'eventonascita, che ruoti esclusivamente intorno alla salute del bambino e della madre e alla promozione della naturalità dello stesso, prevedendo adeguati livelli di sicurezza, attualmente carenti, e l'introduzione di nuovo modello clinico organizzativo di parto che si configura come una svolta nell'ostetricia italiana. Il sistema proposto consentirebbe di ridurre in modo significativo le complicanze materno-feto-neonatali, i conseguenti costi legati ad errori sanitari, collocando l'eventonascita in una sfera di sicurezza da troppo tempo auspicata”. Questi gli obiettivi che si prefigge il Ddl recante Norme per l'incremento del livello di sicurezza del parto naturale, depositato alla Camera da Paola Binetti (Ap) e al Senato da Aldo Di Biagio (Ap). Il testo, composto da 5 articoli, è stato presentato il 6 luglio scorso nel corso di una conferenza stampa a Palazzo Madama

## LA PROTESTA DEI GINECOLOGI

I ginecologi e le ostetriche italiani, in un comunicato stampa, hanno espresso “il loro totale disappunto per non essere stati coinvolti nell'elaborazione della proposta di legge Norme per l'incremento del livello di sicurezza del parto naturale”. Non si può scrivere un provvedimento sulla sicurezza del percorso nascita e del parto, che parla di gravidanza, senza sentire il parere di chi tutti i giorni lavora con madri e neonati - affermano nella nota i presidenti di Sigo, Aogoi e Agui **Paolo**

**Il disegno di legge, già assegnato alla commissione Affari Sociali della Camera, è stato presentato il 6 luglio scorso nel corso di una conferenza stampa a Palazzo Madama dai due parlamentari firmatari: Paola Binetti e Aldo Di Biagio. L'obiettivo del Dl - affermano in una nota - “è quello di introdurre un nuovo modello clinico organizzativo che si configura come una svolta nell'ostetricia italiana”. Il sistema proposto “consentirebbe di ridurre in modo significativo le complicanze materno-feto-neonatali, i conseguenti costi legati ad errori sanitari, collocando la**

**nascita in una sfera di sicurezza da troppo tempo auspicata”. Ferma la presa di posizione da parte dei presidenti di Aogoi, Sigo, Agui e Fncio che hanno criticato il mancato coinvolgimento dei professionisti del settore. “Non si può scrivere un provvedimento sulla sicurezza del percorso nascita e del parto senza sentire l'opinione di chi tutti i giorni assiste madri e neonati - affermano in una nota -. I legislatori devono ascoltare le Società Scientifiche e coinvolgerle in specifiche commissioni tecniche come quelle istituite dal Ministero della Salute”**

**Scollo, Vito Trojano, Nicola Colacurci** e la presidente della Federazione nazionale dei collegi ostetriche (Fncio), **Maria Vicario**, in merito alla proposta di legge Binetti - Di Biagio. “Non vogliamo sostituirci al legislatore ma la politica deve ascoltarci. Le Società scientifiche e il Collegio Italiano delle Ostetriche sono gli organi ufficiali e giuridicamente riconosciuti per poter affrontare l'importante parte tecnica e formativa del percorso nascita con particolare attenzione all'evento parto. Il Ministero della Salute in questi anni ha istituito commissioni specifiche per risolvere problemi importanti come l'eccessivo ricorso alla medicina difensiva, il calo della fertilità degli italiani o il miglioramento dell'assistenza pediatrica e neo natale. In questi organi erano presenti esponenti delle Società Scientifiche competenti. Chiediamo quindi al Parlamento di seguire l'esempio del dicastero della sanità. Legiferare senza il supporto degli esperti del settore è pericoloso - concludono i ginecologi e le ostetriche italiani -. Si rischia di far passare messaggi che non sono conformi alla realtà dell'assistenza alla gestazione”. Ad unirsi alla protesta alla protesta espressa da Sigo, Aogoi, Agui e Fncio anche la Società italiana di scienze ostetrico-ginecologico-neonatale (Syrio). “Apprezziamo l'impegno, la sensibilità dei senatori Paola Binetti e Aldo Di Biagio nel promuovere il parto naturale nelle sale parto italiane come previsto nel Ddl ‘Norme per l'incremento del livello di sicurezza del parto naturale’ presentato”, ma

## IL COMMENTO

### AOGOI: “Sbagliato non coinvolgere gli esperti e promuovere tecniche non suffragate dalle evidenze”

**T**ra gli invitati alla conferenza stampa di presentazione del Dl Binetti-Di Biagio al Senato non c'era nessun rappresentante delle società scientifiche della Ginecologia italiana. E non poteva essere altrimenti, infatti, come sottolinea il presidente Aogoi Vito Trojano “non c'è stato rivolto nessun invito”. Ma non è certo la ‘forma’ a lasciare l'amaro in bocca ai ginecologi e alle ostetriche italiani. “Il punto - sottolinea Trojano - è che affrontare l'importante parte tecnica e formativa del percorso nascita, con particolare attenzione all'evento parto - senza un confronto con gli esperti del settore - è un metodo sbagliato da parte del legislatore”. Per l'Aogoi “la presa di posizione delle Società scientifiche di ginecologia e del Collegio delle Ostetriche non è, né vuole essere, pretestuosa. Del resto, come ricordato nello stesso testo introduttivo del Dl Binetti-De Biagio, ‘La sicurezza del parto è un aspetto che impegna i professionisti e le organizzazioni sanitarie’. Il tema dunque ci riguarda, eccome!” Ma non si tratta solo di metodo. “Promuovere tecniche e tecnologie non supportate da sufficienti evidenze scientifiche, come le soluzioni ‘tecnologicamente avanzate’ che vengono proposte

nel disegno di legge, per un ‘nuovo metodo di parto per via vaginale’ è profondamente sbagliato nella sostanza”. “L'ambizioso obiettivo di ‘riorganizzare il modello clinico del parto’ si riduce a ben poca cosa. Infatti le ‘soluzioni tecnologicamente avanzate’ della proposta Binetti-Di Biagio - evidenzia l'Aogoi - ruotano tutte intorno a ‘un progetto che intende utilizzare il BabyBirth’: un dispositivo medico innovativo, come prevenzione primaria per minimizzare l'insorgenza di eventi avversi nell'assistenza al parto e al postpartum in modo da ridurre la mortalità e la morbosità materno-feto-neonatale potenzialmente evitabile”. Il dispositivo è talmente nuovo e innovativo che sono davvero in pochi a conoscerlo. Così dicasi anche per il ‘Centro interuniversitario scienze attuariali e gestione dei rischi’ che ha elaborato il progetto “BabyBirth”. Per la verità qualcosa si sa sull'argomento. “Passando in rassegna la letteratura internazionale ci sono solo tre lavori. I dati disponibili sono scarsi, largamente incerti e in larga parte il dispositivo è stato utilizzato su donne che effettuano anestesia epidurale”.

► Segue a pagina 24

► Segue a pagina 24

I Dipartimenti del Benessere di Coppia (DBC) AOGOI-SIU sbarcano ad EXPO

# Crisi sotto le lenzuola? Superiamola, a partire

Il made in Italy italiano scende in soccorso del benessere di coppia: i Dipartimenti del Benessere di Coppia AOGOI-SIU sbarcano ad EXPO con una settimana di iniziative su Alimentazione, stile di vita e sessualità. Si parte dal "seme" della vita" per il recupero di una buona sessualità e passionalità di coppia. A cominciare dalla tavola. Ci illustrano questa iniziativa 'ginecologi e urologi, insieme'.

**L**a "crisi sotto le lenzuola" è una delle problematiche più diffuse degli ultimi tempi. Secondo i medici per mandare in tilt la coppia basta poco, anche una banale infezione o una malattia dell'apparato genitale. "Sostenere una sana e serena intimità sessuale è il primo obiettivo dei Dipartimenti del Benessere di Coppia, nucleo centrale del progetto Aogoi-Siu", come sottolinea **Giuseppe De Placido**, ordinario di Ostetricia e Ginecologia Università degli Studi di Napoli "Federico II" e responsabile della Uoc di Ostetricia e ginecologia, che dirige il DBC di Napoli in sinergia con **Vincenzo Mirone**, segretario generale SIU, ordinario di Urologia Università degli Studi di Napoli "Federico II" e responsabile della Uoc di Urologia e Centro di litotrissia urinaria dell'Azienda.

"Il DBC di Napoli – prosegue De Placido – ha ampliato la sua offerta terapeutica' con tecnologie mediche innovative che puntano a sconfiggere l'atrofia vaginale che affligge le donne in menopausa naturale e le pazienti che hanno subito importanti terapie oncologiche, una patologia che minaccia fortemente la sessualità delle coppie più mature o di quelle in cui la donna è stata colpita da carcinoma mammario". "Sono ormai numerose le coppie che si rivolgono al DBC di Napoli, dove ginecologi e urologi, insieme, danno il loro prezioso con-



Giuseppe de Placido

tributo per il recupero di un benessere sessuale di coppia – sottolinea **Tiziana Pagano**, ginecologa del DCB di Napoli - grazie a un counselling mirato e a indicazioni terapeutiche moderne e adeguate, che oggi sono sempre più efficaci e tollerate, anche per le recenti novità del 'made in Italy terapeutico' per i disturbi sessuali maschili, soprattutto in tema di disfunzione erettile". "Un problema assai diffuso che sappiamo può scatenare anche un disturbo del desiderio nella donna – aggiunge Vincenzo Mirone. Per noi è motivo di grande soddisfazione riuscire ad aiutare molte coppie che si rivolgono al nostro Dipartimento, grazie alla collaborazione sinergica con i colleghi ginecologi".

I numeri sui problemi della sessualità in Italia sono "importanti" e fanno riflettere. Le richieste





Tiziana Pagano insieme ai colleghi dello staff del DBC di Napoli

# dalla tavola



Antonio Chiantera

## “La nostra presenza ad Expo è un ottimo detonatore dell’iniziativa Aogoi-Siu”

per le terapie di coppia sono aumentate del 15% negli ultimi 5 anni, così come i disturbi lamentati più comunemente dalle donne (+25 per cento nel caso del vaginismo) (fonte La Repubblica). Secondo le stime del Dipartimento Benessere di Coppia Aogoi sono 16 milioni gli italiani che soffrono di disturbi sessuali. Più di 2 milioni le donne italiane che soffrono di vaginismo e disparunia. Oltre 800 mila le coppie a rischio infedeltà e rottura per i problemi sotto le lenzuola.

Ma quanto conta l'alimentazione e uno stile di vita sano nella prevenzione dei disturbi maschili? “Il cibo è un alleato dell'amore – afferma il segretario generale Siu Vincenzo Mirone – aiuta a mantenere in salute le funzioni sessuali, la prostata - contrastandone l'ingrossamento-, e a prevenire i disturbi urinari maschili. Per non parlare poi della prevenzione in tema di malattie croniche come diabete e obesità”

La nostra presenza ad Expo è un ottimo detonatore dell'iniziativa Aogoi-Siu – sottolinea il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera. I Dipartimenti del Benessere di Coppia – con il loro approccio clinico integrato e centrato sulla coppia anziché sul sin-



Vincenzo Mirone

golo individuo – costituiscono davvero un modello innovativo per affrontare le problematiche sessuali legate alla vita di coppia. Sono il primo esempio in ambito europeo, guardato con interesse anche all'estero e senz'altro potrebbero diventare un modello made in Italy da esportare anche a livello internazionale”. E da fine settembre saranno presenti anche ad Expo.

La Conferenza Stampa organizzata per il 29 settembre su “Alimentazione, stile di vita e sessualità”. Partiamo dal ‘seme’ della vita per il recupero di una buona sessualità e passionalità di coppia, a partire dalla tavola” presso la Cascina Triulza ad Expo – prosegue Chiantera – sarà un'opportunità per affrontare certamente il tema del benessere riproduttivo e sessuale e di come e quanto incidano alimentazione e stile di vita, ma servirà anche per far conoscere a un'ampia platea la nostra iniziativa: il nostro impegno congiunto, di ginecologi e urologi ‘insieme’ già presente nei Dipartimenti di Napoli, Milano, Bari e Modena. E per veicolare i contenuti delle Raccomandazioni finalizzate a individuare percorsi diagnostico-terapeutici di base dei disturbi sessuali maschili, partendo dal disagio femminile. Soprattutto ritengo sia importante parlare al grande pubblico di questi problemi che per troppo tempo hanno rappresentato un tabù, anche per i medici, e naturalmente informare sulle soluzioni per

risolverli”.

Tutto ruoterà comunque intorno al cibo. “Ginecologi e urologi insieme vogliono esaltare il made in Italy a tavola, a supporto di un rinnovato benessere sessuale e di una ritrovata passione - sottolinea Mirone. Il cibo, infatti, oltre ad essere nutrimento quotidiano è anche amore, passione, energia vitale, nutrimento spirituale, affettivo, sessuale, culturale, tradizione, simbolo, relazione, ricordo e condivisione. È un bene comune all'interno della coppia” “Oggi, la necessità di costruire e diffondere questa cultura si fa sempre più importante soprattutto alla luce delle recenti notizie sulla correlazione tra stile di vita e disfunzioni sessuali (soprattutto maschili e in particolare in presenza di disfunzione erettile) – aggiunge il segretario generale Siu. Sappiamo che le disfunzioni sessuali maschili in generale, e la disfunzione erettile (DE) in particolare, sono un problema di frequente riscontro medico e nuove indagini condotte in Italia fanno emergere in maniera sempre più chiara come corretti stili di vita – soprattutto a tavola – possono contribuire al recupero di un sano benessere sessuale, soprattutto maschile. Uno studio molto recente ha evidenziato che chi mangia seguendo la dieta mediterranea ha un rischio minore di soffrire di disfunzione erettile, e a questo corre in aiuto un mix tutto italiano: cibo e novità terapeutiche. Viene quindi colto lo spunto delle sinergie e delle opportunità che Expo 2015 offre per ri-

lanciare una ‘cultura di coppia’ nata lo scorso anno con i Dipartimenti del Benessere di coppia di Aogoi e Siu, complementare a una cultura tutta italiana per il buon cibo, che è anche un importante ausilio per sostenere una buona sessualità di coppia e di un benessere sessuale personale, soprattutto maschile”.

Al termine della conferenza stampa, aperta ai giornalisti e alle associazioni italiane, spiega Antonio Chiàntera, “i nostri ginecologi e urologi saranno a disposizione del pubblico per un ‘counselling live’: attività che continuerà poi anche presso lo stand “The circle of life” al primo piano della Cascina Triulza per tutta la settimana. Presso lo stand poi saranno proiettati video e distribuiti opuscoli informativi con consigli pratici su come fronteggiare le problematiche e su quali sono le regole alimentari e le indicazioni generali da seguire”.

Appuntamento dunque al 29 settembre 2015, ore 18.30, presso la Sala workshop Area Mercato – Cascina Triulza-Padiglione Società Civile – dove ginecologi e urologi ‘insieme’ ci aiuteranno a capire come recuperare una buona sessualità e passionalità di coppia, a partire dalla tavola ... e non solo!



## La protesta dei Ginecologi: "No a leggi sul parto senza il parere degli esperti"

► Segue da pagina 21

"non condividiamo la scelta di non coinvolgere nella stesura del Ddl i professionisti esperti nella presa in carico di madre e neonato in sala parto". Per questo la Syrio chiede "la costituzione di un tavolo tecnico, con la presenza anche delle ostetriche e di componenti sociali, a supporto dei politici per la stesura di un disegno di legge che sia aderente all'evoluzione scientifica e tecnologica, con gli attuali bisogni e scelte dell'utenza e rispettoso delle buone pratiche al fine di un rafforzamento di modelli di cura-assistenza che garantiscano la sicurezza del parto naturale".

### Ma vediamo nel dettaglio cosa prevedono i 5 articoli della proposta di legge Binetti- Di Biagio.

Il Ddl, **all'articolo 1** prevede il parto naturale secondo modalità che assicurino la sicurezza della partoriente, del feto e del neonato.

**L'articolo 2** prevede che le Regioni, attraverso il rispettivo piano sanitario, definiscano modelli organizzativo-assistenziali con le relative risorse di personale e strumentali, atti a garantire:

- la formazione del personale sanitario ospedaliero sul nuovo modello organizzativo del parto naturale;
- l'adeguata informazione, attraverso le strutture sanitarie presenti nel territorio, alle partorienti e alle famiglie sul parto naturale anche attraverso corsi di accompagnamento alla nascita fin dall'inizio della gravidanza;
- la realizzazione di un partogramma digitale e di un'idonea cartella ostetrica com-

► Segue da pagina 21  
Il commento Aogoi

Per l'Aogoi ci sono anche altri passaggi nel testo che lasciano davvero "interdetti". E "desolante" è il quadro d'insieme che è rappresentato nel testo introduttivo del Dl Binetti-Di Biagio: quello di un Ssn che 'non ha saputo evolversi per prevenire il rischio del parto naturale, aumentandone la sicurezza con l'introduzione di tecnologie innovative'. Mentre 'i sanitari hanno tentato di risolvere le problematiche del rischio nel parto naturale con l'aumento dei tagli cesarei'.

"Forse non era nelle intenzioni dei due parlamentari ma per l'Aogoi è un vero e proprio schiaffo a tutta la ginecologia italiana".

"Per dovere di cronaca diamo comunque conto della volontà di 'accogliere proposte ed ascoltare le società scientifiche di cui fanno parte medici e ostetriche', esplicitata dal Senatore Di Biagio in risposta alla presa di posizione dell'Aogoi. Ne prendiamo atto. La

nostra Associazione punta a una critica costruttiva e non a prese di posizione corporative – conclude Trojano. Il nostro auspicio è che i politici della sanità continuino sempre ad interessarsi al percorso nascita e all'evento parto, per identificare quelle che possono essere le migliori soluzioni in termini di umanizzazione e di sicurezza, ma lo facciamo "insieme" agli esperti professionisti delle società scientifiche di settore. La 'svolta nell'ostetrica italiana', come nel comunicato stampa di presentazione del 'Ddl parto naturale sicuro' è stato definito il nuovo modello clinico organizzativo di parto, non può essere impressa dalla politica senza il fondamentale contributo dei ginecologici e delle ostetriche che (loro sì!) ogni giorno sono al fianco delle mamme e dei neonati.

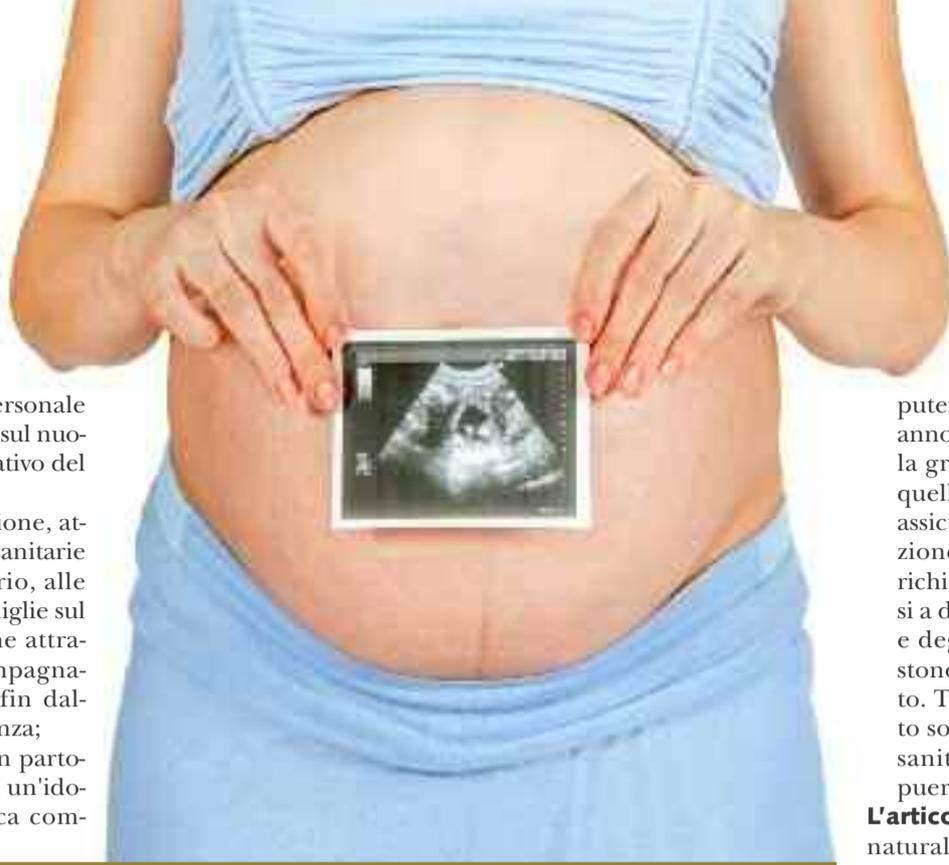
In questo senso, ritengo che le commissioni e i tavoli tecnici istituiti dal ministero della Salute, in cui siamo sempre stati coinvolti, possano costituire un ottimo esempio di come sia opportuno procedere per affrontare problematiche di così grande

puterizzata, nella quale sono annotati tutti i dati relativi alla gravidanza, al neonato e quelli ai fini statistici, legali, assicurativi e di programmazione sanitaria. Tali dati, su richiesta, devono essere messi a disposizione della donna e degli operatori che l'assistono durante e dopo il parto. Tutti i dati relativi al parto sono inseriti nel fascicolo sanitario elettronico della puerpera e del nuovo nato.

**L'articolo 3** spiega che il parto naturale si avvale dei seguenti strumenti:

- ecografia intrapartum;
  - fascia ergonomica gonfiabile, a tre camere, monouso.
- Al comma 2, inoltre, si aggiunge che le aziende sanitarie ospedaliere attivano percorsi formativi volti a far acquisire al personale l'idoneità necessaria alla pratica del parto naturale, al termine dei quali con esito positivo è rilasciato un attestato di operatore specializzato.

**L'articolo 4** evidenzia come il parto naturale costituisca una componente strutturale dei Lea e debba essere garantito dal Ssn. Infine, **l'articolo 5** dispone che il Ministro della salute presenti annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della presente legge. **Y**



# ESTINETTE 126

75 microgrammi/ 20 microgrammi gestodene/etinilestradiolo

cpr

**“È** la prima volta che in Sardegna si svolge un Congresso Mondiale di Ecografia. La tre giorni del 3rd World Congress of Ian Donald Schools a Cagliari ha visto la presenza di circa 600 partecipanti, di cui oltre 200 colleghi stranieri provenienti di tutti i continenti, che hanno affrontato le tematiche più recenti dell'Ecografia in ostetricia e ginecologia” sottolinea con soddisfazione **Giovanni Monni**, past president Aogoi.

Le Scuole Ian Donald di Ecografia prendono il loro nome dal fondatore, il visionario scienziato inglese **Ian Donald** che è stato il Pioniere degli Ultrasuoni in Medicina, sono state fondate nel 1982 a Dubrovnik, in Croazia, e contano 100 branche internazionali presenti in tutti i continenti ognuna con un proprio Direttore. “Le Scuole – spiega Monni – hanno lo scopo di diffondere la scienza e l’arte ecografica sia nelle nazioni economicamente più sviluppate che in quelle a più basso reddito tramite l’educazione, il training continuo, la ricerca e le pubblicazioni in riviste scientifiche. Vengono, inoltre, organizzati corsi avanzati, congressi, linee guida, protocolli e scambi continui tra le varie scuole presenti in tutto il mondo e specializzazioni post-laurea in Ecografia dalla durata di 2 anni sotto l’egida della Ian Donald Inter-University of Medical Ultrasound”.

**In Italia sono presenti due branche:** una a Cagliari, diretta da Giovanni Monni e una a Bari, diretta da **Vincenzo D’Addario**. Giovanni Monni è anche direttore delle 40 Scuole Europee e responsabile internazionale del Tutoraggio delle Tecniche di Diagnosi Prenatale Invasiva quali Villocentesi, Amniocentesi, Prelievo di Sangue e tessuti fetali Terapia Fetale, Diagnosi Genetica Preimpianto, per cui ogni anno diversi ginecologi vengono dall’estero per apprendere queste tecniche invasive e conseguire il Diploma di abilitazione dopo uno stage di almeno 2 settimane. “Attualmente – precisa Monni - oltre 165 ginecologi, di cui 141 stranieri, hanno ricevuto il tutoraggio al Microcitemico”.

**Al centro della tre giorni di Cagliari** le più recenti tematiche nel campo dell’Ecografia in oste-

### 3rd World Congress of Ian Donald Schools

# A Cagliari il Mondiale di Ecografia. Monni: “Si realizza il sogno dell’istruzione globale”

**Seicento partecipanti, di cui oltre 200 colleghi stranieri, riuniti a Cagliari per il Mondiale di Ecografia delle Scuole Ian Donald. Un evento prestigioso, organizzato da Giovanni Monni, che è direttore di una delle due branche italiane delle Ian Donald Schools nonché direttore delle 40 Scuole europee e responsabile internazionale del Tutoraggio delle Tecniche di Diagnosi Prenatale Invasiva. Al centro della tre giorni le più recenti tematiche nel campo dell’Ecografia in ostetricia e ginecologia**

tricia e ginecologia, come la diagnostica sempre più precoce delle patologie genetiche e malformative dei vari apparati fetali; gli screening ecografici tramite la valutazione della Translucenza Nucleare ed altri markers ecografici e biochimici; le tecniche di diagnosi prenatale invasiva e non-invasiva, come il test per la Sindrome di Down con prelievo di sangue materno; la terapia chirurgica fetale; la prevenzione del parto pretermine, la velocimetria Doppler; la procreazione medicalmente assistita insieme alla diagnosi genetica preimpianto; l’ecografia ginecologica



**Giovanni Monni**

per la diagnosi e prevenzione dell’endometriosi e dei tumori ginecologici; la crioconservazione dei gameti maschili e femminili e di tessuto ovarico prima di trapianto e chemioterapia. “In quest’ultimi tempi di crescente globalizzazione – sottoli-

nea Giovanni Monni - è evidente che nessun’altro contributo umano più di quello collegato alla cultura e alla medicina, possa essere più indicato a definire il mondo globalizzato. Siamo nell’epoca dell’istruzione globale e questo 3° Congresso ha riunito i leader mondiali nel campo dell’ecografia e ha reso possibile il sogno della ‘istruzione globale’. La tre giorni congressuale è stata inoltre un’eccezionale opportunità per tutti i Direttori delle Scuole Ian Donald di ogni parte del mondo di ritrovarsi e discutere insieme le tematiche attuali della ecografia avanzata e trasmettere le informazioni a tutti i partecipanti”.

“I due Direttori Generali della Ian Donald School – **Frank Chervenak** di New York e **Asim Kurjak** di Zagabria hanno ringraziato tutti gli organizzatori dell’evento che ha avuto un impor-

te rilievo internazionale. Il Congresso è stato dedicato **alla memoria della Dott.ssa Maria Angelica Zoppi**, che con grande dedizione e passione ha contribuito in maniera determinante alla crescita dell’ecografia dell’Ospedale Microcitemico – ricorda Monni”.

Il Congresso, cui ha partecipato la più alta autorità sanitaria italiana – il sardo **Pierpaolo Vargiu**, Presidente della Commissione Sanità della Camera dei Deputati – è stato patrocinato da **WAPM** (World Association of Perinatal Medicine), **IAPM** (International Academy of Perinatal Medicine), **The Fetus as a Patient International Society**, **MED-UOG** (Mediterranean Association for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology), **AOGOI** e **SIEOG** (Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica). **Y**

## Screening prenatale non invasivo basato sul Dna. Dal Consiglio sanità ok a linee guida

**I**l Consiglio superiore di sanità ha approvato, nell’Assemblea generale del 12 maggio 2015, le Linee-guida sullo Screening prenatale non invasivo basato sul Dna (Non Invasive Prenatal Testing - NIPT). È quanto comunica il Ministero della Salute sul suo sito. “Il documento – si legge – allinea l’Italia agli altri Paesi europei nella previsione di offrire questo test a circa 50.000 potenziali utenti ogni an-

**“Il documento allinea l’Italia agli altri Paesi europei nella previsione di offrire questo screening non invasivo basato sul Dna, che analizza le probabilità che il feto possa essere affetto ad esempio da sindrome di Down, Edwards, Patau, a circa 50mila potenziali utenti ogni anno”. Indicazioni su aspetti logistici e competenze professionali. Previsti anche specifici moduli di consenso informato**

no. Il NIPT non è un test diagnostico, ma di screening, basato su tecniche molecolari di elevata sensibilità che analizzano la

probabilità che il feto sia affetto dalle più comuni anomalie di numero dei cromosomi non sessuali: trisomia 21 (sindrome di

Down); trisomia 18 (sindrome di Edwards); trisomia 13 (sindrome di Patau).

#### **Le linee-guida, tra l’altro:**

- prevedono specifici modelli di consenso informato, volti alla tutela della donna
- prevedono la necessità che il Centro che offre il test possa fornire alla gestante il completo supporto durante l’intero iter diagnostico prenatale, facendosi carico del follow-up

- della gravidanza, con particolare riferimento al suo esito
- analizzano gli aspetti etici e l’impatto economico e sociale del test
- offrono indicazioni sugli aspetti logistici e sulle competenze professionali che devono avere i Centri che offrono il NIPT.

**Sul sito del Ministero della salute sono disponibili Le Linee guida NIPT**

Romano Forleo

GynecoAogoi mi ha chiesto di scrivere su la Medicina Narrativa. Carlo Sbiroli per telefono mi ha detto: "sicuramente, professore, ci mette poco a buttar giù una o due paginette su quest'argomento che le sta tanto a cuore... soprattutto ora, che ha deciso di non svolgere più attività clinica, ha tempo, oltre che competenza, per indirizzarci su questo problema". Carlo mi dà ancora del "lei" da quando, a Firenze, il mio maestro, professor Ingiulla, me lo affidò, appena laureato, con lo scopo di infondere nei giovani "il gusto della ricerca e della innovazione". Ha solo sette anni meno di me e abita nello stesso stabile, di fronte sullo stesso pianerottolo. Ho condiviso con lui commedie e drammi della nostra vita, oltre che delle nostre cosiddette carriere. Ma non sa darmi del "tu", malgrado le mie insistenze. Racconto questo per darvi un esempio di cosa sia la Ebm (copio il cattivo gusto anglosassone di ridurre tutto a sigle). È facile anche dirvi cosa non è la Medicina Narrativa. Ad esempio, dare del tu alla paziente senza, magari, farselo ridare, come se quel "tu" fosse una semplice trovata per migliorare la

**Nonno raccontaci dell'"amore".** Una delle mie quattro nipoti, in piena tempesta della seconda adolescenza, viene a interrompermi dal gettare sulla carta, a penna, qualche mia improvvisa, immaginaria, avventura. Alzo la testa e tento di ripetere a lei ciò che era la mia risposta di sempre. "Ho scritto tanto su questo tema e ho tentato anche di farti leggere qualche mio libro per adolescenti... Anche i miei romanzi parlano d'amore". "Nonno! Lo sai che non voglio prediche. Non leggo saggi, se non per dare un esame". "Hai ragione. Ma i sentimenti si dipingono attraverso parabole. Se leggi i miei romanzi, t'immergi nei fatti e nei pensieri dei vari personaggi e scopri quali sono i miei pensieri sul tema. In un romanzo, infatti, si riesce a meglio comprendere, in modo più avvincente, commedie, drammi, e puoi anche trovare qualche risposta ai tuoi interrogativi". "Non parlarmi come nei tuoi manuali di sessuologia... A me interessa il tuo amore con nonna, senza inventarti niente, la tua storia, non i tuoi pensieri!" Si allontana con il solito sor-

# Una nuova ginecologia basata sulla "narrazione"



riso che crea tenerezza.

Lascio la poltrona e salgo in camera da letto. È tardi, mi avvio a dormire. Invece di farmi cullare dalla televisione, mi immergo nei miei ricordi. Passata la piazzetta della Prefettura a Pistoia, tornando dal "Tempio", sede degli scouts, percorrevo senza troppa fretta il marciapiede a fianco del brutto Palazzetto delle Poste, di stile fascista, che continua a stonare rispetto alle case e chiese che hanno illuminato di bellezza la Toscana. Dò un'occhiata al marciapiede di fronte: una signora (non mi ricordo se era la madre) accompagnava a passi decisi e veloci due ragazzine. Mi colpirono i loro baschetti e calzini. La più grande aveva una lunga treccia che le scendeva a destra sulla schiena. Erano ragazze vestite in modo diverso rispetto alle mie compagne di

quarta liceo scientifico. Ricordo che mi fermai ad osservare. Entrarono insieme in un negozio, forse una tabaccheria. Quando uscirono, dopo pochi minuti, mi colpì la bellezza della più grande, quella della treccia. Tornarono indietro verso il centro, sempre a passo svelto. Alla prima traversa voltarono, infilandosi decisamente nella sottile strada laterale. Senza sapere perché, e certamente non spinto dalla sola curiosità, mi ricordo che attraversai la strada e mi misi a correre per infilarmi in un vicolo parallelo a quello imboccato dalle tre. Volevo riapparire in fondo al loro percorso, per incontrarle di fronte. Ripresi fiato e mi avviai poi lentamente in senso inverso al loro.

La guardai fissa nel volto: bellissima! Nello stesso tempo sprizzava quell'energia e dolcezza che

ha caratterizzato tutta la sua vita. Non so proprio dimenticare quel momento. Mi meraviglio ancora per quello che successe. Timido ed impacciato con le ragazze, avevo avuto qualche "amore", più di sapore infantile, certamente non travolto da quell'investimento affettivo che travolge tutto, senza scampo, che è l'innamoramento. Non so perché e come, quella ragazza si era impensabilmente infiltrata in me, non lasciandomi spazi per riflettere...

Fu poi al mare, al bagno "Eugenia" di lido di Camaiore, che i nostri ombrelloni capitarono vicini.

Fu lì che inaspettatamente, quasi fosse una sorpresa, scoppiò il nostro amore... Ingenuo, ma subito totalizzante: "Io con te, per te, per sempre", come feci scrivere nell'anello che regalai a Giulia nel 50° delle nostre nozze. Al-

relazione. Non stare ad ascoltare la storia della sua malattia e il modo di intendere il problema su cui vi interroga. Oppure (questo è più grave) seguire il post-partum e il puerperio senza accorgersi della sofferenza legata ai blues e soprattutto a una incipiente depressione. Ebbene la medicina narrativa non è tutto questo. È invece narrare e narrarsi. Ascoltare la narrazione degli altri per ottenere sempre un significato di cura e di presa in cura. È quindi una modalità di fare il medico che cerca di colmare la mancanza, presente nella medicina tradizionale, di prendere in considerazione nella terapia gli aspetti personali del malato.

Non è sufficiente la lettura di trattati che tentano in vario modo di definire la Ebm. È importante soprattutto metterci qualcosa di sé, senza tentare di utilizzare le conoscenze del passato. E forse s'imparerebbe di più dalla lettura o rilettura del "Discorso sul Metodo"

*lora erano solo gli occhi che si parlavano. Ci scapparono anche un paio di baci, sufficientemente casti, mi ricordo di uno sulle labbra. Parlavamo molto e volevamo stare sempre insieme nei giochi sulla spiaggia, nelle passeggiate, quasi mai da soli. Oggi direi un amore che assorbiva tutto di me, tanto da farmi subito pensare ad una scelta definitiva. Gravato da una severa educazione che condannava i "pensieri cattivi", come tremendo disordine morale che ci allontanava da Dio... Il desiderio di un gioco amoroso più intenso veniva frenato da quella che chiamavano "volontà". Francamente brutto, nel mio robusto naso, disordinato nei pantaloni alla zuava, ingombrante per il mio gusto della polemica, non mi rendo conto ancora oggi perché Giulia quattordicenne abbia fino da allora deciso di legarsi a me. I meccanismi dell'innamoramento sono misteriosi. "Queste cose non si scrivono"... penso, cessando di scarabocchiare i caldi ricordi di quel magico anno. Non soddisfatto di quanto avevo scritto che mi sembrava non illustrasse la tra-*

## Che cos'è la Medicina Narrativa

**Diciamolo francamente:** a noi medici interessa soprattutto far diagnosi e dare terapie. Piace operare. Le lunghe ore in sala operatoria non ci annoiano. Quando però si tratta di stabilire un canale comunicativo privilegiato col paziente, di solito si ha molta fretta. Lo si fa in modo superficiale e con aria di sopportazione, come se i problemi e gli aspetti emotivi della "persona" che abbiamo di fronte non ci interessino. Non si tiene conto del mondo intrapsichico e relazionale del paziente che, come si sa, può influenzare più o meno direttamente lo stato della malattia. In altri termini, noi medici quasi sempre ci limitiamo al solo impegno empatico di liberare il paziente dalla sua patologia. E non ci interessiamo (o ci interessiamo poco) della sua storia personale, dei suoi bisogni e necessità.

La Medicina Narrativa o Narrative Based Medicine – NBM, termine coniato da Rita Charon, vuole cambiare questo approccio. Cerca di sfruttare il ruolo relazionale e terapeutico di "raccontare l'esperienza di malattia" da parte del malato e la capacità di "saper ascoltare" del medico che lo cura. Tutto questo determina anzitutto un miglioramento del rapporto medico-paziente. Ma soprattutto crea un canale comunicativo privilegiato. Migliora la relazione terapeutica e restituisce al malato la propria dignità di persona.

Molti cominciano a chiedersi quanto valga in ambito ostetrico-ginecologico applicare i suggerimenti proposti dalla Medicina Narrativa. E soprattutto se è importante per le nuove generazioni degli operatori sanitari sviluppare le capacità comunicative ed empatiche da utilizzare nei colloqui con la paziente. La risposta è senz'altro positiva. Una migliore comunicazione permette una migliore "gestione" delle pazienti, non solo nei periodi di malattia, ma anche (soprattutto per noi ginecologi) in altri momenti della vita come il parto, la menopausa, la vecchiaia. Inoltre si deve tener presente che siamo costretti a fare i conti con una ostetricia che, da una parte, diventa sempre più tecnologica, dall'altra, spersonalizza il ruolo del ginecologo facendone un tecnico esperto di organi e apparati e non un medico della persona. Un'ostetricia che chiede l'efficacia della cura e che fa perdere il senso di umanità, che invece dovrebbe contraddistinguere la nostra professione.

È nostro compito riflettere anche su questi argomenti se non vogliamo che si perda il senso della nostra "missione" di ostetrici-ginecologi. Se non vogliamo che si perpetuino le contraddizioni, a volte le polemiche, che ancor oggi ruotano attorno al nostro operato in sala parto.

GynecoAogoi si è posto il problema. Si è convinti che il ginecologo, più di ogni altro medico, deve mostrare di avere capacità comunicative ed empatiche. Ha chiesto al prof. Romano Forleo, che da anni s'interessa di Medicina Narrativa, di fornirci gli elementi base per introdurre in questo mondo che "arricchisce la cura attraverso l'attenzione e l'utilizzo, anche in fase terapeutica, dei racconti del paziente". Il tutto è nato dalla lettura del libro "Il rapporto medico-paziente per la salute della donna. Narrative Based-Medicine" del nostro collega ginecologo Salvino Leone, che viene recensito in queste pagine.

di Cartesio dove, nella prima parte, viene definita la modalità di ricerca del "buon senso" (così lui definiva la ricerca della verità). Il giovane Cartesio "fuggiva" dalla filosofia, perché scoprì che era necessario prima girare il mondo, osservare la gente. In altri termini acquisire esperienza. Spero che quanto finora scritto, anche se in modo affrettato, abbia fornito al lettore gli elementi base per comprendere che cos'è la Medicina Narrativa. Ora però concedetemi ancora un po' di tempo per raccontarvi qualcosa di concreto e di vissuto su due temi: l'amore adolescenziale e il peso della vecchiaia.

Non so se i lettori gradiranno questo mio racconto e se eventualmente vorranno inserirsi in questo discorso raccontandosi a loro volta (semmai inviando le loro esperienze a GynecoAogoi). Il mio vuole essere un esempio concreto di come narrare le proprie esperienze permetta di non sentirsi isolato e di relazionarsi empaticamente con gli altri.

Concludo con la bella definizione della Nbm data da Brunner (1979), una delle colonne di questa metodologia: "Narrare vuol dire rovistare nella propria storia, ascoltare e scoprire la storia degli altri, e da tutto ciò ricavarne un significato.

*volgente avventura di quell'incontro. Giulia dorme tranquilla accanto a me, chiudo la luce. Si è assopita, mentre scrivevo, come sempre più spesso le accade. Al mattino, in silenzio scivolo nella stanza accanto per accendere il computer. Volevo trascrivere quell'incontro.*

*Torno in camera e trovo Giulia sveglia. Mi accoglie con un sorriso, le dò un bacio del buon giorno. "Ti preparo il cappuccino". "Sei l'amore della mia vita", mi dice con un sorriso. Frase che ogni tanto mi ripete.*

*Mi dò da fare con la macchina del caffè.*

*Giulia mi osserva. "Dov'è Romano?" Mi chiede allarmata. "Sono io, Romano! Sto preparando il caffè e le tue medicine! Tranquilla! « Ah...sì!" Sorride non togliendomi gli occhi di dosso. Mi dicono che sarò l'ultima persona che riuscirà a riconoscere. L'aiuto a lavarsi e vestirsi, e cerco di interessarla a qualcosa. Cerco anche di farla camminare.*

*Non è semplice, ma è bello avere ancora un ruolo per tentare di farla felice.*

## Il rapporto medico-paziente per la salute della donna Narrative Based-Medicine

**Mentre le nuove generazioni di ginecologi si appassionano alle nuove tecniche chirurgiche, alle problematiche connesse con la patologia neonatale o alle sempre più sofisticate procedure ecografiche (tutte cose importanti nella nostra professione), ecco apparire in libreria questo sintetico, fondamentale manuale che ci richiama alla priorità della relazione medico-paziente.**

**L'autore è Salvino Leone** che, dopo una lunga e qualificata produzione nel campo della bioetica, ci invita a cambiare la mentalità positivista e scienziata che ha influenzato, ma nello stesso tempo impoverito, la cultura medica del secolo corso. Ci invita ad abbracciare il pensiero personalista, che ha nella relazione il suo fondamento: non ci si salva da soli, diceva Mounier, ma con e attraverso gli altri.

"Il rapporto medico-paziente, scrive Salvino Leone, è fondamentale in Medicina, ma lo è ancor di più in ginecologia. La donna espone al ginecologo non solo e non tanto la sua nudità fisica (e questo già sarebbe tanto!), ma anche quella interiore: i suoi problemi sessuali, le frustrazioni per una gravidanza che non arriva, le ansie per la menopausa con cui teme di perdere la sua femminilità, il vissuto magico di una ferita mensile sanguinante, il timore di una patologia tumorale, ecc.". È importante quindi, soprattutto per noi ginecologi, cercare di reimpostare con creatività il nostro modo di essere medici. Il manuale non ha la pretesa di indicare nuove modalità di raccolta dell'anamnesi, né nuovi schemi di counselling o di psicoterapia. Invita a pensare, invece, a ciò che deve cambiare nella prassi medica quotidiana: non più anamnesi basate su "comuni esantemi dell'infanzia", familiarità o semplici elenchi di patologie remote o recenti. Ma un diverso approccio clinico che metta in giuoco non solo il medico, ma anche la paziente. Questo nuovo approccio si basa sulla Medicina Narrativa, "che non deve essere confusa, precisa l'autore, con la "medicina narrata", cioè col racconto di



Salvino Leone

**IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE PER LA SALUTE DELLA DONNA**

CIC Edizioni Internazionali  
 Pagine 112  
 Euro 20

storie di malati e di malattie o con dipinti che illustrano il rapporto medico-paziente...". Pochi giorni fa, in un'intervista telefonica a GynecoAogoi, Salvino Leone ha così concluso: "Guardando ai miei giovani colleghi e avvicinandomi alla pensione, molto più di ieri pensavo a cosa avrei potuto lasciare loro in eredità. Non certo competenze strettamente scientifiche, ma certamente la loro integrazione nel vissuto esistenziale della donna. In fondo la "clinica" di un tempo era anche questo: capacità di cogliere e integrare la globalità espressiva di una patologia. Un libro, quindi, non solo per i giovani, ma anche, e forse soprattutto, per chi ha l'onore e l'onere di formare e insegnare.

Romano Forleo

# 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 fenobarbitale, 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](http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili). **4.9 Sovradosaggio:** Non sono descritti in letteratura casi di sovradosaggio.

**5. PROPRIETÀ 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-CH<sub>3</sub>-FH<sub>2</sub>. 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 agglustandosi su una omeostasi di saturazione di questi. **5.3 Dati preclinici di sicurezza:** Non è stato possibile stabilire la DL<sub>50</sub> per via orale nell'animale, data la bassissima tossicità dell'acido folico. La vitamina somministrata e.v. è risultata avere una DL<sub>50</sub> 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:* blisters con alveoli in PVC, sigillati con foglio di alluminio; Confezione contenente 1 blister da 20 capsule inserito in astuccio litografato. Confezione contenente 6 blisters 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](mailto:regulatory-medical@teofarma.it) - [www.teofarma.it](http://www.teofarma.it)



Arte & Medicina

# Giovenale: ginecologo e pittore. Con un sogno: portare l'arte nei luoghi di cura

**“L'arte è bellezza e anche una cura. Ci aiuta a vedere oltre i limiti del visibile”.  
Allo stand Aogoi-Sigo ad Expo potremo ammirare "Il profumo dell'anima",  
l'opera che il ginecologo beneventano ha realizzato per questa occasione**

**Giovenale Tresca è medico con cuore da artista:** da oltre un trentennio “affianca all'ospedale i colori dei suoi mondi invisibili, le sagome delle sue angeliche figure che rivelano l'indicibile” come ha detto il sindaco di Benevento, città dove vive e lavora, in occasione di una delle moltissime esposizioni dei suoi dipinti che rendono omaggio alla città sannita. Ginecologo presso il Fatebenefratelli di Benevento, Giovenale è anche un artista conosciuto e apprezzato dalla critica e dal pubblico italiano e straniero. A chi gli chieda come sia il suo “stare a metà fra il medico e il pittore” risponde così: Medici ed artisti hanno un unico protettore, San Luca. Entrambi riabilitano e riscattano l'uomo, gli restituiscono la libertà di camminare con le proprie gambe, di riappropriarsi delle proprie idee”. Per Giovenale l'arte non dovrebbe essere confinata nelle gallerie ma entrare anche nei luoghi di cura. “La bellezza e i colori hanno un grande impatto sul benessere psicofisico delle persone e il mio sogno è quello di portare il colore dei miei quadri negli ospedali dove penso dovrebbero essere organizzate delle mostre permanenti di pittura”. Un sogno che potrebbe realizzarsi presto al Policlinico Gemelli di Roma dove è in programma l'esposizione di alcune sue opere. A settembre intanto potremo ammirare “Il profumo dell'anima”, l'opera che ha realizzato per lo stand Aogoi ad Expo.





# NUTRIZIONE, STILI DI VITA E SALUTE DELLA DONNA.

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

## PRESIDENTI

Mauro Busacca  
Claudio Crescini  
Luigi Fedele  
Francesco Raspagliesi

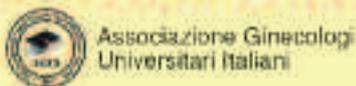
## 90° CONGRESSO NAZIONALE



## 55° CONGRESSO NAZIONALE



## 22° CONGRESSO NAZIONALE



## COMITATO ORGANIZZATIVO LOCALE

Bella Giorgio  
Cardiani Massimo  
Delfino Irene  
Ferrazzi Enrico  
Kustermann Alessandra  
Levi Setti Paolo  
Maggioni Angelo  
Marconi Anna Maria  
Meroni Mario  
Maschia Michele

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Tel. 0541-305811  
mail: [sigo@adriacongrex.it](mailto:sigo@adriacongrex.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 Milano Fiori 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](http://www.aogoi.it)

Scarica il programma scientifico



# seasonique

150 mcg/ 30 mcg e 10 mcg

Levonorgestrel/Etinilestradiolo

gennaio

**febbraio**

marzo

aprile

**maggio**

giugno

luglio

**agosto**

settembre

ottobre

**novembre**

dicembre

gennaio

# MUVAGYN® CENTELLA ASIATICA

## Gel vaginale



**Trattamento rigenerativo  
non ormonale  
per la mucosa vaginale**

**Confezione  
da 8 applicatori  
monodose da 5 ml = 1 mese  
di trattamento**

**Compatibile con l'uso di preservativi  
Non è grasso e non macchia**



**Applicare 2 volte  
alla settimana,  
a giorni alterni**

*È un dispositivo medico CE-0051. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.*

Distribuito in Italia da: INNOCVA PHARMA spa, via Matteo Civitali 1, Milano.

  
INNOCVA PHARMA  
SINCE 1982