

## AOGOI

AOGOI: "ORA AL LAVORO  
PER NUOVE LINEE GUIDA"

# LEGGE 40 LA CONSULTA DICE SÌ ALL'ETEROLOGA

### ■ LEGGE 194

La Risoluzione della Camera impegna il Governo su diversi fronti "caldi": consultori, RU486, obiezione di coscienza e riorganizzazione punti nascita

### ■ RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Cic e Aogoi si confrontano con i firmatari dei vari disegni di legge. Obiettivo: contribuire alla definizione di un testo unico in materia prima del 14 agosto

### ■ FIBROSI CISTICA

"I ginecologi hanno un ruolo decisivo nel promuovere la conoscenza del test del portatore di FC". L'invito della Sifc a elaborare un documento comune

2/3  
2014



## 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**  
Nutrizione Scientifica

4



Vito Trojano

*“Dopo il sì della Corte costituzionale alla fecondazione eterologa, elaboreremo una proposta, insieme alle società affiliate Sigo, da sottoporre al Ministero e alle Regioni per dare piena realizzazione ai diritti delle coppie”*

19



Antonio Chiantera

*“Inviateci le vostre perizie e consulenze tecniche. Le più originali verranno discusse al prossimo congresso nazionale in una sessione dedicata al contenzioso medico legale”*

## PRIMO PIANO

- 4 **Eterologa: “Bene la Consulta, ma restano vuoti normativi”**
- 5 **Intervista a Giovanni Monni**
- 6 **Reazioni & commenti dopo la caduta di uno degli ultimi limiti imposti dalla L. 40**
- 8 **“Non ci sono tagli alla sanità”**
- 9 **Fondo rischi sanitari e durata polizze: cosa prevede la bozza di regolamento per la Rc professionale**

## PROFESSIONE

- 10 **Obiezione di coscienza non può ledere diritto all'Ivg. Se serve mobilità del personale**  
La risoluzione della Affari Sociali su relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della L. 194  
**Ivg farmacologica: la situazione in Toscana, Lazio e Umbria**
- 14 **Una “task force “volontaria” di governo sulla responsabilità professionale**
- 17 **Il sindacato di fronte ai cambiamenti**  
Carmine Gigli  
**È nata l'articolazione professionale “Pensionati FESMED”**
- 21 **L'accertamento della colpa del ginecologo per omissione**  
Pier Francesco Tropea
- 22 **Test preconcezionale per la fibrosi cistica: il ruolo dell'ostetrico**  
Carlo Castellani, Giuseppe Castaldo, Baroukh M. Assael  
**La diagnosi preconcezionale per FC: “uno strumento diagnostico efficace e utile”** Intervista ad Anna Rùdeberg
- 25 **Italia-Slovenia: ostetriche e ginecologi a confronto**  
Roberta Giornelli

## RUBRICHE

- 27 **Libri** Carlo Sbiroli
- 28 **Meditazioni** Giuseppe Gagnaniello
- 29 **Fatti&Disfatti** Carlo Maria Stigliano
- 30 **A Spoleto il premio “Donna Sapiens” assegnato a due ginecologi**

22



## Fibrosi cistica

*SIFC: “appare più che mai opportuno un dibattito sull'uso del test che coinvolga anche i ginecologi, che sono oggi in Italia i maggiori prescrittori di questa analisi”*

27



## Libri

*Il nuovo libro di Fattorini è un'ottima occasione per aprire una discussione seria sul futuro dei consultori familiari*

G Y N E C O

AOGOI

NUMERO 2/3 - 2014  
ANNO XXVORGANO UFFICIALE  
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI  
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANIPresidente  
Vito Trojano

## Comitato Scientifico

Antonio Chiantera  
Valeria Dubini  
Felice Repetti  
Carlo Sbiroli  
Carlo Maria Stigliano  
**Direttore Responsabile**  
Cesare Fassari  
**Coordinamento Editoriale**  
Arianna Alberti  
email: gynecoaogoi@hcom.it  
**Pubblicità**  
Edizioni Health Communication srl  
via Vittore Carpaccio, 18  
00147 Roma  
Tel. 06 594461, Fax 06 59446228

## Editore

Edizioni Health Communication srl  
via Vittore Carpaccio, 18  
00147 Roma  
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228

## Ufficio grafico

Daniele Lucia  
Barbara Rizzuti

## Stampa

STRpress  
Pomezia - Roma

## Abbonamenti

Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4  
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33  
Poste Italiane Spa - Spedizione in  
abbonamento postale - D.L. 353/03  
(Conv. L. 46/04) Art. 1, Comma 1

Roma/Aut. n. 48/2008

Finito di stampare: aprile 2014  
Tiratura 8.000 copie.

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

Organo ufficiale



Testata associata



Editore

Edizioni Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

**La Corte costituzionale dichiara illegittimo il divieto di fecondazione eterologa se c'è infertilità assoluta**

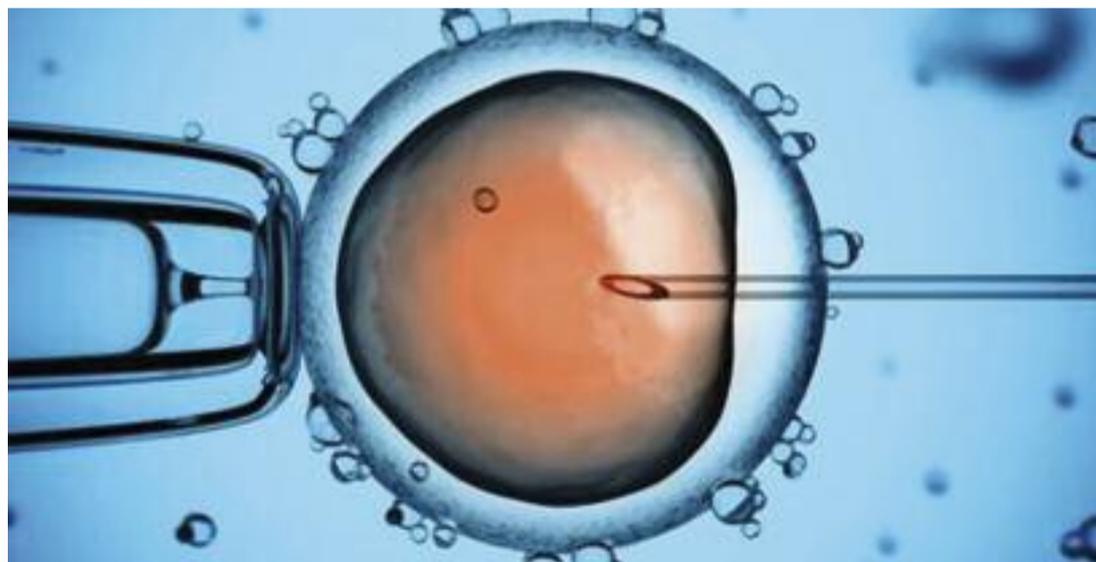
# Bene la Consulta, vuoti normativi

Per la Sios, l'Aogoi e la Sigo dopo la sentenza della Consulta restano "non chiare le modalità attraverso le quali i pazienti potranno fruire in Italia delle pratiche 'riammesse'". I ginecologi lavoreranno su una proposta da sottoporre al Ministero e alle Regioni per "dare piena realizzazione ai diritti delle coppie"

Con la sentenza della Corte Costituzionale che ha giudicato illegittimo il divieto contenuto nella legge 40/2004 per le pratiche di fecondazione con ricorso a donazione di gameti, "maldestramente definite 'eterologhe', si riafferma quanto le Società Scientifiche avevano da anni ripetuto, che la legge dovesse essere rivista e modificata, con il contributo delle Società Scientifiche, che oggi, con il loro spirito laico e scientifico, pur nel rispetto di ogni altra valutazione, legata a legittime opinioni di natura etica o religiosa, si offrono per emendarla di quegli aspetti contrari allo scopo principale che essa avrebbe dovuto avere, quello cioè di tutelare la salute riproduttiva delle coppie infertili e aiutarle ad ottenere un concepimento". Questo il primo commento della Società italiana ospedaliera sterilità (Sios) e dell'Aogoi sulla sentenza della Corte Costituzionale. Tuttavia, spiegano Sios e Aogoi in una nota congiunta, "l'abolizione, benvenuta, di una serie di norme anacronistiche ed antiscientifiche ad opera di molteplici sentenze, non risolve, però il problema del vuoto che si determina, dal momento che rimuovendo steccati e divieti, non sono chiare le modalità attraverso le quali i pazienti potranno fruire in Italia delle pratiche 'riammesse' modificando l'impianto originario della legge". Ad esempio, "non è definito in quale tipo di strutture dovranno essere eseguite le procedure di diagnosi pre-impianto o le pratiche di Pma con utilizzo di gameti donati, se quella che è definita 'donazione' debba effettivamente caratterizzarsi come un atto oblativo e quindi gratuito o possa prevedere dei rimborsi o qualche forma di vantaggio, come avviene ad esempio con la donazione di sangue. **Quale ruolo**

**"La Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale degli articoli 4, comma 3, 9, commi 1 e 3 e 12, comma 1, della Legge 19 febbraio 2004, n. 40, relativi al divieto di fecondazione eterologa medicalmente assistita". Con queste poche righe la Corte Costituzionale ha annunciato il 9 aprile scorso la bocciatura della legge 40 in materia di ricorso a un donatore estraneo alla coppia in caso di infertilità di uno dei partner. Una sentenza a favore delle tre coppie che avevano presentato ricorso presso i tribunali di Firenze, Milano e Catania, che avevano a loro volta sollevato la questione di legittimità costituzionale sulla legge 40 chiedendo alla Consulta di esprimersi in merito alla fecondazione eterologa. Sulla sentenza è intervenuto anche il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che attraverso una nota ha**

**commentato: "L'introduzione della fecondazione eterologa nel nostro ordinamento è un evento complesso che difficilmente potrà essere attuato solo mediante decreti. Ci sono alcuni aspetti estremamente delicati che non coinvolgono solamente la procedura medica ma anche problematiche più ampie, come ad esempio l'anonimato o meno di chi cede i propri gameti alla coppia, e il diritto a conoscere le proprie origini e la rete parentale più prossima (fratelli e sorelle) da parte dei nati con queste procedure. Sono questioni che non si può pensare di regolare con un atto di tipo amministrativo, ma necessitano una condivisione più ampia, di tipo parlamentare". Lorenzin ha infine annunciato che "alla luce delle motivazioni della Consulta, al più presto verrà comunicata la "road map" per l'attuazione della sentenza".**



**lo avrà il Sistema sanitario nazionale e le sue strutture non è noto a nessuno**, perché una volta ribadita la legittimità del diritto delle coppie ad utilizzare una pratica medica, non si potrà, ipocritamente, tornare ai tempi della Circolare Degan, con la quale negli anni '80 si stabilì che le pratiche di donazione erano proscritte nelle strutture pubbli-

che e quindi attuabili solo in centri privati".

Queste considerazioni, spiegano Sios e Aogoi nella nota, "ci spingono a chiedere subito al Ministero della Salute, quali Società Scientifiche del settore, di poter avviare una giusta azione per la **realizzazione di un Regolamento attuativo e di nuove e aggiornate linee guida**, che, ten-

nendo conto delle modifiche introdotte in punta di diritto, sulla base di considerazioni di carattere scientifico e clinico consentano ai cittadini italiani di avere a disposizione un quadro normativo chiaro ed ai Ginecologi e agli altri professionisti della Medicina e Biologia della Riproduzione di potere esercitare la loro professione con serenità

e competenza, come in questi anni difficili hanno dimostrato di saper fare".

La Sios e l'Aogoi, infine, hanno annunciato che si faranno promotrici di un'iniziativa per riunire tutte le Società Scientifiche affiliate alla Società Italiana di Ginecologia (Sigo) per formulare **"una proposta da sottoporre al Ministero della Salute e alle Regioni per dare piena realizzazione ai diritti delle coppie come ribadito dalle sentenze della Consulta"**.

In una lettera inviata al Ministero della Salute e alla Conferenza Stato-Regioni il presidente della Sigo Paolo Scollo ha rivolto un appello al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin "affinché ci coinvolga nella rielaborazione della Legge 40. La Sigo ha già istituito un tavolo tecnico che si occupa della preservazione della fertilità dei pazienti oncologici. Questo team multidisciplinare è formato da ottimi e rinomati esperti e può immediatamente collaborare con l'ufficio giuridico del ministero". **Y**

# ma restano

LORENZIN

## Questione delicata. No a decreti

**Il ministro Lorenzin al lavoro sulla "road map" per l'attuazione della sentenza. Ma precisa: "Sono questioni che non si possono regolare con un atto amministrativo. Serve una condivisione più ampia, di tipo parlamentare"**

"L'introduzione della fecondazione eterologa nel nostro ordinamento è un evento complesso che difficilmente potrà essere attuato solo mediante decreti" ha affermato il ministro della Salute in una nota di commento alla sentenza della Consulta. "Ci sono alcuni aspetti estremamente delicati che non coinvolgono solamente la procedura medica ma anche problematiche più ampie, come ad esempio l'anonimato o meno di chi cede i propri gameti alla coppia, e il diritto a conoscere le proprie origini e la rete parentale più prossima (fratelli e sorelle) da parte dei nati con queste procedure. Sono questioni che non si può pensare di regolare con un atto di tipo amministrativo, ma necessitano una condivisione più ampia, di tipo parlamentare". Lorenzin ha infine annunciato che "alla luce delle motivazioni della Consulta, al più presto comunicheremo la 'road map' per l'attuazione della sentenza".



Intervista a Giovanni Monni

## "Già all'indomani della sentenza il nostro Centro è stato bersagliato di richieste"

**Professor Monni, la sua posizione nei confronti della legge 40 è sempre stata molto chiara. Sono note in particolare le sue battaglie contro il divieto che la legge imponeva alla diagnosi preimpianto per le coppie affette da gravi patologie genetiche, alla crioconservazione e all'obbligo di un unico e contemporaneo impianto di massimo tre embrioni. Come scienziato, past president Aogoi e vice presidente della World Association of Perinatal Medicine come ha accolto la decisione della Corte Costituzionale?**

Sicuramente con estrema soddisfazione. Ho sempre pensato che la legge 40 fosse un "mostro giuridico", una legge di compromesso anacronistica, antiscientifica e contraria agli interessi della donna, della coppia e del nascituro. Mi sono fin da subito battuto perché venisse ripristinata la diagnosi genetica preimpianto e, confortato dalla sentenza del tribunale civile di Cagliari, primi per sensibilità e tempestività, già dall'anno scorso, unico Centro pubblico in Italia, all'Ospedale Mi-



crocitemico di Cagliari abbiamo ripreso ad eseguirla per le coppie a rischio di avere figli affetti da beta talassemia.

**Dichiarando illegittimo il divieto di fecondazione eterologa la Consulta ha fatto cadere non solo uno degli ultimi limiti imposti dalla legge 40 ma quello con il maggior valore simbolico. Un editoriale sul Corriere della Sera ha parlato di uno "scatto nei con-**

**fronti dei ritardi della politica" nel rispondere alle domande e alle esigenze suscitate dai mutamenti dell'evoluzione scientifica.** Chiaramente qui in Italia la politica si mostra sempre un passo indietro rispetto all'evoluzione scientifica e della società in genere. Perché bisogna sempre tenere presente che il progresso scientifico non è fine a sé stesso, ma risponde a precise esigenze socio-culturali. Negli ultimi decenni la ricerca della gravidanza si è notevolmente spostata verso età materne più avanzate, ed è per questo più frequente che ci siano delle difficoltà ad ottenerla. Allo stesso tempo, l'aspettativa di vita è cresciuta, si vive più a lungo e meglio, per questo non è anomalo che si cerchi la gravidanza anche dopo i 40 anni.

**È caduto il divieto di fecondazione eterologa se c'è infertilità assoluta ma la possibilità di accedere all'eterologa a tutte le coppie che hanno patologie genetiche o cromosomiche resta ancora preclusa?**

Purtroppo ancora oggi persiste il

► Segue a pagina 6



## Pma. Dopo sì ad eterologa migliaia di coppie potrebbero ricorrere a class action contro lo Stato

**Tutti quei "potenziali" genitori che dal 2004 non hanno potuto utilizzare la fecondazione eterologa perché vietata dalla legge 40, dopo la sentenza della Consulta potrebbero richiedere un risarcimento del danno per "illecito amministrativo". A dirlo i due avvocati di una delle coppie ricorrenti, Filomena Gallo e Gianni Baldini, nel corso di una conferenza stampa organizzata dall'Associazione Coscioni**

**Sono migliaia** le coppie che potrebbero decidere di fare una class action contro lo Stato italiano per colpa della legge 40 che per 10 anni ha vietato loro il ricorso alla procreazione medicalmente assistita mediante tecniche di fecondazione eterologa. Questo perché la sentenza emessa dalla Consulta è immediatamente applicabile e retroattiva, inoltre non crea un vuoto normativo quindi non è necessario un intervento normativo. I due legali Filomena Gallo, segretario dell'Associazione Coscioni e Gianni Baldini nel corso della conferenza stampa organizzata dall'Associazione Luca Coscioni, hanno annunciato che stanno valutando l'ipotesi di un ricorso in tal senso.

Dunque lo Stato potrebbe vedersi arrivare addosso una causa sicuramente ingente che però al momento non è quantificabile né in termini numerici, quante coppie, né in termini economici. Una class action per risarcimento del danno per illecito amministrativo, motivata dal fatto che molte coppie in questi dieci anni sono invecchiate e non possono più avere figli.

Ma questo è solo un aspetto di come può cambiare la situazione in Italia in materia di procreazione medicalmente assistita. Il secondo aspetto è che in teoria tra un mese, quando cioè sarà pubblicata in Gazzetta Ufficiale la sentenza, le coppie potranno presentarsi nei centri e chiedere la fecondazione eterologa.

Stefano Rodotà anche lui presente alla conferenza stampa ha posto l'accento sul problema della privacy che da molte parti è stato sollevato. Secondo Rodotà "è importante mantenere la disponibilità dei dati genetici dei donatori, ma questo può essere fatto senza che si crei un contrasto con il diritto alla privacy". Insomma ha aggiunto il professore "è possibile mantenere anonimato del donatore conservando però le informazioni genetiche per eventuali future terapie". Come succede in altri paesi. Il suo quindi è un invito al legislatore ad intervenire in maniera leggera perché "la legge 40 è la più ideologica mai fatta in Italia dalla nascita della Repubblica". Ma, ha ricordato, "chi avrebbe dovuto portare le ragioni del pensiero laico nelle istituzioni non l'ha fatto in questi anni". La cancellazione del divieto decretato dalla Consulta "è un punto su cui non è stata fatta nessuna forzatura, è semplicemente stato dichiarato il valore della Costituzione in questa materia. Non si può sottoporre il rispetto della Carta costituzionale alle negoziazioni legate alla sopravvivenza di una maggioranza politica".

Ma se oggi, dopo la sentenza della Consulta "l'Italia è più vicina all'Europa" di certo la "battaglia non è finita" ha sottolineato Filomena Gallo, che nella veste di segretario dell'Associazione Luca Coscioni, ha annunciato che stanno valutando "altre azioni per far cadere l'ultimo divieto ancora in piedi della Legge 40, ovvero il divieto di ricerca sugli embrioni". L'opera dei giudici, ha aggiunto Gallo "ha affermato un principio importante, porre al centro la Costituzione per la tutela della libertà e della salute delle persone, dando nuovamente diritto di cittadinanza italiana a tante coppie".

divieto di accesso alle tecniche di Pma alle coppie che non siano infertili, ma sarà il prossimo pilastro della legge 40 che verrà abbattuto, dopo il divieto di eseguire diagnosi genetica preimpianto, di creare più di tre embrioni e di fare ricorso all'eterologa.

**Dopo la sentenza, che cosa succede ora? Una coppia con problemi di sterilità potrà già domani rivolgersi a un servizio ospedaliero per richiedere una donazione di gameti? Saranno solo i centri pubblici o anche i privati a poter offrire queste tecniche? Già all'indomani della sentenza il nostro Centro è stato "bersagliato" di richieste, anche solo di informazioni, da parte dei pazienti. Purtroppo attualmente non è possibile fare previsioni su modalità e tempi di attuazione, certamente non è pensabile che si ritorni alla circolare Degan di tantissimi anni fa che proibiva l'eterologa nei centri pubblici. Sios, Aogoi e Sigo si sono dichiarate pronte a collaborare fin da subito con il Ministero della Salute per la realizzazione di nuove linee guida. Ci sono però molti aspetti delicati che non coinvolgono solo la procedura medica ma anche problematiche più ampie, come l'anonimato o meno di chi cede i gameti alla coppia e il diritto a conoscere le proprie origini da parte di chi è nato con queste procedure. Che cosa pensa a riguardo?**

Le nostre società scientifiche sono sempre state dalla parte della salute delle madri e delle coppie e pertanto sono sicuro che, come è avvenuto nel passato, saremo chiamati nelle varie sedi istituzionali insieme a giuristi, eticisti, sociologi, psicologi e altre figure interessate a risolvere le nuove problematiche poste dalla sentenza della Corte costituzionale. Non sarà certo facile conciliare le diverse posizioni, ma penso che con il buon senso da parte di tutti si possa riuscire a far sì che l'Italia si possa finalmente adeguare al resto dell'Europa.

**Lo scambio di embrioni avvenuto al Pertini ha creato sconcerto e preoccupazione nell'opinione pubblica. Come è possibile che si verifichino un errore del genere? Com'è la situazione dei centri di procreazione assistita nel nostro paese rispetto alla qualità, sicurezza e tracciabilità delle procedure e dei percorsi? È comprensibile che fatti come quelli del Pertini creino allarmismo e preoccupazione. L'errore umano è sempre in agguato e non è mai del tutto azzerabile, ma esiste la possibilità di ridurlo al minimo mediante l'attuazione di procedure ben definite. Certamente questo non è successo al Pertini il giorno in cui è avvenuto lo scambio di embrioni, ma credo che la struttura non debba essere criminalizzata. Oggi il livello di qualità e di sicurezza dei centri di Pma italiani è decisamente alto, ma è opportuno tenere l'attenzione sempre viva per scongiurare il ripetersi di casi come questo.** **Y**

## Reazioni & commenti

**LENZI (PD)**

**Consulta ha smontato l'impianto ideologico della legge**

"La sentenza della Consulta che ha dichiarato illegittimo il divieto alla fecondazione eterologa era scontata e ampiamente prevista. Della legge 40 ad oggi non



rimane quasi più niente dal momento che i progressivi interventi hanno smontato l'impianto della legge e dichiarato illegittimi i punti più ideologici. Dopo questo nuovo intervento della Corte Costituzionale si rende necessario un aggiornamento della normativa su questo delicato tema". Così Donata Lenzi, capogruppo Pd in commissione Affari sociali, ha commentato la sentenza della Corte Costituzionale che ha bocciato il divieto di fecondazione eterologa.

**MIGLIORE (SEL)**

**"Cancellata brutta pagina. Politica consente di esercitare il diritto alla genitorialità"**

"La sentenza della Consulta cancella una brutta pagina nella storia legislativa del nostro Paese". Così Gennaro Migliore, presidente dei deputati di Sinistra Ecologia Libertà, ha commentato la decisione della Corte Costituzionale di dichiarare illegittimo il divieto di fecondazione eterologa medicalmente assistita. "Sentenza dopo sentenza, la Legge 40 è stata svuotata da orpelli ideologici che hanno solo provocato danni. Quest'ultima decisione - ha sottolineato Migliore - è un ammonimento al legislatore, che non deve permettersi di anteporre l'ideologia e le proprie paure, come quella dell'adulterio genetico e della minaccia alla patrilinearità nella procreazione, al bene delle cittadine e dei cittadini. Ma ancora una volta siamo costretti a registrare che le modifiche a pessime leggi non arrivano dalla maggioranza parlamentare ma da sentenze di tribunali e della Consulta. La politica faccia su-

bito la sua parte e - ha concluso il capogruppo Sel - consenta ai cittadini e alle cittadine di esercitare il proprio diritto alla genitorialità senza dover ricorrere a viaggi della speranza fuori dall'Italia".

**D'ANNA (GAL)**

**Una vittoria della scienza più che della legge e del buon senso"**

"Una vittoria della scienza più che della legge e del buon senso". Con queste parole Vincenzo D'Anna, biologo, presidente di Federlab Italia (l'associazione di categoria maggiormente rappresentativa dei laboratori di analisi cliniche e dei centri poliambulatori privati, con oltre 2.000 strutture associate presenti su tutto il territorio nazionale) e vicepresidente del gruppo Grandi Autonomie e Libertà di Palazzo Madama, ha commentato la sentenza con la quale la Consulta ha dichiarato incostituzionale l'articolo della legge 40 che vieta la fecondazione eterologa. "Da più parti - commenta - si celebra come una vittoria la sentenza della Consulta che abroga il divieto di fecondazione eterologa. Si potranno confezionare bambini con genitori diversi, la qualcosa sotto il profilo scientifico è ben comprensibile stante l'impossibilità di evitare che le acquisizioni e le possibilità fornite dalle moderne tecniche biologiche siano introdotte tra le metodiche in uso". Di converso, conclude D'Anna, "c'è da riflettere quanto sia utile, in nome di un apodittico diritto alla procreazione, stravolgere le leggi della natura e del buon senso e soprattutto assoggettando il nascituro a una condizione di diversità biologica. Un giorno qualcuno dovrà pur rivelare al bambino che uno dei genitori è un'asettica teca che raccoglie ovuli o spermatozoi. E quando i ricchi e i potenti del mondo potranno acquistare gameti biologicamente modificati creando una superiorità genetica che si somma ai vantaggi socio-economici già accumulati



**Roma: possibile scambio di embrioni al Pertini**

## Ministero della Salute. I cittadini stiano tranquilli. Qualità e sicurezza percorsi di Pma seguono standard elevati"

**Sul caso dello scambio di embrioni, il Ministero nel rassicurare i tanti cittadini coinvolti in percorsi di procreazione assistita, ha invitato la Regione Lazio ad "accelerare le procedure di accreditamento e certificazione per applicare in tutti i centri gli standard nazionali".**



L'incidente all'ospedale Pertini di Roma rischia di creare un clima di confusione e di preoccupazione in tanti cittadini coinvolti, anche nel passato, in percorsi di procreazione assistita. Il Ministero della Salute, restando in attesa dei risultati delle ispezioni e degli accertamenti a riguardo, tuttora in corso, ha ribadito che "le procedure per la qualità, sicurezza e tracciabilità dei percorsi di procreazione assistita, nel nostro paese, seguono con rigore standard elevati, stabiliti da specifiche normative recepite da direttive europee". "Da alcuni anni è stato avviato un sistema di ispezioni e certificazioni dei centri di Procreazione Assistita che consente un monitoraggio attento e puntuale delle attività di laboratorio, in ogni singola fase, e stiamo lavorando per rendere tutto questo il più omogeneo possibile su tutto il territorio nazionale - si legge in una nota del Ministero -. Alla Regione Lazio, visto il ritardo nell'autorizzazione dei Centri Pma, chiederemo di accelerare le procedure di accreditamento e certificazione per applicare in tutti i centri gli standard nazionali". "Con la stessa attenzione e il medesimo rigore - conclude la nota - attueremo la sentenza della Corte Costituzionale che ha appena introdotto nel nostro paese la fecondazione eterologa, che ha bisogno, come tutta la procreazione assistita, di regole e procedure certe e senza alcun margine di ambiguità".

avrà termine la parificazione tra gli individui con la nascita di una razza superiore".

**D'AMBROSIO LETTIERI (FI)**

**La decisione della Consulta apre a scenari confusi**

"Il diritto alla procreazione non può in alcun modo ignorare anche il diritto di ogni creatura nata con la fecondazione eterologa a conoscere le proprie origini. La sentenza della Consulta che dichiara incostituzionale la legge 40 apre a scenari confusi che il Parlamento deve riportare su una strada equilibrata in base alla quale venga scongiurato il pericolo di dare la stura a inquietanti compravendite con riferimento ai gameti, ma anche all'affitto dell'utero".

Esprime preoccupazione il senatore Luigi D'Ambrosio Lettieri, capogruppo Fi Commissione Sanità del Senato, dopo la notizia

della bocciatura da parte della Corte Costituzionale del divieto di fecondazione eterologa.

"Non facciamo finta - aggiunge il senatore - di non sapere che, proprio la prima a non essere tutelata e a rischio di sfruttamento, sarebbe la donna che rischia di diventare oggetto di mercificazione soprattutto in presenza di una situazione di debolezza anche economica, in-



vece di essere soggetto di decisione libera e consapevole. Si tratta di temi delicati che meritano risposte responsabili e atti legislativi urgenti da parte del Parlamento".

**ROMANO (PI)**  
**Sentenza apre scenari incerti. Il Parlamento intervenga"**

Per il senatore Lucio Romano (Pi), componente della Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama, già presidente dell'associazione Scienza e Vita, "l'abolizione del divieto di fecondazione eterologa, sancito oggi dalla Corte costituzionale, dischiude scenari incerti su un settore che la legge 40 aveva contribuito a regolamentare". "Con il pronunciamento di oggi - ha aggiunto il senatore - la Consulta legittima di fatto qualsiasi pratica di riproduzione umana, sulla base di un diritto alla genitorialità, altresì sottomettendola in maniera assoluta alla tecnoscienza". "Nella comprensione della sofferenza che caratterizza le coppie sterili, probabilmente la legge 40 necessita di una riattualizzazione a circa dieci anni dalla sua entrata in vigore. Sarebbe a questo punto auspicabile un intervento parlamentare - ha concluso Romano - in consi-



derazione del pronunciamento della Corte costituzionale".

**RICCI (SCIENZA & VITA)**  
**Senza il divieto all'eterologa c'è il rischio di una Babele procreativa**

Per l'Associazione cattolica, che raccoglie tra le sue fila anche molti parlamentari, la decisione della Consulta "travalcia la funzione politica del Parlamento su temi complessi che riguardano la società civile e i propri modelli di riferimento culturali", e dunque "prosegue lo smantellamento progressivo a mezzo giudiziario della legge 40". Secondo Paola Ricci Sindoni e Domenico Coviello, rispettivamente presidente e copresidente nazionali dell'Associazione, la leg-

ge 40 è una "normativa forse da rivedere dopo dieci anni, ma che ha avuto il merito di porre un quadro di riferimento scientifico ed etico in tema di procreazione assistita". "In tal modo si apre un inesorabile vuoto normativo che prelude al ritorno a quel far west procreativo che in questi ultimi dieci anni era stato possibile contenere. Con la cancellazione del divieto di fecondazione eterologa viene legittimata ogni pratica di riproduzione umana, con il solo pretesto che tutti, comunque, hanno diritto a veder garantiti i propri desideri. La cultura giuridica si rimette in tal senso al dominio della tecnoscienza, legittimandone lo strapotere. Questa sentenza apre inoltre lo scandalo del mercato dei gameti: nessuno garantisce che non avverrà - come già ora all'estero - con lo sfruttamento di chi si trova in difficoltà economiche". "Una sentenza nel solco di quella pronunciata in materia di utero in affitto e che, anche in questo caso, rimette in questione i capisaldi della civiltà occidentale al cui interno l'esperienza della trasmissione della vita viene segnata dall'accoglimento del dono senza la pretesa di determinarlo in modo spersonalizzante. In questo

modo invece non vi è riguardo per i diritti dei bambini, chiamati al mondo a tutti i costi in virtù di un non identificato 'diritto alla genitorialità'. Promotori del ricorso alla Corte: "Eliminato vuoto normativo che ha incentivato mercato degli ovociti in Ue"

"Dopo 4 anni di attesa finalmente si dà una risposta a una questione non più eludibile che ha creato un vuoto di tutela e incentivato il mercato degli ovociti in Europa". A dirlo Cittadinanzattiva, Hera Onlus e Sos Infertilità, associazioni promotrici del ricorso alla Consulta da cui la sentenza che ha bocciato il divieto di eterologa. "È un successo delle coppie, delle Associazioni e di medici e delle società scientifiche che dal 2010



hanno posto questioni rilevanti e concrete per la vita delle persone". Dice soddisfatta Maria Paola Costantini, difensore delle coppie e referente nazionale di Cittadinanzattiva per le politiche di Pma. Dopo 4 anni non si poteva arrivare a continuare ad aspettare. Il legislatore nel nostro Paese è stato assolutamente silente e indifferente nonostante la decina di ricorsi anche sulla diagnosi pre-impianto. È evidente che con questa decisione si è eliminato un vuoto normativo che creava una discriminazione per le coppie sterili nel loro percorso genitoriale. Il nostro ordinamento tutela la maternità e la nascita fornendo supporto a tutte le coppie e perfino la legge 40 ha inserito il sostegno per le coppie infertili che possono accedere anche tramite il servizio sanitario nazionale e regionale. Sono state escluse sole le coppie sterili. La decisione della Corte ristabilisce una equità fra coppie e soprattutto elimina un mercato degli ovociti ormai diffuso e in aumento. Ora spetta al Ministero della Salute insieme alle società scientifiche e con il supporto delle associazioni di cittadini e pazienti predisporre un sistema appropriato per la donazione dei gameti".

# ESTINETTE

75 microgrammi/20 microgrammi gestodene/etinilestradiolo

126 cpr

Decreto Irpef. L'annuncio in un tweet

# "Non ci sono tagli alla sanità"

**N**on ci sono tagli alla sanità. Non ci sono tagli agli stipendi degli insegnanti. Non ci sono tagli lineari. Ci vediamo alle 16.30". Così in un tweet il 18 aprile scorso il presidente del Consiglio Matteo Renzi smentisce le ipotesi di tagli dopo le proteste pervenute a 360° dal Pianeta Sanità e dopo l'annuncio di battaglia del Ministro della Salute. E poi alle 17, sempre su twitter interviene Beatrice Lorenzin che scrive: "Ufficialmente, niente tagli alla sanità! Non una vittoria personale, ma dei cittadini e del Ssn. Ora avanti tutta con Patto Salute e riforme". Due tweet che hanno ridato speranza agli addetti ai lavori tutti scesi in campo nella mattinata per chiedere al Governo di ripensarci e di evitare, come era scritto nelle bozze del decreto circolate il giorno prima di fare nuovi tagli alla sanità. I tagli quindi non ci dovrebbero essere, salvo un riferimento dello stesso Renzi in conferenza stampa a 700 milioni per i beni e servizi delle Regioni (su un totale di 2,1 mld nel 2014) tra i quali non è stato chiarito se rientrano o meno anche beni e servizi del Ssn. Per il resto Renzi è stato nettissimo: "Nel decreto cercate la parola sanità non la troverete. E se la trovate vi offro da bere". Una battuta usata dal premier proprio in riferimento alle voci insistenti sui tagli al comparto che sarebbero ammontati a quasi 4 miliardi di euro nel triennio. Oltre che sui presunti tagli diretti alle prestazioni i timori degli operatori si erano addensati in questi giorni anche sui loro stipendi. Si era infatti parlato di tetti stipendiali per diversi sca-

**Il premier l'aveva già detto via Twitter a poco meno di un'ora dall'inizio del CdM e lo ha riconfermato dopo l'approvazione del decreto in conferenza stampa: "Nel decreto la parola sanità non c'è proprio". Smentiti anche i tetti stipendiali ai dirigenti della PA. In vigore solo quello per gli stipendi sopra i 240 mila euro. Lorenzin e le Regioni ce l'hanno fatta e il Patto per la Salute dovrebbe ora finalmente decollare**

glioni di reddito, con il più basso fissato a 60 mila euro che, se confermato, avrebbe voluto dire una bella sforbiciata anche

per molti dirigenti medici, sanitari e amministrativi del Ssn. Renzi ha smentito tutto e ha assicurato che l'unico tetto agli stipendi nella PA sarà quello per i top manager pubblici per i quali è stata fissata la soglia massima di 240 mila euro. Insomma Lorenzin e le Regioni ce l'hanno fatta. E il Patto per la Salute dovrebbe ora finalmente decollare.



## Lorenzin: "Una grande vittoria, non mia ma di tutti i cittadini"

**"Abbiamo mantenuto la promessa di non fare tagli lineari alla sanità. Il decreto dà autonomia alle regioni e agli enti locali di gestire una serie di recuperi permettendo per quanto ci riguarda come comparto di effettuare investimenti in innovazione, ricerca e personale"**

**"Quella di oggi è una grande vittoria, non solo mia ma di tutti i cittadini. Abbiamo mantenuto la**

**promessa di non fare tagli lineari alla sanità. In tutto il decreto infatti la parola sanità non è menzionata e questo è estremamente importante"** ha affermato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin il 18 aprile scorso al termine del Consiglio dei ministri. In particolare in questo decreto ci sono due cose fondamentali: la prima è che le persone che guadagnano fino a 1500 euro al

**mezzo si troveranno in busta paga 80 euro in più, inoltre abbiamo anche previsto un'ulteriore diminuzione del 10% dell'Irap, questo significa un vero e proprio abbassamento delle tasse e l'abbiamo ottenuto senza fare tagli alla sanità. Rimane quindi intatto il principio che io ho affermato in questi mesi di fare tagli e risparmi attraverso il patto della salute e reinvestirli in sanità. Il decreto dà autonomia alle regioni e agli enti locali di gestire una serie di recuperi permettendo per quanto ci riguarda come comparto di effettuare investimenti in innovazione, ricerca e personale".**

Il Retroscena

## E Renzi disse a Lorenzin: "Hai ragione. La sanità non va tagliata"

**Tutto inizia il 15 aprile quando si fa strada il taglio di quasi 4 mld al Fondo sanitario. Poi l'incontro decisivo tra Lorenzin, Renzi e Padoan. E alla fine il ministro li convince a non tagliare. In cambio certezza sulla firma del Patto entro giugno con risparmi di 10 mld in tre anni ma da reinvestire in sanità. Ecco come è andata**

I tagli alla sanità annunciati a colpi di anticipazioni di stampa alla fine non ci saranno. La conferma l'ha data lo stesso premier Matteo Renzi nella conferenza stampa dopo il CdM del 18 aprile in cui è stato approvato il decreto sul bonus Irpef e relative coperture. Ma cos'è successo? E perché in pochi giorni si è passati dai possibili 4 mld di riduzione del Fsn nel triennio a nulla? Il tutto sarebbe iniziato martedì dopo l'ultimo CdM quando il Ministro Lorenzin (che era assente proprio per discutere con Renzi e Padoan del comparto) ha appreso che la sanità avrebbe contribuito (e non poco) alle misure per la copertura del bonus Irpef (4 mld circa di riduzione del Fsn spalmati su 3 anni). A questo punto il ragionamento del Ministro, come rivelatoci da autorevoli fonti ministeriali, è stato quello di convincere il premier e il dicastero dell'Economia che incidere oggi sulla sanità avrebbe significato "tagliare in modo lineare per fare cassa subito". Un provvedimento che per la sanità avrebbe voluto dire collasso, vuoi perché il settore non è pronto per ricevere un'altra sforbiciata lineare e anche perché così facendo si sarebbe distrutto tutto il lavoro fatto fino ad oggi con le Regioni sul Patto per la Salute, per cui si sarebbe "persa la chance di cambiare strutturalmente il settore". Una tesi, quella di Lorenzin, che ha convinto Renzi che avrebbe detto al Ministro: "Hai ragione dobbiamo evitarlo". Una scelta quindi di natura politica che ovviamente, in cambio del credito rilasciato da Renzi e Padoan, prevede un pacchetto preciso: la sottoscrizione definitiva del Patto per la Salute entro giugno. Patto che prevede come già annunciato a più riprese 10 mld di risparmi in tre anni che saranno in ogni caso reinvestiti nel comparto. Ma attenzione, dal 2015 questi risparmi dovranno essere reali, perché altrimenti la mannaia della spending review non salverà il settore. Con buona pace di tutto il Pianeta sanità. Regioni e Ministero della Salute in primis. (L.F.)

## Il Working Paper dell'Ocse

# Spesa sanitaria e crisi economica: Ocse certifica la stagnazione. Dal 2010 crescita lumaca

**L**a crescita della spesa sanitaria nei Paesi Ocse si è arrestata. Lo certifica la stessa organizzazione in un working paper Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries curato dall'analista David Morgan e dall'economista Roberto Astolfi, di aggiornamento sull'evoluzione e le tendenze della spesa sanitaria nei Paesi membri che certifica come nel 2010 si sia toccata la crescita zero, ma come anche nel 2011 (+0,5%) e nel 2012 (le prime stime parlano di un +1,4%), seppur con il segno più, gli incrementi siano stati modesti. Sembrano ormai

**Fino al 2008 la spesa tra i Paesi membri cresceva ad una media del 5% oggi a fatica arriva all'1%. A calare è soprattutto la contribuzione pubblica. "Serve approccio anticiclico alla spesa pubblica per mantenere livello servizi in un momento di crescente domanda". E su ulteriori tagli avverte: "Se non appropriati possono introdurre nuove forme di inefficienza"**

lontani i tempi in cui (tra il 2000 e il 2009 per esempio) il tasso di crescita medio era del 5% all'anno. Ma ciò che più evidenzia il documento è come tutto ciò sia avvenuto in maniera disomogenea tra i vari Stati. E soprattutto in Europa con i "Piigs" a farla da padrone. La causa principale secondo lo studio è la crisi economica iniziata nel 2008 che ha portato numerosi stati a tagliare la spesa pubblica. Un dato evidente se si raffronta la spesa media per la Salute sul Pil dei Paesi Ocse che era al 9,6% nel 2009 ed è scesa al 9,3% nel 2011. Una frenata generale, ma che ha coinvolto tutti i Paesi tranne Israele e la Corea del Sud. Ma i più toccati sono stati gli Stati europei più colpiti dalla crisi. (Grecia, Portogallo, Irlanda, Spagna, Islanda). Per l'Italia si evidenzia come i tagli siano iniziati dal 2011 e viene certificata una crescita zero.

► Segue a pagina 30

Rc per i professionisti della sanità: arriva la bozza del Regolamento

## Previsto un Fondo rischi sanitari. Durata polizze minimo 3 anni e forti limiti al recesso



**A**meno di 5 mesi dall'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo ecco che dal Ministero della Salute arriva la bozza di regolamento per la Rc professionale anche in ottemperanza a quanto previsto dalla legge Balduzzi e frutto del lavoro del Tavolo ad hoc istituito al Ministero quasi un anno fa di cui da qualche mese si erano perse le tracce. Un documento importante e atteso su cui il Ministero ha convocato, per un suo esame, i sindacati del comparto (Cgil, Cisl, Uil Fials, Fsi e Nursind) per il prossimo 29 aprile e successivamente è previsto anche un ulteriore incontro con la Dirigenza medica, sanitaria, tecnica e professionale.

Ma veniamo al regolamento. Le novità non sono poche. Ma prima di tutto chi riguarda? Esso si applica al libero professionista esercente le professioni sanitarie e al personale sanitario delle Asl, Ao, Istituti ed Enti del Ssn o strutture private con rapporto di lavoro di dipendenza o altra tipologia di rapporto di lavoro. Fatta la dovuta cornice andiamo ad analizzare i principali elementi della bozza.

La novità più evidente è la creazione di un Fondo rischi sanitari. Esso è costituito presso la Consap Spa (Servizi Assicurativi Pubblici interamente partecipata dall'Economia), mentre la sua gestione sarà affidata ad un Comitato presieduto: 1 rappresen-

A meno di 5 mesi dall'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo ecco che dal Ministero della Salute arriva la bozza di regolamento, frutto del lavoro del Tavolo ad hoc istituito al Ministero quasi un anno fa. Un documento importante e atteso su cui il Ministero ha convocato, per un suo esame, i sindacati del comparto il prossimo 29 aprile

te Consap, 1 di Ania, 1 del Ministero della Salute, 1 del Mef, 1 del Ministero dello Sviluppo economico e 2 rappresentanti delle Federazioni nazionali maggiormente rappresentative delle categorie degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie. Le cariche avranno durata triennale. Al Fondo si potrà accedere nel caso venga richiesto un premio che non rientri nei parametri e condizioni standard definiti dal Comitato, ovvero il mercato assicurativo rifiuti espressamente la relativa copertura, gli esercenti possono richiedere l'intervento del Fondo. In ogni caso vi sarà una priorità di accesso al fondo per i più giovani.

Ma chi contribuirà al Fondo? La bozza prevede che entro il 31 dicembre di ciascun anno andranno determinate la misura, i termini e le modalità di versamento del contributo, relativo all'anno successivo, che le imprese assicurative autorizzate devono al

Fondo. Inoltre, è previsto anche un contributo degli esercenti che richiedono l'intervento del Fondo. Altra novità riguarda la durata contratti che dovranno essere minimo di 3 anni e potranno essere stipulate polizze anche tramite convenzioni collettive. Per quanto riguarda invece il massimale esso sarà di 1 milione di euro per ciascun sinistro e per ciascun anno.

Inoltre, ad ogni scadenza contrattuale dovrà essere prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa. Le assicurazioni dovranno rilasciare un'apposita dichiarazione, rendendo noto il processo di determinazione del prezzo finale della copertura assicurativa.

Per quanto riguarda il recesso le compagnie potranno farlo solo in caso di "reiterazione di una condotta colposa da parte dell'esercente la professione sanitaria accertata con sentenza definitiva". **Y**

Responsabilità professionale e assicurazioni

## Se in Svezia l'assicurazione del medico costa 70 euro l'anno...

**Solo 70 euro l'anno**

è questo il premio che pagano in media i medici svedesi per la propria assicurazione professionale. Gran parte della copertura sta invece nell'assicurazione dei cittadini, pagata dalle 21 Contee, che corrispondono all'incirca alle nostre Regioni. È quanto ha spiegato Thomas Zilling, vicepresidente dell'European Association of Senior Hospital Physician, intervenendo al Convegno organizzato lo scorso 12 aprile a Modena dall'Ordine dei medici locali e dalla Fnomceo.

**In Svezia**, ha detto ancora Zilling, vengono accolti circa il 39% delle richieste di risarcimento, che ricevono in media 10mila euro. Una percentuale di ricorsi accolti molto alta, rispetto a quanto accade in Italia, probabilmente dovuta ad una maggiore "appropriatezza" nella decisione di intentare una

tranquillità. Inoltre, la politica sanitaria pubblica è fatta senza interloquire con il mondo medico e anche l'Europa si sta inchinando davanti alle ragioni del mercato".

**In Spagna** la situazione sembra assai simile a quella Italiana. "Dal 2006 ad oggi - ha spiegato José Ramon Huerta, coordinatore dell'area delle relazioni internazionali del Consejo General de Colegios Oficiales de Medicos - le denunce sono aumentate del 205% e per le specialità più esposte come i chirurghi plastici, i premi assicurativi arrivano anche a 10mila euro l'anno. L'aumento dei processi ha prodotto un aumento della medicina difensiva, con il risultato di maggior inefficienza e maggiori costi economici". Una soluzione è stata trovata invece **in Belgio**, come ha illustrato alla platea Roland Kerzmann, del Consiglio nazionale de l'Ordre des



causa. Profondamente diversa la situazione **in Grecia**, illustrata da Anastasius Vassilis, dell'Associazione Medica Panellenica, dove i medici non hanno nessuna forma di assicurazione da parte del servizio sanitario e nel caso in cui stipulino una costosa polizza privata diventano "bersagli" degli avvocati, vista l'aggressività di alcuni studi legali. Il risultato è la crescita della medicina difensiva, con il conseguente declino della qualità dell'assistenza pubblica. Un'assistenza pubblica sempre più ridotta anche a causa della crisi economica, che pochi giorni fa ha deciso di licenziare 5mila medici di famiglia.

**Situazione critica anche in Romania**, come ha testimoniato Gheorghe Borcean, vicepresidente del Colegiul Medicilor din Romania. "La professione medica - ha detto Borcean - è mal regolata ed è in mano al mercato, che non permette al medico di operare con

Médecins de la Belgique. Dopo aver approvato nel 2002 una legge sui diritti dei pazienti, che prevede la creazione di strutture di mediazione negli ospedali, nel 2010 è stato creato un Fondo al quale i pazienti possono inoltrare una richiesta di risarcimento, dovendo però dimostrare la colpa. Il Fondo vale circa 22 milioni di euro l'anno e, nell'ultimo anno, ha liquidato 170 cause con un indennizzo di 130mila euro in media. Anche **in Francia**, come ha detto Xavier Deau delegato agli affari europei e internazionali del Conseil national des Ordres des Médecins, sono attive dal 2002 le Commissioni di conciliazione che, nel caso in cui si renda necessario un indennizzo, ricorrono all'Oniam, l'Ufficio nazionale per l'indennizzo degli incidenti medici, finanziato dallo Stato. Inoltre, con la legge finanziaria del 2012, è stato istituito un altro Fondo per la copertura dei liberi professionisti in caso di contenzioso.

## Legge 194: la risoluzione dell'Affari Sociali su relazione al Parlamento

**L**a Commissione Affari Sociali della Camera si è espressa il 6 marzo scorso sulla relazione al Parlamento del ministro Lorenzin sullo stato di attuazione della legge 194 presentata lo scorso mese di settembre. Nella risoluzione approvata a fine dibattito sono state formulate una serie di indicazioni che impegnano il governo su **diversi fronti "caldi"** attinenti le diverse problematiche oggetto della legge sull'interruzione volontaria di gravidanza e sulla tutela sociale della maternità.

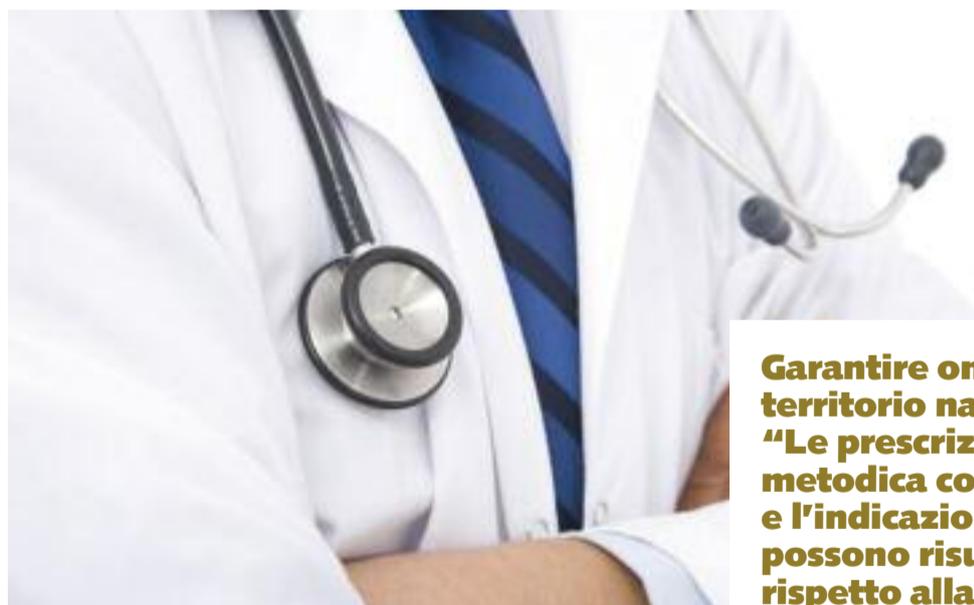
Dalla questione dei **consultori**, sottolineando come negli ultimi anni si sia assistito ad un progressivo decremento dei consultori familiari pubblici, che avrebbero dovuto, invece, essere l'aspettante degli interventi preventivi nell'ambito dell'aborto volontari. A quella degli **aborti farmacologici**, per i quali la Commissione ha rilevato come le prescrizioni per l'utilizzo di questa metodica con limiti entro la settimana e l'indicazione di ricovero per 3 giorni possono risultare disincentivanti rispetto alla richiesta di tale opzione, che negli altri Paesi europei avviene con modalità di trattamento ambulatoriale o domiciliare.

Fino alla questione dell'**obiezione di coscienza** per la quale, in attesa dei risultati del "Tavolo tecnico" avviato dal Ministero della salute con gli assessori regionali per il monitoraggio sullo stato di attuazione delle norme per la tutela della maternità e per l'Ivg, i parlamentari dell'Affari Sociali hanno comunque chiesto che il ministero si attivi per garantire in ogni caso il diritto alla libera scelta della donna anche attraverso la mobilità del personale. Ma il dibattito è stato anche l'occasione per sollecitare il Governo a riferire sullo stato di applicazione dell'Accordo Stato Regioni del dicembre 2010 che prevedeva la **riorganizzazione dei punti nascita italiani** con la chiusura o messa in sicurezza delle strutture con meno di 500 parti l'anno.

Insomma un esame a 360 gradi sulla maternità e sull'evento nascita che, come dicevamo, si è concluso con **una serie di richieste specifiche al Governo. Ecco il punto per punto.**

# “Obiezione di coscienza non può ledere diritto all'Ivg. Se serve, mobilità del personale”

Lo sottolinea la risoluzione approvata dalla Commissione Affari Sociali della Camera a seguito dell'esame della relazione del ministro Lorenzin sullo stato di attuazione della legge 194. La risoluzione contiene una serie di indicazioni che impegnano il governo su diversi fronti "caldi" attinenti le diverse problematiche oggetto della legge sull'interruzione volontaria di gravidanza e sulla tutela sociale della maternità



**Garantire omogeneamente su tutto il territorio nazionale l'Ivg farmacologica. "Le prescrizioni per l'utilizzo di questa metodica con limiti entro una settimana e l'indicazione di ricovero per tre giorni possono risultare disincentivanti rispetto alla richiesta di tale opzione"**

### Obiezione di coscienza

Nell'attesa dei risultati del citato "Tavolo tecnico" avviato dal Ministero della salute con gli assessori regionali per il monitoraggio sullo stato di attuazione

sulle iniziative adottate dal Ministero medesimo in attuazione degli impegni assunti l'11 giugno 2013 alla Camera e contenuti nelle mozioni approvate, e a predisporre, nei limiti delle

**Ridare piena centralità ai consultori familiari. Promuovere iniziative di educazione sessuale anche nelle scuole. Chiesta anche verifica sullo stato di attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 2010 sui punti nascita**

delle norme per la tutela della maternità e per l'Ivg, si invita il Governo a riferire alle Commissioni parlamentari competenti

proprie competenze, tutte le iniziative necessarie affinché nell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali si attui il quarto

comma dell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978, nella parte in cui si prevede l'obbligo di controllare e garantire l'attuazione del diritto della donna alla scelta libera e consapevole anche attraverso una diversa mobilità del personale, garantendo la presenza di un'adeguata rete dei servizi sul territorio in ogni regione.

### Informazione ed educazione sessuale

Si chiede di sensibilizzare le regioni affinché siano promosse dalle istituzioni scolastiche, in collaborazione con le associazioni dei genitori e con i consultori territoriali, attività di informazione ed educazione alla salute sessuale e riproduttiva, all'affettività, alla maternità e paternità consapevole.

### Tutela sociale della maternità

Per quanto riguarda l'aspetto della tutela sociale della maternità, a dare piena attuazione agli articoli 2 e 5 della legge n. 194 del 1978, nel rispetto della titolarità decisionale della donna.

### Informazione sull'accesso alle prestazioni di IVG

Operare per prevedere che le Regioni debbano rendere noto, usando tutti gli strumenti informativi necessari compresi i siti istituzionali, il percorso di accesso al servizio da parte dell'utente e i presidi ospedalieri nei quali viene effettuata l'Ivg, determinando un bacino di utenza ragionevole.

### Consultori familiari

Assumere iniziative per valorizzare e ridare piena centralità ai consultori familiari, istituiti ai sensi della legge n. 405 del 1975, a promuoverne un'equa diffusione sul territorio nazionale e

## Dati e criticità

### Obiezione di coscienza

**La percentuale degli obiettori di coscienza, specie fra i ginecologi, mantiene livelli elevati, ma i dati relativi al numero dei non obiettori potrebbero risultare sovrastimati rispetto alla realtà. Per questo è necessaria una verifica**

a favorirne l'integrazione con le strutture ospedaliere, rappresentando il consultorio uno strumento essenziale per le politiche di prevenzione e promozione della maternità e della paternità libera e consapevole.

#### RU 486

Attivarsi affinché su tutto il territorio nazionale l'interruzione di gravidanza farmacologica sia garantita omogeneamente, nell'appropriatezza clinica.

#### Prevenzione IVG tra donne straniere

Estendere a tutto il territorio nazionale il progetto coordinato dalla regione Toscana, in accordo con altre 10 regioni, riguardante la prevenzione delle Ivg tra le donne straniere, promosso in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e l'Università degli studi La Sapienza.

#### Visite post IVG

Valorizzare la visita post-IVG, da effettuarsi preferibilmente presso il consultorio nella sua funzione di counselling per la prevenzione responsabile e a prevenzione degli aborti ripetuti. Sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it) in allegato all'articolo il testo integrale della Risoluzione **Y**

■ La percentuale degli obiettori di coscienza, specie fra i ginecologi, mantiene livelli elevati, più di due su tre, passando dal 58,7% del 2005 al 71,5% del 2008, per ridiscendere al 70,7% nel 2009 e al 69,3% nel 2010 e nel 2011. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi sono presenti principalmente al sud, con punte che toccano l'88,4% in Campania e in Molise;

■ l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza ha riguardato elevate percentuali di ginecologi fin dall'inizio dell'applicazione della legge n. 194, con un aumento percentuale del 17,3% in trenta anni, a fronte di un dimezzamento delle Ivg nello stesso periodo;

■ secondo la relazione i numeri complessivi del personale non obiettore sono considerati comunque congrui rispetto al numero complessivo degli interventi di Ivg e che eventuali difficoltà nell'accesso ai percorsi Ivg sembrano quindi dovute a una distribuzione inadeguata del personale fra le strutture sanitarie all'interno di ciascuna regione;

■ risulta necessaria una verifica considerando che i dati relativi al numero dei non obiettori potrebbero risultare sovrastimati rispetto alla realtà, poiché, non essendo obbligatorio comunicare all'azienda sanitaria di competenza la scelta di obiezione di coscienza, potrebbero essere considerati non obiettori tutti i ginecologi che non hanno mai espresso obiezione semplicemente in quanto la loro attività istituzionale non prevede la pratica delle Ivg; va considerato che nel 2011 il carico di lavoro è di 1,7 Ivg a settimana;

■ allo scopo di avviare un monitoraggio relativo alle singole strutture ospedaliere e ai consultori e di individuare eventuali criticità nell'applicazione della legge, con particolare riferimento all'aspetto riguardante l'obiezione di coscienza, è stato attivato nel 2013, presso il Ministero della salute, un "Tavolo tecnico" a cui sono stati invitati gli

assessori regionali; una prima proposta di scheda per la raccolta dati è già stata inviata ai referenti regionali e i risultati di tale monitoraggio saranno presentati nella prossima Relazione al Parlamento.

### Consultori familiari

**Valorizzare i consultori: sono l'asse portante degli interventi preventivi nell'ambito dell'aborto volontario**

■ Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo decremento dei consultori familiari pubblici, che avrebbero dovuto, invece, essere l'asse portante degli interventi preventivi nell'ambito dell'aborto volontario; ■ nel 2011 il rapporto tra consultori familiari pubblici e abitanti è pari allo 0,7 per 20.000 abitanti (come nel 2006-2010), valore inferiore a quanto previsto dalla legge n. 34 del 1996, di conversione in legge del decreto-legge 1 dicembre 1995, n. 509, recante "Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio sanitario nazionale" pari a 1 ogni 20.000 abitanti e per altro distribuiti in modo disorganico sul territorio nazionale;

■ il ricorso al consultorio familiare è basso anche per la documentazione/certificazione (40,7% nel 2011), specialmente al Sud e nelle Isole, anche se in aumento principalmente per il maggior ricorso ad esso da parte delle donne straniere (vi ricorre il 54,2% rispetto al 33,9% delle italiane);

■ risulta confermata la necessità di una maggiore valorizzazione dei consultori familiari quali servizi primari di prevenzione del fenomeno abortivo e di una effettiva loro integrazione con i centri in cui si effettua l'Ivg - considerati positivamente i risultati raggiunti dopo oltre trent'anni dall'approvazione della legge n. 194 come strumento per la riduzione e il controllo del ricorso dell'Ivg.

Fonte: Testo della risoluzione votata dalla Commissione Affari Sociali della Camera in riferimento alla relazione del ministero della Salute sullo stato di attuazione della legge 194

# L'obiezione di coscienza, un vecchio problema tornato d'attualità

Alcune riflessioni del presidente Agite Giovanni Fattorini tratte dal suo ultimo libro "I consultori in Italia", presentato il 27 marzo scorso in una sala conferenze del Senato

di Giovanni Fattorini

**A**bbiamo visto come lo stretto intreccio tra l'attività dei consultori familiari (Cf) e l'applicazione della legge 194 costituisca una delle costanti del dibattito che periodicamente si ripropone nella società italiana sulla questione dell'aborto volontario. L'ultimo capitolo di tale ininterrotta discussione riguarda l'obiezione di coscienza del personale sanitario prevista dall'art. 9 della legge 194. Il dibattito si è riaperto nella primavera del 2013 in seguito alla pubblicazione sulla stampa di alcune notizie particolarmente allarmanti.

**Prima vediamo, ancora una volta, i numeri.** Nella Relazione del ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente nor-

me per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) presentata alle Camere il 13 settembre 2013 si legge: «Dopo un aumento negli anni, nel 2011 si evince una tendenza alla stabilizzazione della percentuale degli obiettori di coscienza che, specie fra i ginecologi, mantiene livelli elevati (più di due su tre). Infatti, a livello nazionale, si è passati dal 58,7% del 2005, al 69,2% del 2006, al 70,5% del 2007, al 71,5% del 2008, al 70,7% nel 2009 e al 69,3% nel 2010 e nel 2011. Il dato comunicato dalle regioni si riferisce a tutto il personale (con contratto a termine indeterminato o non) operante negli istituti di cura con Reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia. Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una



variazione da 45,7% nel 2005 a 50,8% nel 2010 e 47,5% nel 2011. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38,6% nel 2005 al 43,1% nel 2011. Si osservano notevoli variazioni tra regioni. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi sono presenti principalmente al Sud: 88,4% in Campania, 87,9% in Molise, 85,2% in Basilicata, 84,6% in Sicilia, 83,8% in Abruzzo, 81,8% nella P.A. di Bolzano e 80,7% nel Lazio. An-

che per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al Sud (con un massimo di 78,1% in Sicilia, 74,5% in Molise, 72,8% in Calabria, 72,4% nel Lazio e 71,4% in Campania). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 85,3% in Molise e 81,4% in Sicilia».

La relazione fa riferimento solo ai ginecologi operanti negli istituti di cura, per cui non abbiamo a disposizione dati disaggregati. Tuttavia, si ha la sensazione che il fenomeno dell'incremento dei casi di obiezione abbia riguardato anche i ginecologi non ospedalieri.

A parte le percentuali inquietanti di per sé, poiché segnalano una situazione di emergenza, gli interrogativi da porsi sono se e in che modo questi dati mettono davvero a repentaglio l'applicazione della legge, quanto disagio e quanto pericolo questa situazione può provocare alle donne che si sottopongono a una Ivg, quanta frustrazione un simile stato di cose provoca in quel 30% di ginecologi non obiettori - percentuale che in alcune regioni è ancora più bassa - che oltre a tutte le mansioni quotidiane in un reparto di ginecologia (guardie,

### Consultori Gigli (FESMED): Subito integrazione con le strutture ospedaliere

È certamente di grande interesse per i medici che operano nei consultori e nei reparti di maternità che la Commissione Affari Sociali della Camera, nella risoluzione approvata lo scorso 6 marzo 2014, abbia impegnato il Governo ad assumere iniziative per valorizzare e ridare piena centralità ai consultori familiari, a promuoverne un'equa diffusione sul territorio nazionale e a favorirne l'integrazione con le strutture ospedaliere. L'occasione è stata fornita dalla relazione al



► Segue a pagina 26

► Segue a pagina 13

**RU486/  
Consiglio sanitario  
della Toscana**

**"Sì alla  
distribuzione  
anche senza  
ricovero in  
ospedale"**

Se l'Assessorato alla Sanità sottoscriverà la proposta del suo organo tecnico la pillola abortiva Ru486 potrà essere somministrata anche fuori dagli ospedali, senza un ricovero ordinario. Panti: "Abbiamo seguito tutte le leggi che regolano l'interruzione di gravidanza". Ma per l'associazione Scienza & vita così si banalizza l'aborto. L'Assessorato: "Valuteremo proposta".

Il 4 marzo scorso il Consiglio sanitario della Toscana, organo tecnico dell'Assessorato alla Sanità regionale, ha proposto di rendere possibile per le donne il ricorso alla RU 486 anche al di fuori del regime ospedaliero di ricovero, e cioè in consultori e poliambulatori dove la donna che compie questa scelta, secondo quanto prevede il documento, dovrà restare per due ore dopo aver assunto il farmaco. Dopo la donna potrà tornare a casa avendo però sempre sottomano il numero telefonico della struttura sanitaria e quello del

pronto soccorso ginecologico più vicino. Due giorni dopo potrà tornare nella stessa struttura per la seconda assunzione, fissando una visita di controllo per 15 giorni dopo.

"Per ora - ha spiegato a Repubblica Antonio Panti, presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze e vicepresidente del Consiglio sanitario regionale, - è solo una proposta. Ci sono ancora dei passaggi. Ma la politica deve fare il suo corso", cioè il documento deve essere approvato e fatto proprio dagli organi politici. Ma per l'associazione cattolica Scienza & Vita in questo modo si compie la banalizzazione dell'aborto. "La scelta della Regione Toscana di rilasciare la Ru486 nei consultori consuma il processo di banalizzazione dell'aborto in una deriva riduttivistica mascherata da efficienza". Questo il commento di Paola Ricci Sindoni e Domenico Coviello, presidente e copresidente nazionali dell'Associazione Scienza & Vita. "La Ru486 - sottolineano -, prodotto abortivo tutt'altro che esente da rischi, era stata adottata nei vincoli della Legge 194, prevedendo quindi il ricovero e l'osservazione. Paletti che sono già stati ampiamente disattesi dal momento che la donna, dopo aver assunto la compressa abortiva, poteva agevolmente firmare le proprie dimissioni dal reparto. Ora la somministrazione della pillola direttamente tramite i consultori scavalca ogni disposizione



legislativa e apre a una deregulation senza precedenti, le cui conseguenze sul piano antropologico sono immediatamente intuibili". Il comunicato della Regione Toscana. "L'Assessorato al diritto alla salute - ha precisato la nota della Regione Toscana diffusa nella stessa giornata - ha ricevuto il parere tecnico fornito dal Consiglio Sanitario Regionale in merito all'aggiornamento del "Protocollo operativo Ivg farmacologico di cui al parere CSR 47/2011", il cui contenuto è conforme per ciò che concerne le strutture, alla Legge 194/1978 laddove si afferma nell'art 8 che "nei primi 90 giorni di gravidanza gli interventi di Ivg dovranno altresì poter essere effettuati presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali e autorizzati dalla Regione", e per ciò che riguarda la somministrazione del farmaco, a quanto previsto dalla determinazione 1460 del 24 novembre 2009 emanata dall'Aifa. L'Assessorato approfondirà e valuterà il parere del Consiglio".

**RU486/ Regione Lazio**

**Anche in day hospital.  
Approvata delibera**

Non saranno più necessari tre giorni di ricovero, ma presto, nel Lazio, l'aborto medico con la pillola RU486 sarà possibile anche in day hospital. Lo ha stabilito una delibera del 25 marzo scorso firmata dal presidente della Regione, Nicola Zingaretti, per ampliare le modalità per l'interruzione volontaria di gravidanza medica negli ospedali del Lazio. "Spetterà comunque al medico che prende in carico la paziente la decisione di estendere o meno la durata del ricovero, ovviamente sulla base del quadro clinico della donna", precisa tuttavia una nota della Regione. La delibera, spiega la nota, "si basa su evidenze scientifiche internazionali, ricerche, tra cui quella del Collegio inglese di ostetricia, pareri dell'Oms e sui dati dell'ultima relazione annuale (28 febbraio 2013) del Ministero della Salute che sottolinea come il 76% della donne che accedono in ospedale per l'interruzione di gravidanza mediante Ru 486 rifiutavano il ricovero obbligatorio di tre giorni". Si ricorda inoltre che "attualmente l'interruzione di gravidanza mediante intervento chirurgico avviene in regime diurno". La delibera, preso atto dei dati, stabilisce che l'intervento può essere fatto anche in day-hospital seguendo tre precisi step: il primo che prevede l'accesso e preospedalizzazione, il secondo avviene con il controllo degli esami e la somministrazione del farmaco, il terzo con i controlli clinici. La visita ambulatoriale finale, invece, deve avvenire entro 21 giorni dalla prima somministrazione del farmaco.

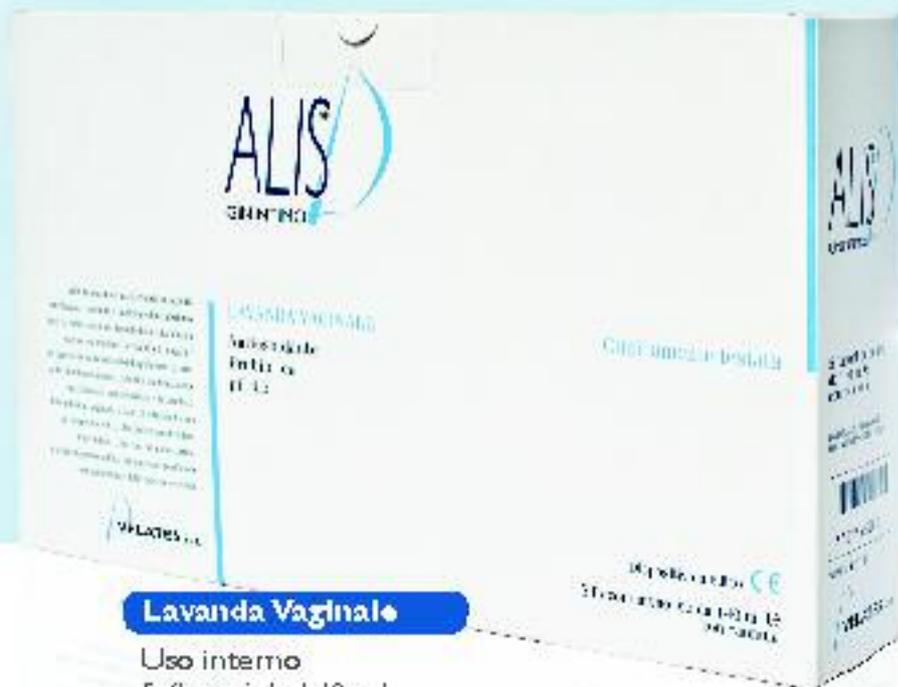
"La pillola RU 486 - afferma la Regione nella nota - rappresenta una soluzione meno invasiva rispetto all'intervento chirurgico, per questo motivo è stato opportuno operare un cambiamento della normativa in atto nel Lazio e che spesso creava non pochi ostacoli alle donne che intendono interrompere la gravidanza. Questa delibera, attesa da molto tempo, semplifica infatti le procedure per chi intende interrompere la gravidanza. È un atto di profondo rispetto per le donne, già adottato in altre regioni".

"A questo si aggiunge il lavoro che, anche su istanze delle associazioni, stiamo portando avanti da 4 mesi insieme a tutti gli operatori dei consultori del Lazio - dice il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti - con lo scopo di rilanciare e di restituire il giusto ruolo e la dignità che meritano questi servizi, nel campo della prevenzione, dell'assistenza e del diritto alla salute. In questo modo la Regione ha intrapreso un percorso di grande civiltà che tutela il diritto alla salute e il diritto di scelta della donna".

**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



## Aborto farmacologico: muore in ospedale Viale: "nessun nesso teorico di causalità con il mifepristone (RU486)"

Una donna di 37 anni è morta il 9 aprile scorso all'ospedale Martini di Torino dopo che le era stata somministrata la seconda parte dei farmaci previsti per l'aborto farmacologico: l'RU486 e altre sostanze che provocano contrazioni uterine e favoriscono l'interruzione di gravidanza. In Italia è il primo caso di morte seguita all'uso della RU486, ma per il "padre della pillola abortiva", il ginecologo Silvio Viale che dirige il principale servizio italiano per Ivg all'Ospedale Sant'Anna di Torino, va respinta "ogni strumentalizzazione" sull'episodio e osserva come sono "decine di milioni le donne che hanno assunto la Ru486 nel mondo" e "40mila in Italia". Secondo le dichiarazioni di Viale raccolte dai principali quotidiani "l'episodio ricorda la prima e

unica morte in Francia nel 1991, agli inizi del suo uso, che indusse a modificare il tipo di prostaglandina per tutti gli interventi abortivi introducendo il misoprostolo (Cytotec). Sono gli altri farmaci, gli stessi che si impiegano per le Ivg chirurgiche, i maggiori sospettati di un nesso con le complicazioni cardiache - ha spiegato. Sarà l'autopsia a capire le cause, ma sin da ora posso affermare che non vi è alcun nesso teorico di causalità con il mifepristone (RU486), perché non ci sono i presupposti farmacologici e clinici". La direzione dell'ospedale Martini ha chiesto ai medici una relazione, inviata poi alla procura. Il fascicolo è stato consegnato al sostituto procuratore Gianfranco Colace che ha disposto un'autopsia per accertare le cause. Il sospetto



dei medici del Martini è che si sia verificata una embolia polmonare, perché la difficoltà respiratoria accusata dalla donna, associata al dolore accusato all'addome, potrebbe far pensare a questo ma al momento l'azienda non ha nessuna certezza sulla causa del decesso. La donna era alla sesta settimana e cinque giorni di gravidanza, all'interno dei parametri stabiliti per legge per l'aborto farmacologico, che può avvenire solo entro la

settima settimana. All'ospedale Martini l'anno scorso sono stati 60 gli aborti farmacologici, 300 quelli chirurgici. Venti le somministrazioni quest'anno, dove c'è un solo medico non obiettore. Sarà l'autopsia a stabilire le possibili connessioni tra i farmaci e il decesso, che nella casistica mondiale sarebbero stati 25 su oltre un milione e mezzo di aborti eseguiti con questo metodo.

### ► Segue da pagina 11

parlamento del ministro della Salute sullo stato di attuazione della legge 194, per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. Le carenze organizzative e strutturali che i consultori familiari presentano in diverse regioni d'Italia è certamente un ostacolo, non solo all'applicazione della legge sulle Ivg ma, anche all'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, dell'assistenza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Se i consultori familiari non sono pienamente operativi non riescono a farsi carico totalmente della gestione della gravidanza fisiologica, che l'Accordo gli attribuisce fino alla 36ª settimana. Di conseguenza, i controlli delle gravidanze fisiologiche continuano a gravare indebitamente sui reparti ospedalieri, nei quali i dirigenti medici vanno riducendosi di numero e non sempre riescono a rispondere alla richiesta di quelle prestazioni che non sono più di loro competenza, come i controlli delle gravidanze fisiologiche.



## Quante domande ha la futura mamma prima del parto?

Potrò scegliere la posizione durante il parto?

Cosa devo mettere in valigia?

Chi mi guiderà nell'allattamento?

Cosa succederà in ospedale?

## L'Ospedale ha un ruolo centrale nel dare risposte chiare e aggiornate

Mummyday è la prima community sul parto che ti permette di comunicare direttamente con le mamme e i papà

Richiedi gratis la tua username e password

entra nella tua area riservata per poter inserire documenti, foto del reparto e ogni informazione utile ai futuri genitori

Richiedi: [info@mummyday.com](mailto:info@mummyday.com)

[www.mummyday.com](http://www.mummyday.com)

**I firmatari dei vari disegni di legge sulla responsabilità professionale si confrontano con i rappresentanti di Cic e Aogoi**

# Una task force "vo di governo sulla responsabilità med

Il 25 marzo scorso si è svolto presso un'aula del Senato a Palazzo Cenci un incontro informale sul tema della responsabilità professionale. All'incontro, promosso dall'Associazione di Iniziativa Parlamentare e Legislativa per la salute e la prevenzione, presieduta dal senatore Antonio **Tomassini**, hanno partecipato i presidenti e alcuni componenti delle due Commissioni sanità di Camera e Senato (molti dei quali firmatari dei disegni di legge in materia di responsabilità professionale, attualmente in discussione all'Affari Sociali della Camera): gli onorevoli Pierpaolo **Vargiu** (Sc), Benedetto **Fucci** (PdL), Raffaele **Calabrò** (Ncd), Giovanni **Monchiero** (Scelta civica), Anna Margherita **Miotto** (Pd), già membro della Commissione Affari Sociali nella scorsa legislatura, i senatori Emilia Grazia **De Biasi** (Pd), gli onorevoli Amedeo **Bianco** (Pd), Piero **Aiello** (Ncd), il presidente del Collegio italiano dei Chirurghi (Cic), Nicola **Surico**, insieme al vicepresidente Cic e Presidente Acoi Luigi **Presenti**, e il presidente Aogoi Vito **Trojano**.

L'incontro ha voluto raccogliere l'appello del Collegio italiano dei Chirurghi ad accelerare l'iter parlamentare della normativa sulla responsabilità professionale, ha spiegato il senatore Tomassini, "riunendo i firmatari dei disegni di legge in materia di responsabilità medica al fine tro-

È la proposta lanciata dal senatore Tomassini promotore di un incontro tra i firmatari dei vari disegni di legge sulla responsabilità professionale, attualmente in discussione alla Camera, e i rappresentanti del Cic e dell'Aogoi. L'iniziativa, che prende le mosse dalle sollecitazioni che il Collegio italiano dei Chirurghi e la nostra associazione hanno rivolto alle istituzioni, intende contribuire alla definizione di un testo unico in materia, da approvare prima del 14 agosto. Data in cui scatterà l'obbligo assicurativo per gli esercenti le professioni sanitarie

vare soluzioni condivise che portino in tempi brevi a una legge che possa alleviare la sofferenza della classe medica".

"Fare presto", come è stato sottolineato dai rappresentanti delle società scientifiche presenti, tra le più colpite da queste problematiche, "è una necessità che è dettata non solo dall'esigenza di dare un preciso segnale alla classe medica - "stremata da un contenzioso medico legale inarrestabile e bersaglio per tutte le inefficienze e le carenze strutturali-organizzative di un servizio sanitario sempre più fragile" - ma anche da una scadenza ben precisa, quella del 14 agosto", data in cui, dopo l'ennesima proroga, scatterà l'obbligo per gli "esercenti le professioni sanitarie" di avere una assicurazione contro la Responsabilità civile.

La possibilità di dar vita in tempi brevi a una normativa che risolva i temi più spinosi in materia di responsabilità medica è tut-

l'altro che remota: il contenuto dei sei disegni di legge in discussione alla Commissione Affari Sociali della Camera hanno molti punti in comune e l'elaborazione di un testo unico è l'obiettivo su cui si sta concentrando il lavoro dei parlamentari intervenuti all'incontro, che, negli auspici di tutti i presenti, dovrebbe essere il primo di una serie di riunioni informali che consentiranno ai parlamentari "bipartisan" un confronto più rapido: una sorta di "task force volontaria di governo", come l'ha definita Tomassini, aperta eventualmente anche ai colleghi delle Commissioni Giustizia ed Economia.

**Ecco in sintesi il contenuto degli interventi.**

**DE BIASI**  
**I miei desiderata: dare concretezza ai punti che ci uniscono**

"Aprire un varco: la cosa importante è parlarci perché è sempre difficile conciliare i tempi delle commissioni - ha detto la senatrice De Biasi, presidente della Commissione Igiene e Sanità, in apertura del suo intervento. Noi ce la metteremo tutta, vediamo fino a che punto possiamo arrivare". Dopo aver ringraziato il presidente Vargiu "per aver incaricato i vari disegni di legge", De Biasi ha affrontato sinteticamente i vari "capitoli" di una materia che ha definito estremamente molto complessa. "Regolare la responsabilità medica è

urgente, non solo per quanto riguarda il problema dell'assicurazione obbligatoria, ma anche perché in ballo c'è la percezione del Ssn e dei suoi operatori, aggrediti da campagne mediatiche pessime" ha ricordato. Il tema della responsabilità medica è complesso: "c'è il capitolo giustizia: i livelli di responsabilità non possono essere solo in capo al singolo operatore". Altro capitolo, la medicina difensiva: un tema scottante, anche sul piano economico, "di cui abbiamo parlato anche con il Commissario Cottarelli e il presidente Renzi". E ancora, il capitolo organizzazione del Ssn: "le Regioni stanno diventando un grande ostacolo". I miei desiderata, ha detto De Biasi, sono "dare concretezza ai punti che ci uniscono".

**VARGIU**  
**Identificare quali soluzioni sono a portata di mano e quali, per la loro complessità, sono più lontane**

"Sono un medico, specializzato in medicina legale, conosco le problematiche inerenti la responsabilità professionale e soprattutto l'impegno che il senatore Tomassini in questi anni ha profuso in questo ambito - ha detto il presidente della Commissione Igiene e Sanità Pierpaolo Vargiu -. Se finora il nodo della responsabilità professionale non è stato ancora sciolto, è perché si tratta di un problema

estremamente complesso, come è stato sottolineato dalla collega De Biasi".

Per Vargiu, firmatario insieme a Binetti, Gigli e Monchiero della proposta di legge a.c. 259, "ora la nostra priorità dovrebbe essere quella di identificare quali soluzioni sono a portata di mano e quali, per la loro complessità, sono più lontane. Non è un caso, che la maggior parte dei Ddl presentati non entrano nel merito del codice di procedura penale e civile".

Ai fini di una rapida approvazione di una legge in materia, "abbiamo di fronte due strade: o la condivisione totale di un testo di legge o un'azione di governo attraverso un decreto legge, possibilità ventilata dallo stesso ministro Lorenzin". "I tempi sarebbero senz'altro più rapidi - ha sottolineato Vargiu - ma il rischio, qualora non vi fosse un largo accordo, è quello di dar vita a una legge inapplicabile, come la Balduzzi".

**SURICO**  
**Ricondurre la normativa nell'alveo della responsabilità extracontrattuale**

"L'Italia è, nel panorama europeo, uno dei pochi paesi in cui la responsabilità del medico inserito in struttura è ritenuta di carattere contrattuale, come abbiamo sottolineato nella nostra lettera consegnata al senatore Tomassini. Nel nostro ordinamento nessuna norma definisce la natura di questa responsabilità: la sua definizione stata lasciata e demandata all'esclusiva elaborazione giurisprudenziale. E questo come rappresentante di un Collegio che rappresenta 64 società chirurgiche mi preoccupa molto" - ha detto il presidente Cic Nicola Surico. Riguardo ai disegni di legge proposti, "siamo molto favorevoli a un'ipotesi di

## I 13 punti del documento-proposta AOGOI

Il documento, presentato dal presidente Aogoi Vito Trojano nel corso dell'incontro, illustra quelli che per le società scientifiche sono i "pilastri" su cui dovrebbe essere incardinata la nuova normativa

**1. Assicurazione obbligatoria delle aziende sanitarie; 2. azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicuratrice (anche previo tentativo di composizione bonaria delle controversie); 3. obbligo di un sistema di monitoraggio per la prevenzione del rischio; 4. responsabilità amministrativa della struttura; 5. Fondo vittime (regionale o nazionale) da alea terapeutica; 6. nomina Ct specialisti accanto al medico legale; 7. prescrizione dell'azione per risarcimento dei danni nel termine di cinque anni dal fatto o dalla conoscenza del fatto; 8. esclusio-**

**ne della procedibilità nei casi di particolare tenuità del fatto; 9. Limiti all'opposizione alla richiesta di archiviazione (in caso di richiesta di archiviazione per lesioni o omicidio colposo per colpa medica il diritto di opposizione della P.O. ex art.410 c.p.p. si prevede che sia esercitabile una sola volta); 10. obbligatorietà dell'udienza preliminare (udienza-filtro); 11. 12. inquadramento della responsabilità penale e civile; 13. obbligatorietà di consulenza tecnica preventiva nel processo civile preliminare di consulenza tecnica preventiva nel processo civile).**



# lontaria"

# ica

testo unico che recepisca in particolare quanto contemplato nei disegni di legge d'iniziativa Fucci, Calabrò e Bianco, nella sua ultima stesura – ha detto Surico, ricordando che gli studi legali del Cic e dell'Aogoi stanno lavorando ad alcune proposte migliorative.

Per Surico "le norme contenute in questi disegni di legge appaiono idonee a tutelare da un lato gli utenti del servizio sanitario da 'abusi' derivanti da malpractice, dall'altro a tutelare e responsabilizzare gli operatori, i quali devono essere posti nelle condizioni di operare con la necessaria serenità, derivante dalla consapevolezza di non essere esposti ad azioni giudiziarie incontrollate e incontrollabili. Non ultimo le norme proposte consentono di limitare i casi risarcitori alle ipotesi di effettiva responsabilità accertata e non presunta, quale quella in definitiva derivante dall'inquadramento della responsabilità medica nell'ambito della responsabilità contrattuale".

Surico ha poi richiamato l'attenzione su un fenomeno preoccupante, "il proliferare di azioni della Corte dei Conti conseguenti agli esborsi affrontati dalle aziende sanitarie regionali a titolo di risarcimento danni". "Un fenomeno ancora allo stato iniziale, ma che prevedibilmente evolverà in modo tale da rendere necessaria una rivisitazione della normativa del giudizio contabile nel settore sanitario".

## **AIELLO** **Attenzione, siamo vicini a un punto di non ritorno**

Medico, con un passato di manager della sanità, già assessore alla Sanità della Regione Calabria, il senatore Piero Aiello ha posto l'accento sul deterioramento del rapporto medico-paziente e le sue variegate conse-

guenze anche sul piano economico (contenzioso e medicina difensiva in primis), sulle difficoltà del sistema assicurativo e di accesso alle polizze da parte dei medici.

"Abbiamo il dovere di identificare norme che diano regole certe di comportamento, di procedere a una standardizzazione di percorsi diagnostico terapeutici e a una regolamentazione della presa in carico del paziente" ha detto Aiello. "La nuova legge in materia di responsabilità professionale dovrà restituire serenità al medico e sanare la sproporzione oggi esistente tra evento avverso e risarcimento".

## **MONCHIERO** **Non lasciare alla magistratura il compito di colmare le lacune normative**

Favorevole a un testo unico, l'onorevole Monchiero (già presidente Fiaso), firmatario del Ddl Vargiu, ha sottolineato l'importanza di una consulenza tecnico legale per l'elaborazione di una normativa "che sia coerente rispetto agli obiettivi che vogliamo raggiungere". Una coerenza dettata anche dalla necessità di porre un freno al "protagonismo" della magistratura. I casi Di Bella e Stamina, ha detto Monchie-



ro, devono farci riflettere. Monchiero ha poi condiviso la preoccupazione del presidente Surico riguardo l'azione di controllo indiscriminato della Corte dei Conti sulle procedure di liquidazione dei sinistri nelle Regioni che hanno adottato formule di auto-assicurazione. Una disciplina organica del settore della responsabilità e del risarcimento per eventi avversi in sanità è dunque oggi una condizione sine qua non per la sostenibilità dell'intero Ssn.

## **MIOTTO** **Dovremmo provare a essere più ambiziosi**

Coinvolgere nei lavori anche la Commissione Giustizia, anche se la strada è più complicata e i tempi più lunghi. Per l'onorevole Miotto, favorevole anche all'ipotesi di una proroga, il punto è che se la materia non verrà



affrontata anche sul piano giurisprudenziale civile e penale il problema non verrà risolto alla radice. "Utile quindi fare un tentativo per lavorare insieme alla Commissione Giustizia", affrontando il problema della responsabilità civile e penale e cercando di definire la natura specifica della responsabilità medica. "Ciò richiederà più tempo all'inizio, ma poi procederemo più spediti".

## **FUCCI** **Cominciamo a dare le prime risposte**

"Condivido tutte le perplessità dei colleghi ma non possiamo prescindere dal grido di dolore lanciato dalla classe medica. Siamo qui per tutelare i medici ma soprattutto i pazienti e dobbiamo essere operativi, identificare i punti comuni per dar vita al più presto a un testo unico, condiviso con le società scientifiche". I "pilastri", ha ribadito Fucci, sono chiari: la responsabilità medica non può essere in capo al singolo ma alla struttura; il rapporto medico-paziente non deve essere vincolato al risultato; va previsto un tentativo di conciliazione stragiudiziale obbligatoria; va prevista una co-responsabilità con le aziende ("le carenze organizzative e strutturali sono porte spalancate su tragedie annunciate"); le assicurazioni devono conformarsi ai livelli qualitativi e di dotazione di organici; vanno istituite unità di risk management ("la postilla 'senza alcun onere aggiuntivo' inserita nella legge Balduzzi ne ha decretato purtroppo la morte sul nascere"). "Dobbiamo subito mettere a frutto questi punti condivisi – ha detto Fucci – e in seguito potremo eventualmente con-



## La "svolta" della Commissione Affari Sociali **"Faremo un testo unico. Bisogna fare presto"**

**La XII Commissione della Camera imprime una forte accelerazione al problema e sceglie la via del testo unico. Si baserà sui sette ddl già presentati. Bisogna fare presto, anche perché il 14 agosto prossimo scatterà l'obbligo di assicurazione per tutti i professionisti sanitari e si teme il caos**

Il 28 marzo scorso in commissione Affari Sociali a Montecitorio è ripreso l'esame sui provvedimenti riguardanti la responsabilità professionale del personale sanitario. Attualmente sono sette le proposte di legge sul tavolo: C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero e C. 1769 Miotto.

Nel corso della seduta il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo**, ha evidenziato come nel dibattito parlamentare e nelle audizioni siano emersi alcuni numeri "impressionanti": il numero dei contenziosi, quello dei costi della cosiddetta medicina difensiva, quello dei costi delle polizze assicurative. Un'altra conseguenza drammatica dell'incremento dei contenziosi è risultata essere quella dell'impossibilità, per molti operatori sanitari, di riuscire ad ottenere un'adeguata copertura assicurativa sul mercato per i costi eccessivamente alti delle polizze, mentre alcune categorie di professionisti corrono il rischio di non trovare compagnie disposte ad assicurarli. "A ciò si aggiunge l'esodo dalle specializzazioni maggiormente esposte a rischio - ha ricordato De Filippo -. Presumibilmente, nei prossimi anni, potrebbe verificarsi anche in Italia, quanto già accaduto in altri Paesi, ovvero l'arrivo di medici stranieri che si occuperanno delle branche specialistiche rifiutate dagli italiani". Motivi per i quali un intervento organico sulla materia è stato giudicato "non rinviabile".

"Per tale ragione il Ministero della salute, parallelamente al lavoro che si sta svolgendo in Parlamento – ha spiegato il sottosegretario alla Salute – ha avviato una serie di incontri con rappresentanti dei professionisti, del mondo scientifico e del mondo accademico da cui sono emersi alcuni punti chiave sui quali sicuramente occorre intervenire al fine di ricondurre il contenzioso a dimensioni fisiologiche".

Per De Filippo alcuni aspetti sono già stati affrontati nelle proposte di legge in discussione, mentre su altri aspetti è in corso un ulteriore approfondimento "al fine di verificare la piena compatibilità con l'ordinamento costi-

tuzionale e la sostenibilità dal punto di vista economico delle possibili soluzioni (quali l'ipotesi di una fattispecie autonoma di reato colposo o la costituzione di un apposito Fondo di solidarietà per chi ha subito danni derivanti da prestazioni professionali sanitarie)".

Contestualmente, ha proseguito De Filippo, si sta lavorando anche dal punto di vista amministrativo per dare attuazione a quelle disposizioni della legge Balduzzi finalizzate ad agevolare i professionisti che hanno difficoltà a trovare un'adeguata copertura assicurativa sul mercato.

Il presidente della XII commissione della Camera, **Pierpaolo Vargiu** (Sc), ha evidenziato l'urgenza di intervenire attraverso la predisposizione di una normativa ad hoc, per via delle scadenze imminenti, come quella fissata al 14 agosto 2014, termine entro il quale scatta l'obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie. Un'altra scadenza è rappresentata dalla determinazione delle tabelle per il risarcimento delle invalidità macropermanenti.

Un altro problema, sollevato da **Anna Miotto** (Pd), è quello riguardante le Regioni che hanno cominciato ad autoassicurarsi, con tutte le conseguenze che ne derivano in termini di ricadute non facilmente quantificabili sui rispettivi bilanci, che suscitano anche l'attenzione della Corte dei conti. Il problema della responsabilità professionale, però, come sottolineato dal presidente Vargiu, non riguarda solo al singolo professionista ma, ad uno sguardo più ampio, attiene alla più ampia questione della sostenibilità del nostro Sistema sanitario nazionale. Sotto questo profilo, si è ricordato come la cosiddetta medicina difensiva attiva abbia costi elevatissimi, pari al 10% del Fondo sanitario nazionale. Per Vargiu le sette proposte di legge in esame presso la commissione Affari Sociali presentano degli elementi in comune, dai quali bisogna partire per giungere alla predisposizione di un testo unificato che possa essere quanto più possibile condiviso. Uno di questi elementi è costituito dall'intento generale di agire sulla fase ex an-



tinuare il lavoro con la commissione Giustizia per gli aspetti inerenti il codice civile e penale". "Agosto è alle porte, dobbiamo dare un segnale ai medici e al Paese. Dobbiamo mediare con le assicurazioni e dare anche a loro certezze".

### **CALABRÒ** **"Stringere i tempi" e attenzione all'aspetto della comunicazione**

Anche per Calabrò, primo firmatario di un ddl sulla responsabilità professionale condiviso con Fucci ed Elvira Savino, "è necessario stringere".

I tempi sono maturi, "sono già cinque anni che lavoriamo su questa materia - ha detto Calabrò - e perciò è necessario identificare al più presto i punti di contatto tra le proposte presentate alle commissioni di Camera e Senato".

Contrario ad un ipotesi di decreto ("si rischia di non fare un lavoro attento") e al coinvolgimento della commissione Giustizia (almeno in questa fase), per Calabrò i "pilastri" su cui deve poggiare la nuova normativa risiedono in buona sostanza sulla definizione dell'atto medico, da cui discendono tutta una serie di responsabilità, e sulla responsabilità posta a carico della struttura sanitaria (che deve essere obbligatoriamente assicurata) e non del singolo operatore. Un aspetto su cui Calabrò ha invitato a soffermarsi è quello della comunicazione: "è importante far comprendere all'opinione

pubblica che non stiamo facendo qualcosa in difesa di una casta (i medici) ma per tutelare i pazienti".

### **BIANCO** **"Pragmatismo" è la parola d'ordine**

"Condivido il pragmatismo di Calabrò: il fattore tempo è importante ed è doveroso dare riposte che mancano da troppo tempo". Per il senatore Bianco, presidente Fnomceo, primo firmatario di un ddl in materia di sicurezza delle cure e responsabilità in ambito medico e sanitario (insieme a Maturani, De Biasi, Dirindin, Mattesini, Granaiola, Padua e Silvestro), il nucleo forte condiviso delle proposte "copre il 60 per cento delle problematiche" e su questo perciò è necessario concentrarsi, bypassando alcuni punti complessi, come il Fondo Alea terapeutica, o già normati, come il meccanismo della conciliazione, già inserito nel decreto del Fare o ancora la colpa grave, già prevista dal codice civile.

Sicurezza delle cure e responsabilità civile a carico della struttura sono i pilastri ma ci sono molti problemi cui metter mano, da quello dell'"autoassicurazione" da parte delle aziende sanitarie (anche alla luce dell'azione della Corte dei Conti), agli albi dei periti (occorre allargare gli albi e prevedere un CT specialista da affiancare al medico legale), alla ridefinizione dei tempi di prescrizione dell'azione per il risarcimento del danno, alla definizione di tabelle per il danno e

della transazione diretta con il coinvolgimento del medico.

In tema di assicurazioni, Bianco ha invitato a riflettere sull'ipotesi di un'unica Polizza collettiva di primo rischio che, con un massimale di 1 milione di euro, potrebbe costare mediamente circa 700 euro, con qualche oscillazione per le categorie più rischiose.

### **TROJANO** **Siamo a un buon punto, mettiamo a frutto questo terreno comune**

Dopo aver espresso apprezzamento per l'attenzione e la possibilità di dialogo offerta alle società scientifiche più esposte a queste problematiche, il presidente dell'Aogoi ha ripercorso sinteticamente i punti\* stilati dall'Associazione dei ginecologi ospedalieri in un documento-proposta, presentato nel corso dell'incontro, ai fini di un "auspicabile" testo unico. Per Trojano è necessario che l'Italia "si rimetta sulla pista europea ridisegnando la responsabilità medica". Innanzitutto prevedendo, nell'ambito della responsabilità penale, che le prestazioni mediche e sanitarie eseguite nel rispetto delle buone pratiche e delle regole dell'arte non costituiscano offesa all'integrità psico-fisica. Mentre sul piano della responsabilità civile, fatte salve le ipotesi di dolo e preterintenzione, l'esercente la professione medica o sanitaria deve essere tenuto al risarcimento del danno solo se il fatto lesivo è conseguenza di "colpa

specificata" (inescusabile negligenza, imprudente inosservanza delle regole dell'arte, grave imperizia).

Per il presidente Aogoi la condisione sui punti fondamentali su cui dovrà essere incardinata la nuova normativa va subito messa a frutto. "Siamo a un buon punto, non occorrono interventi drastici su questo terreno comune, solo aggiustamenti e armonizzazione delle disposizioni contenute nelle varie proposte". Il mio ottimismo - ha concluso Trojano - si basa sullo spirito di squadra e sull'ottimo rapporto di collaborazione e dialogo tra istituzioni e società scientifiche che tutti noi abbiamo contribuito a costruire".

**Dalle conclusioni**, affidate ai senatori Vargiu, De Biasi e Tomasini è emersa l'utilità che l'approccio "informale" di questi incontri potrà offrire, non solo in termini di discussione e di confronto, anche con le nostre società scientifiche, ma soprattutto sul piano della concretezza, per "arrivare al sodo", accendendo un semaforo verde (ma anche giallo e rosso) alle varie proposte sul tappeto.

L'obiettivo è di arrivare in tempi rapidi a un testo unico, in vista della scadenza del 14 agosto, come auspicato dal Collegio italiano dei chirurghi e dall'Aogoi che hanno espresso la loro soddisfazione per la disponibilità dimostrata dai parlamentari e per la concretezza del confronto. L'intenzione di scegliere la via del testo unico è stata ribadita, tre giorni dopo l'incontro, in commissione Affari Sociali a Montecitorio, dove è ripreso l'esame delle sette le proposte di legge sul tavolo (vedi box).

► **Segue da pagina 15**

### **"Faremo un testo unico. Bisogna fare presto"**

te, della prevenzione primaria, dal momento che allo stato attuale il livello di evoluzione del sistema di prevenzione varia da regione e, all'interno della stessa regione, da un'azienda sanitaria all'altra. Un altro elemento è dato dalla volontà di intervenire sul termine di prescrizione dell'azione di risarcimento del danno derivante da trattamento sanitario, oggi pari a dieci anni, per cui occorre ridurre il termine per l'attivazione del contenzioso, ritenuto eccessivamente ampio. Tutte le proposte, inoltre, convergono sull'opportunità di spostare la responsabilità dal singolo operatore sanitario alla struttura presso la quale questi svolge la propria attività, dato che è sempre più difficile accertare la responsabilità del singolo soggetto. Un altro punto ricorrente è quello dell'istituzione di un Osservatorio che effettui un monitoraggio sugli errori in campo sanitario, anche per tenere sotto controllo il fenomeno delle compagnie di assicurazione, spesso straniere, che in molti casi non sono in grado di ottemperare agli obblighi assunti, creando in tal modo un ulteriore danno al paziente. La commissione Affari Sociali ha dunque deciso di procedere alla nomina di un Comitato ristretto, riservando al presidente di designarne i componenti sulla base delle indicazioni dei gruppi. A questo comitato sarà assegnato il compito di elaborare un testo unico sul quale converga il consenso più ampio possibile, da sottoporre poi all'esame dell'Assemblea.

Giovanni Rodriguez



**Benedetto Fucci**  
Segretario della Commissione Affari Sociali della Camera

In entrambe le occasioni ho partecipato a momenti di dibattito e confronto nei quali ho portato la voce della Commissione Affari Sociali della Camera, impegnata nell'esame di numerose proposte di legge che hanno l'obiettivo di regolare la complessa materia della responsabilità professionale civile. È importante anzitutto, per inquadrare il tema, riportare un dato sintetico ma eloquente più di tutti: in Italia, secondo le stime contenute nel Rapporto ANIA sull'assicurazione italiana, le denunce pervenute alle imprese assicuratrici sono state, nell'ultimo triennio, in media, 32.000 all'anno. Per risarcire i danneggiati, le imprese hanno pagato o accantonato nel 2010 circa 800 milioni di euro, a fronte di 500 milioni di premi incassati. In merito al proliferare delle cause

## **Fucci: "Una soluzione equilibrata per la responsabilità dei medici"**

**Il tema della responsabilità di medici e sanitari sta assumendo una centralità, nel dibattito parlamentare e nel dibattito tra gli addetti del settore, che ritengo di grande importanza. Ne sono stati esempi significativi due appuntamenti di rilievo che hanno avuto luogo nello scorso fine settimana: il congresso FESMED a Rimini e il congresso FNOMCEO a Modena.**

giudiziarie nei confronti dei medici si possono fare a mio parere alcune considerazioni imprescindibili:

- la quantità del contenzioso tende sempre più ad aumentare e che molto di esso riguarda alcune specialità come la ginecologia e l'ostetricia;
- sempre di più alcune componenti del danno stanno registrando un marcato aumento. Mi riferisco in particolare al «danno biologico» e al «danno morale». Si tratta evidentemente di componenti molto aleatorie e di difficile definizione.

ne. Anche questo è un aspetto di enorme delicatezza;

- in ogni caso, già prima dell'avvio di un procedimento nei confronti del medico, di fatto la carriera di quest'ultimo subisce un danno d'immagine pesantissimo che rischia di non essere sanato anche da una sentenza a lui favorevole;
- vi è una pressoché totale mancanza, soprattutto negli ospedali pubblici del Mezzogiorno, di strutture amministrative e legali, che spesso lascia il sanitario completamente «da solo»

dopo che egli, per esempio, si è trovato nella situazione di dover prendere decisioni delicate e di enorme importanza per i suoi pazienti nel termine di pochi minuti o, nel peggiore dei casi, di pochi secondi;

- il rischio di subire una causa (civile o penale) spinge di fatto troppi medici ad abusare delle cosiddette «cure difensive» prescrivendo farmaci, esami diagnostici e ricoveri anche quando questi non servono. Per questo il tema centrale che accomuna le varie proposte di leg-

ge all'esame della Commissione (ognuna delle quali naturalmente tratta la questione con soluzioni diverse) è relativo alla possibilità di istituzione di forme obbligatorie di assicurazione in capo alle aziende sanitarie e agli ospedali in presenza delle quali chi si ritiene danneggiato da un comportamento negligente debba rivolgersi direttamente all'assicurazione dell'azienda sanitaria, con quest'ultima che avrà poi la possibilità, ove ritenuto necessario, di chiedere una rivalsa al medico in caso di negligenza.

Il mio auspicio è che i lavori parlamentari possano portare al raggiungimento di risultati concreti e soprattutto utili a garantire il necessario equilibrio tra le esigenze dei professionisti della sanità di esercitare il loro lavoro in condizioni di serenità e le esigenze dei pazienti di ricevere, da parte dei medici e dei sanitari, le migliori cure possibili.

Congresso nazionale Fesmed

# Il sindacato di fronte ai cambiamenti



Rivisitazione della carriera del medico dirigente, riaffermazione a livello normativo delle competenze proprie della professione medica e sblocco della L. 122/2010, affinché vengano consentiti degli incrementi stipendiali attraverso l'utilizzo dei fondi accessori. Queste le tre principali richieste avanzate dall'assemblea dei soci FESMED riunitasi a Rimini il 12 aprile scorso nell'ambito del Convegno della Federazione "Torniamo a fare sindacato"

**Carmine Gigli**  
Presidente FESMED

**D**opo un contrastato periodo di legislazione concorrente fra Stato e Regioni in materia sanitaria, introdotto nel 2001 dalla riforma al Titolo V della Costituzione, negli ultimi anni abbiamo assistito ad un silenzioso passaggio di consegne di alcune competenze dallo Stato alle Regioni. Un esempio che ci tocca da vicino è la delega conferita dalla L. 189/2012 (decreto Balduzzi), che consente alle Regioni di disciplinare i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa. Un altro esempio lo abbiamo avuto da poco in Liguria, dove il Consiglio regionale ha approvato la legge che autorizza infermieri e professionisti sanitari a svolgere attività intramoenia al di fuori dell'orario di lavoro, singolarmente e non in equipe, senza che lo Stato intervenisse per far rispettare la normativa nazionale.

**Recentemente**, il Consiglio dei Ministri del 31 marzo 2014 ha approvato il disegno di legge costituzionale "Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ... e la revisione del Titolo V della parte seconda della Costituzione". I cambiamenti che questo disegno di legge intende introdurre in materia di sanità sono sostanziali e ci toccano direttamente, infatti, stabilisce che spetta alle Regioni la po-

**Non si tratta di combattere una battaglia controcorrente a favore della centralità dello Stato o di arroccarsi in difesa dei diritti conquistati dalla categoria medica, bensì di difendere il diritto alla salute dei cittadini, affinché siano garantiti gli stessi diritti a tutti, ovunque vivano**

testà legislativa dei servizi sociali e sanitari, nonché dell'istruzione e formazione professionale. In materia sanitaria, lo Stato si riserva soltanto la legislazione esclusiva sulle "norme generali per la tutela della salute".

**Chiunque** sia a conoscenza di quanto differisca la qualità dell'assistenza sanitaria che viene offerta ai cittadini nelle diverse Regioni d'Italia non può fare a meno di chiedersi: tutte le Regioni saranno in grado di garantire ai cittadini degli adeguati livelli assistenziali? Non risponderò in maniera diretta a questa domanda, ma considero paradigmatico il comportamento che hanno tenuto di recente le Regioni nell'affrontare la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Lo stesso Presiden-

te della Repubblica ha dichiarato di aver firmato "a malincuore" il decreto che ha prorogato il termine per la chiusura, alla data del 1° aprile 2015, a causa della mancata realizzazione in alcune Regioni delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, previste dalla legge del 17 febbraio 2012.

**Quindi**, non si tratta di combattere una battaglia controcorrente a favore della centralità dello Stato o di arroccarsi in difesa dei diritti conquistati dalla categoria medica, bensì di difendere il diritto alla salute dei cittadini, affinché siano garantiti gli stessi diritti a tutti, ovunque vivano. C'è il rischio reale che tutte le Regioni interessate da piani di rientro e non solo quelle, non siano in grado di garantire ai cittadini degli adeguati livelli assistenziali.

**Inoltre**, non possiamo evitare di essere

preoccupati per le questioni che ci toccano come dipendenti del Servizio Sanitario, a cominciare dalle politiche del personale che potrebbero essere attuate nelle Regioni con maggiori difficoltà economiche, oppure in quelle a guida fortemente ideologizzata. Già oggi la tutela dei medici e dei sanitari, per quanto riguarda la responsabilità sanitaria, viene aggirata dalle Aziende con la pratica dell'"autoassicurazione" e troppe Aziende considerano il rispetto del Contratto di lavoro sugli incarichi, sull'orario di lavoro e sulle pause, alla pari di un optional che si può superare impunemente. Cosa potremo fare quando saranno le leggi regionali a cancellare i diritti acquisiti dei lavoratori? Potremo ancora appellarci al giudice del lavoro o dovremo ricorrere ai TAR, con i loro tempi biblici? Intanto, a nessuno importa che queste violazioni dell'organizzazione del lavoro portino ad un aumento del rischio clinico, salvo scandalizzarsi quando si verifica uno scambio di provette o se non c'è stato il tempo per compilare una farraginosa cartella clinica.

**Il passaggio alle Regioni** anche della potestà legislativa sull'istruzione e la formazione professionale, che costituiva un obiettivo prioritario delle professioni infermieristiche, servirà per risolvere a loro favore la nota diatriba sulla ridefinizione e implementazione delle competenze e

delle responsabilità professionali dell'infermiere, che le ha viste contrapposte alle OO.SS. della dirigenza medica. Tuttavia, questo non risolverà il problema che comporta la presenza di competenze non uniformi sul territorio nazionale e di conseguenza, l'introduzione in sede locale di responsabilità diverse e non definite. Questo provocherà un nuovo strappo al tessuto già lacerato del Servizio Sanitario e porterà notevoli rischi per l'esigibilità del diritto alla salute da parte dei cittadini, i quali si troverebbero di fronte ad una "balcanizzazione" dei processi di cura.

**La gioia** per essere scampati, per il momento, ad una riduzione degli stipendi non può farci dimenticare che vige dal 2010 un blocco delle retribuzioni per la

**La gioia per essere scampati, per il momento, ad una riduzione degli stipendi non può farci dimenticare che vige dal 2010 un blocco delle retribuzioni per la dirigenza medica**

dirigenza medica, mentre ad altri settori del pubblico impiego - forze di sicurezza, scuola etc. - nello stesso periodo sono stati concessi degli aumenti salariali.

**Per tutti questi motivi**, i soci FESMED, che già lo scorso febbraio avevano manifestato il proprio malcontento proclamando lo stato di agitazione, riuniti in assemblea a Rimini lo scorso 12 aprile, si sono espressi a favore di:

- Rivisitazione della carriera del medico dirigente, in modo tale che vengano riconosciute le competenze raggiunte, gratificando il medico e rendendo riconoscibili anche al cittadino il suo incarico e le sue responsabilità. In pratica, il medico non vuole più iniziare la sua carriera come "dirigente medico" e concluderla con lo stesso incarico di "dirigente medico", senza aver avuto la possibilità di conseguire alcun tipo di riconoscimento professionale manifesto.
- Riaffermazione a livello normativo delle competenze proprie della professione medica.
- Sblocco della L. 122/2010, affinché vengano consentiti degli incrementi stipendiali, anche in assenza di uno stanziamento governativo, attraverso l'utilizzo dei fondi accessori che sono presenti nelle aziende sanitarie e ospedaliere e che attualmente non possono essere utilizzati. **Y**

# DONNA. SEMPRE.

Nonstop Woman



CLASSE SSN: C

P.P. € 14,00

Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica

# sibilla<sup>®</sup>

2 mg/0,03 mg

Dienogest/etinilestradiolo

**A TUTTI  
I SOCI AOGOI**

## Inviateci le vostre perizie e consulenze tecniche più "originali"

Le perizie più interessanti verranno discusse al prossimo congresso nazionale di Cagliari in una sessione interamente dedicata al contenzioso

*Carissimi,*  
nell'ambito del prossimo Congresso Nazionale Sigo Aogoi Agui, in programma a Cagliari dal 28 settembre al 1° ottobre 2014, è prevista una sessione interamente dedicata al Contenzioso Medico Legale in Ostetricia nella quale si discuterà della qualità scientifica e critica delle consulenze tecniche di ufficio. Per tale motivo invito tutti coloro che hanno a disposizione perizie e consulenze tecniche d'ufficio particolarmente "originali" a trasmetterle alla segreteria nazionale Aogoi (in formato elettronico) che prenderà in



esame le più interessanti e le porterà in discussione al Congresso Nazionale per valutarne il loro valore scientifico. Ovviamente per garantire l'anonimato delle parti in causa vi prego di oscurare i dati sensibili. Ringraziandovi per la collaborazione, e in attesa di leggervi in merito, Vi saluto cordialmente.

Prof. Antonio Chiàntera

# ISOLA DONNA

## AL CENTRO DEL MONDO MEDICO E SOCIALE

Umanizzazione • Benessere • Innovazione

PRIMO ANNUNCIO

# SIGO 2014

## Cagliari

### 28 Sett.- 1 Ott. 2014

89° Congresso Nazionale SIGO

54° Congresso Nazionale AOGOI

21° Congresso Nazionale AGUI





**Presidenti:**

Salvatore Dessole	Giovanni Monni
Gian Benedetto Melis	Giovanni Urru

## Diffamazione a mezzo stampa in danno di un chirurgo

**“Il chirurgo era facilmente identificabile in base ai dati inseriti nell’articolo e il fatto descritto non era vero.” Nessun caso di malasanità, dunque. Per questo la Cassazione, pur annullando la sentenza ai fini penali per intervenuta prescrizione del reato, ha di recente confermato la condanna al risarcimento danni a carico dell’autore dell’articolo e del direttore del quotidiano, per omesso controllo sulla pubblicazione**

Un chirurgo, ritenutosi accusato ingiustamente sulla stampa di avere “sbagliato” un intervento ortopedico, querela per diffamazione l’autore dell’articolo e per omesso controllo sulla pubblicazione il direttore del quotidiano in questione. Entrambi

di un ospedale lamentava tuttora dolori perché l’intervento non era stato effettuato sul menisco lesionato, ma “da tutt’altra parte” e si riconduceva il fatto ad un episodio di “malasanità”. I due imputati ricorrono in Cassazione e la Suprema Corte, quinta sezione penale, con



gli imputati, sia in primo che in secondo grado, vengono condannati alla pena di giustizia per il delitto di diffamazione loro rispettivamente contestato, consumato in danno del chirurgo, e al conseguente risarcimento dei danni in suo favore.

I giudici di merito ritengono che, sebbene nell’articolo non era stato indicato il nominativo del chirurgo, la persona in questione era facilmente identificabile essendo l’unico soggetto che eseguiva quel tipo di operazioni in quel ristretto territorio e in quell’ospedale e che la diffamazione era consistita nell’aver ingiustamente attribuito ad un grossolano errore di questo sanitario la mancata riuscita dell’intervento descritto nell’articolo. In effetti nell’articolo incriminato si sosteneva che una persona operata presso la divisione di ortopedia

la sentenza n. 45515/13, depositata il 07/11/13, pur annullando la sentenza ai fini penali per intervenuta prescrizione del reato, conferma le statuizioni civili inerenti la condanna al risarcimento dei danni inflitta in via solidale agli imputati e pone a loro carico anche le spese del giudizio di legittimità. I giudici della Cassazione osservano, in particolare, che il chirurgo era facilmente identificabile in base ai dati inseriti nell’articolo e che il fatto ivi descritto non era vero in quanto l’intervento era stato effettuato su una plica di tessuto articolare diversa dal menisco per una scelta ragionata dell’operatore rivelatasi inefficace solo ex post. Non si è trattato, quindi, di un errore, ma solo di un insuccesso dell’intervento che non ha conseguito il risultato atteso.

(Fonte: Sergio Fucci)

### IL CORSIVO

## Diritto di cronaca o diffamazione?

**La libertà di stampa svolge un ruolo essenziale in una società democratica, ma fino a che punto un giornalista può spingersi nell’illustrare i dettagli di un fatto? E qual è la soglia che non si può oltrepassare nel trattamento delle notizie?**

Ad indicare alla classe giornalistica la strada per non incorrere in sgradite querelle giudiziarie è la “storica” sentenza della Cassazione del 18 ottobre 1984 n. 5259, meglio conosciuta come “Il Decalogo del giornalista” che precisa le tre condizioni affinché la divulgazione a mezzo stampa di notizie lesive dell’onore possa considerarsi lecita espressione del diritto di cronaca e pertanto non integri il reato di diffamazione. La prima di queste riguarda verità dei fatti esposti e si riferisce alla correttezza richiesta nel trattamento delle notizie (verità oggettiva o anche soltanto putativa purché, in quest’ultimo caso, frutto di un serio e diligente lavoro di ricerca).

Il secondo requisito si concentra sull’utilità sociale dell’informazione, che deve suscitare sempre un interesse collettivo. La terza condizione è la forma “civile” della esposizione dei fatti e della loro valutazione, cioè non eccedere rispetto allo scopo informativo da conseguire, improntata a serena obiettività almeno nel senso di escludere il preconcetto intento denigratorio e, comunque, in ogni caso rispettosa di quel minimo di dignità cui tutti hanno diritto (continenza).

In assenza anche di uno solo di questi requisiti, l’esercizio del diritto di cronaca non è più configurabile e l’articolo giornalistico può integrare il reato di diffamazione.

Ricordiamo che il diritto di cronaca (e di critica) è la libertà di diffondere attraverso la stampa notizie e

commenti, anche lesivi della reputazione, è sancito in linea di principio dall’art. 21 Cost. e regolato dalla L. 8 febbraio 1948 n. 47. La libertà di espressione, nonché i doveri e la responsabilità connessi all’esercizio di questo diritto, è contemplata anche dalla anche dalla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), all’articolo 10. Nel 2013 la CEDU, dopo aver premesso che la libertà di stampa svolge un ruolo essenziale in una società democratica, ha precisato che il diritto dei giornalisti di comunicare informazioni su questioni di interesse generale è tutelato a condizione che essi agiscano in buona fede, sulla base di fatti esatti, e forniscano informazioni “affidabili e precise” nel rispetto dell’etica giornalistica, e cioè nel rispetto dei “doveri e delle responsabilità” di cui al par. 2 dell’art. 10 CEDU, specie quando sia in gioco la reputazione di altri individui.

L’appello di Papa Francesco: “Fuggite da disinformazione, calunnia e diffamazione”. Preoccupazione per un certo tipo di informazione sensazionalistica, spesso inquinata da bugia, menzogna e la diffamazione è stata espressa di recente anche da Papa Francesco. “Per me i peccati dei media più grossi sono quelli che vanno sulla strada della bugia e della menzogna, e sono tre: la disinformazione, la calunnia e la diffamazione – ha affermato il 22 marzo scorso in occasione di un incontro con i membri dell’associazione “Corallo”, un network di emittenti di ispirazione cattolica presente in tutte le regioni italiane. - Ma la disinformazione – ha aggiunto è il peccato peggiore, perché è dire solo la metà delle cose, quella che è più conveniente. Così con quello che vedi in tv o senti alla radio, tu non puoi farti un giudizio”.

### Responsabilità medica/Cassazione

## Colpevole il primario che si “disinteressa” dei pazienti degli altri medici del reparto

**Affidare una paziente alla cura di un altro medico non esclude né la responsabilità per imperizia del medico né quella per negligenza del primario che ha mancato di vigilare sulla salute della paziente supervisionando l’operato di medici del suo reparto attraverso un rapporto critico-dialettico.**

Lo ha stabilito la Corte di Cassazione con la sentenza 4985/2014 depositata il 31

**Avere affidato la paziente a un altro medico non esclude la colpa per imperizia né la responsabilità del primario, che è tenuto a supervisionare l’operato degli altri medici del reparto. Per questo la Cassazione ha giudicato il primario colpevole di “disinteresse” nei confronti della paziente.**

gennaio scorso, chiamata a pronunciarsi sul decesso per coma diabetico di una donna di 24 anni al terzo mese di gravidanza. La donna fu dapprima ricoverata nella clinica privata dove prestava

servizio il suo ginecologo, ma “sebbene le condizioni della donna peggiorassero, i diversi medici che si alternarono tennero un atteggiamento noncurante”, si evidenzia nella sentenza.

# L'accertamento della colpa del ginecologo per omissione

Pier Francesco Tropea

**N**ell'ambito della responsabilità professionale del medico, tema divenuto negli ultimi anni sempre più attuale, l'errata condotta sanitaria, ritenuta a torto o a ragione connessa con il danno lamentato dal paziente, può essere ricondotta ad un atto terapeutico errato o a un omesso intervento medico o chirurgico.

È evidente che nella prima ipotesi l'accertamento della colpa, vera o presunta, è relativamente facile (in ragione dell'avvenuta iniziativa medica), mentre tutt'altro che agevole risulta poter dimostrare che l'evento dannoso è conseguente all'omesso intervento da parte del medico subito alcun pregiudizio sulla propria salute se il medico avesse praticato un intervento (definito in giurisprudenza con il termine di salvifico), che in realtà è stato omesso.

Si tratta cioè di stabilire l'esistenza di un nesso di causalità tra la condotta omissiva del medico e l'avvenuto danno arrecato al malato. Per provare quanto sopra in sede di causa, il magistrato ricorre al cosiddetto giudizio contro fattuale, consistente nell'accertare se un intervento del medico, che nel caso specifico non è stato attuato, sarebbe stato in grado di evitare il verificarsi di quanto avvenuto in danno

**Se trasferiamo in campo ostetrico l'ipotesi del reato omissivo possiamo osservare che il ginecologo rischia, in caso di denuncia giudiziaria conseguente ad una lesione perinatale dopo un parto espletato per via vaginale, di uscire perdente in sede di giudizio per non aver fatto ricorso al Tc che avrebbe certamente evitato (con il criterio ex post) il verificarsi del danno neonatale. Risulta perciò di estremo interesse questa recente sentenza della Cassazione che sembra ribaltare in favore del ginecologo l'orientamento fino ad oggi prevalente della magistratura**

del paziente. Si è molto discusso in dottrina se l'esito favorevole della decisione terapeutica del medico, ove praticata e non omessa, avrebbe evitato l'evento dannoso in termini di probabilità, piuttosto che di certezza. Senza volerci addentrare in disquisizioni dottrinarie, si può in sintesi affermare che in ambito penale la colpa medica può essere affermata solo con la quasi certezza processuale, sintetizzata nella formula "al di là di ogni ragionevole dubbio", mentre la giurisprudenza civile è tuttora ancorata al cosiddetto criterio



probabilistico, nel senso che è sufficiente dimostrare che la condotta del medico avrebbe potuto impedire il danno con elevato grado di probabilità.

## Reato omissivo: cosa rischia il ginecologo

Orbene, se trasferiamo in campo ostetrico l'ipotesi del reato omissivo di cui stiamo trattando, possiamo osservare che il ginecologo rischia, in caso di denuncia giudiziaria conseguente ad una lesione perinatale dopo un parto espletato per via vaginale, di uscire perdente in sede di giudizio, in quanto l'applicazione del giudizio contro fattuale sopra accennato si risolve spesso in un'affermazione di responsabilità del ginecologo, reo di non aver fatto ricorso al taglio cesareo che avrebbe certamente evitato (con il criterio ex post) il verificarsi del danno neonatale. Si è infatti osservato in questi ultimi anni che le evidenze scientifiche tendenti concordemente a dimostrare il ruolo preponderante di una patologia prenatale quale causa della paralisi cerebrale neonatale

## Il "giudizio contro fattuale" consiste nell'accertare se un intervento del medico, che nel caso specifico non è stato attuato, sarebbe stato in grado di evitare il verificarsi di quanto avvenuto in danno del paziente

viene costantemente disatteso in sede giudiziaria in favore dell'ipotesi della diretta connessione tra la sofferenza fetale intrapartum e il danno neurologico fetale. In termini pratici, è pressoché costante, nel caso di una disabilità neuromotoria neonatale, l'attribuzione di una responsabilità al ginecologo per non aver praticato un taglio cesareo, e ciò proprio sulla base di un giudizio contro fattuale costruito in sede processuale.

## Il caso

Tutto ciò premesso, risultano di estremo interesse la conoscenza e l'illustrazione di una sentenza recente della Corte di Cas-

azione (sez. IV pen. N. 23339, gennaio 2013) che sembra ribaltare in favore del ginecologo l'orientamento fino ad oggi prevalente della magistratura. Il caso è piuttosto tipico, trattandosi di una morte fetale conseguente a grave ipossia, evenienza nella quale, in sede di giudizio di merito, venne attribuita al ginecologo la colpa di non aver rilevato i segni cardiocografici e clinici di una sofferenza fetale, aggravata dalla incongrua somministrazione di ossitocina.

La Corte di Cassazione, cui il medico ha fatto ricorso, ha censurato il giudizio di colpa medica espresso dai giudici di 1° e 2° grado, analizzando nella fattispecie le modalità con cui i magistrati avevano condotto il giudizio contro fattuale. Quest'ultimo implica, come si è più sopra accennato, il dovere di dimostrare che, ove la condotta doverosa del medico fosse stata attuata, l'evento dannoso non si sarebbe verificato. Pertanto va definito con precisione il momento in cui il medico avrebbe dovuto intervenire, onde escludere l'esistenza di una irreversibilità del danno già avvenuto prima dell'eventuale intervento sanitario, il che conduce a ritenere vano l'eventuale intervento del medico stesso.

Nel caso specifico, i giudici della Cassazione, sulla base dei dati documentali presenti in atti, hanno ritenuto che la colpa del ginecologo fosse priva di incidenza causale, in quanto si era fatto carico al medico di un omesso intervento in una fase in cui era già presente una compromissione delle condizioni del feto. Pertanto, secondo la Corte di Cassazione, il Tribunale di merito aveva espresso un giudizio "in ordine al-

l'efficacia impeditiva di un tempestivo intervento, elaborato a partire da un presupposto non adeguatamente corroborato dall'accertamento processuale".

Una volta tanto quel giudizio contro fattuale applicato a tanti casi di colpa medica da omesso ricorso al taglio cesareo (con conseguente danno neurologico neonatale), di cui è ricca la casistica giudiziaria, ha comportato (in quanto correttamente interpretato) l'annullamento di una sentenza di condanna del ginecologo, con rinvio del giudizio ad altra Corte che dovrà valutare più approfonditamente l'adeguatezza della condotta del medico stesso. **Y**

Oltre alla responsabilità per imperizia, legata alla mancata diagnosi, i giudici hanno infatti evidenziato la colpa per "negligenza" e "disinteresse" dei medici. In particolare quella del primario, per non avere vigilato sullo stato di salute della paziente mentre era assistita dagli altri medici del reparto. Aspetto, quest'ultimo, che gli avvocati difensori avevano invece invocato quale attenuante sulla base del principio di affidamento. Un richiamo "inconferente" la Corte di Cassazione. Perché "il primario era tenuto a ruolo di supervisione nei confronti degli altri terapeuti presenti nel reparto, anche quando i pazienti erano ad essi affidati". Ed "è evidente - secondo la Cassazione - che dovendo supervisionare, non ci si può passivamente affidare ma

occorre instaurare un rapporto critico-dialettico con gli altri sanitari, tanto più quando il caso si rivela per qualunque ragione di problematica risoluzione". Alla "gravissima imperizia rivelatasi nel non diagnosticare una banale, ricorrente patologia in presenza di chiari referti analitici e di sintomatologia conclamata e non equivoca", per la Corte di Cassazione, dunque, nella vicenda si aggiunge "il disinteresse sostanziale nei confronti della sorte della vittima, un atteggiamento distratto, distaccato oltre misura, che rompe l'alleanza insita nella relazione terapeutica. Qui, più che la perizia è in questione la diligenza che, per chi esercita una funzione tanto alta deve essere massima".

# Test preconcezionale per la fibrosi cistica: il ruolo dell'ostetrico

**Carlo Castellani\*,  
Giuseppe Castaldo\*\*,  
Baroukh M. Assael\***

\* Presidente Società Italiana per la Fibrosi Cistica (SIFC)

\*\* Past President

della SIBIOC-Medicina di Laboratorio  
° Direttore Centro Fibrosi Cistica Verona

La fibrosi cistica è oggi la più frequente malattia genetica che causi mortalità precoce. L'offerta di test genetici in grado di individuare la maggior parte delle coppie a rischio di avere figli malati si va diffondendo al punto che in alcune zone d'Italia l'incidenza della malattia si è ridotta drasticamente.

La proposta del test del portatore di fibrosi cistica ha implicazioni complesse in termini di timing dell'offerta e sensibilità e interpretazione del test. Perciò appare più che mai opportuno un dibattito sull'uso del test che coinvolga anche i ginecologi, che sono oggi in Italia i maggiori prescrittori di questa analisi

La fibrosi cistica (mucoviscidosi) colpisce circa un neonato ogni 3000 ed è provocata da mutazioni in un gene codificante una proteina che svolge funzioni di canale del cloro. In quasi tutte le regioni italiane sono in atto programmi di screening neonatale in grado di identificare precocemente la malattia. Nonostante la diagnosi precoce, la progressione della fibrosi cistica risulta solo parzialmente controllabile, con coinvolgimento di diversi organi, come i polmoni e il pancreas. Mentre il deficit pancreatico può essere compensato dall'assunzione di enzimi, la malattia respiratoria è in genere grave e progressiva, con infezioni ripetute che portano in tempi più o meno lunghi all'insufficienza respiratoria.

**Il trattamento, fornito da Centri specializzati, è complesso,** quotidiano e controlla solo parzialmente la malattia: oggi l'età media delle persone con fibrosi cistica si aggira intorno ai 45-50 anni. Alcuni pazienti possono beneficiare di un trapianto polmonare, ma gli organi disponibili non soddisfano tutte le richieste, e l'attesa di vita post-trapianto resta comunque molto inferiore rispetto alla popolazione generale. Nuove terapie apparentemente molto promettenti stanno emergendo, ma per ora interessano solo una piccola parte di pazienti, con mutazioni relativamente rare in Italia.

## L'analisi molecolare preconcezionale per la fibrosi cistica

La fibrosi cistica è una malattia autosomica recessiva e pertanto per una coppia di portatori sani la probabilità di avere figli malati è di 1 su 4 ad ogni gravidanza.



za. L'analisi molecolare (ricerca di mutazioni) permette di identificare la maggioranza dei portatori e il test genetico nei familiari di un malato è pratica consolidata.

Minori certezze esistono sull'opportunità di estendere il test del portatore alla popolazione generale in età fertile. Negli Stati Uniti, l'American College of Obstetricians and Gynecologists e l'American College of Medi-

cal Genetics, raccomandano l'esecuzione del test in vista di scelte procreative. In alcune regioni italiane e in altre parti del mondo il test sta trovando una certa diffusione. In Veneto ciò ha comportato una forte riduzione della fibrosi cistica, in maniera analoga a quanto accaduto negli anni 1980 per la talassemia, quasi scomparsa in aree endemiche come la Sardegna e la zona del delta del Po.

## Fibrosi cistica (mucoviscidosi)

- **Malattia genetica mortale più diffusa nelle popolazioni geneticamente caucasiche**
- **Prevalenza:** 6000 malati circa in Italia
- **Incidenza:** 1:3000 nati circa
- **Portatori sani:** circa un persona su 25-30
- **Genetica:** Mutazioni nel gene CFTR (funge da canale del cloro in numerosi epiteli), se ne conoscono oltre 1900. Di queste quasi 2000 sono sicuramente associate a malattia
- **Screening alla nascita:** in quasi tutte le regioni italiane
- **Analisi molecolare:** i protocolli più usati permettono l'individuazione di oltre l'85% dei portatori delle mutazioni più comuni e gravi

italiane non hanno per ora espresso una posizione riguardo all'opportunità di estendere il test, né alle modalità con cui farlo. Esiste però il rischio reale di una diffusione poco controllata che porterebbe certamente a ridurre l'incidenza della malattia, ma comporterebbe anche molti effetti non desiderabili.

## La proposta della SIFC

**La domanda da porsi è se il test preconcezionale per la fibrosi cistica sia da raccomandare e se debba far parte di una serie di condizioni da ricercare in previsione di una gravidanza.**

Pur non raccomandando una diffusione generalizzata del test, la SIFC ritiene che il fenomeno debba essere affrontato su basi scientifiche e che le principali società professionali interessate, come quelle di ostetricia e ginecologia, genetica umana e di medicina di laboratorio, debbano elaborare un documento comune per condividere le linee guida sulla conoscenza, la diffusione, l'esecuzione e l'interpretazione del test del portatore di fibrosi cistica. Sarà anche necessario un confronto con la sanità pubblica per discutere le basi scientifiche del test e le strategie per renderlo accessibile.

**La SIFC sottolinea il ruolo decisivo dei ginecologi nel promuovere la conoscenza del test e delle sue criticità e l'importanza di proporlo eventualmente in fase preconcezionale piuttosto che durante la gravidanza o addirittura direttamente in sede di diagnosi prenatale, come avviene prevalentemente oggi**

## La Società Italiana per la Fibrosi Cistica (SIFC)

ha recentemente pubblicato un documento che indica alcuni principi da seguire per l'analisi molecolare preconcezionale per la fibrosi cistica, sottolineando aspetti critici sia nella sua esecuzione che nella sua interpretazione. Un test standard potrebbe individuare fino al 90% dei portatori sani ed essere uno strumento importante per una scelta riproduttiva consapevole.

Come per ogni analisi genetica esistono, oltre agli aspetti strettamente tecnici come sensibilità e specificità diagnostiche, potere predittivo e costo, anche aspetti etici, culturali e scelte legate a strategie di sanità pubblica. Le altre Società scientifiche



**La SIFC ha anche sottolineato il ruolo decisivo dei ginecologi nel promuovere la conoscenza del test e delle sue criticità e l'importanza di proporlo eventualmente in fase preconcezionale piuttosto che, come avviene prevalentemente oggi, durante la gravidanza o addirittura direttamente in sede di diagnosi prenatale.** ■

**Test preconcezionale per la fibrosi cistica: la richiesta della SIFC**

**“Ginecologi, genetisti e medici di laboratorio elaborino un documento comune”**

**Negli Stati Uniti, l'American College of Obstetricians and Gynecologists e l'American College of Medical Genetics raccomandano l'esecuzione del test in vista di scelte procreative. In alcune regioni italiane e in altre parti del mondo il test sta trovando una certa diffusione. In Veneto ciò ha comportato una forte riduzione della fibrosi**

**cistica, in maniera analoga a quanto accaduto negli anni '80 per la talassemia, quasi scomparsa in aree endemiche come la Sardegna e la zona del delta del Po.**

**La Società Italiana per la Fibrosi Cistica (SIFC) ha recentemente pubblicato un documento che indica alcuni principi da seguire**

**per l'analisi molecolare preconcezionale per la fibrosi cistica, sottolineando aspetti critici sia nella sua esecuzione che nella sua interpretazione. Le Società scientifiche italiane finora non hanno espresso una posizione riguardo all'opportunità di estendere il test, né alle modalità con cui farlo.**

**Per questo la SIFC auspica che le principali società professionali interessate, come quelle di ostetricia e ginecologia, genetica umana e di medicina di laboratorio, elaborino un documento comune per condividere le linee guida sulla conoscenza, la diffusione, l'esecuzione e l'interpretazione del test del portatore di fibrosi cistica.**

**A colloquio con Anna Rüdeberg**

## La diagnosi preconcezionale per FC: “uno strumento diagnostico efficace e utile”

**“Se affidata a ginecologi ostetrici e a laboratori di eccellenza internazionale, la diagnosi preconcezionale è uno strumento semplice e utile, che garantisce la diagnosi o l'esclusione delle mutazioni più frequenti in una determinata popolazione con una percentuale di affidabilità intorno al 90%” afferma Anna Rüdeberg nell'intervista che ci ha gentilmente concesso. Per l'illustre esperta di Fibrosi cistica, uno studio pilota della diagnosi preconcezionale della FC a livello nazionale/internazionale potrebbe apportare dati di grande rilevanza medica, psicologica e sociale**

**Dottoressa Rüdeberg perché è importante aumentare le possibilità dell'identificazione precoce della Fibrosi Cistica?**

L'importanza dell'identificazione precoce della Fibrosi Cistica è essenziale per garantire l'allungamento della durata di vita e il miglioramento della qualità di vita del malato, rendendolo in tal modo potenziale utente delle emergenti e promettenti terapie. Essa è altrettanto importante nell'impatto economico dato che di conseguenza verrebbe a determinare sensibili riduzioni dei costi terapeutici.

**Come valuta la possibilità di promuovere una maggiore diffusione della diagnosi preconcezionale per FC?**

L'ampliamento del raggio diagnostico al periodo preconcezionale, che in Veneto, per esempio, avviene parallelamente allo screening neonatale, aggiunge in questa regione uno strumento diagnostico importante tanto efficace e utile quanto complesso. Semplice e utile, se affidata a ginecologi/ostetrici e a laboratori di eccellenza internazionale, la diagnosi preconcezionale garantisce la diagnosi o l'esclusione delle mutazioni più frequenti in una determinata popolazione (in questo caso il Veneto/Italia) con una percentuale di affidabilità intorno al 90%.

Tale ampliamento diagnostico assume un carattere complesso e di difficile realizzazione relativamente alla tempistica delle analisi e al coordinamento degli specialisti coinvolti. Fattori questi che modulano sia in senso positivo che negativo le reazioni psico-emozionali dei richiedenti il test preconcezionale.

**Quali sono le condizioni necessarie e indispensabili per realizzare tale indagine?**

La conditio sine qua non risiede nella qualità dell'informazione di cui gli specialisti sono i detentori e che deve essere trasmessa alla coppia richiedente in tutti i suoi dettagli e con tempi sufficienti (possibilità di ripetere la seduta ecc.). L'informazione oltre al successo diagnostico deve contenere non solo il 10% di incognite, ma anche le statistiche previste per i falsi negativi (che scatenerebbero grossi risentimenti se non menzionati) e per i falsi positivi (situazione meno grave...).

Una linea guida potrebbe aiutare il consulente genetista o ginecologo e altri specialisti coinvolti a non lasciare spazio a lacune informative, fonti di eventuali e legittime reazioni di risentimento. L'informazione dovrebbe avvenire su un piano paritario con un linguaggio comprensibile che non lasci spazio a dubbi, aiutando la coppia a formulare una



**Anna Rüdeberg** è stata Aiuto clinico e consulente presso le Cliniche di Pediatria e di Chirurgia Pediatrica dell'Università di Berna per le malattie neuro pediatriche e genetiche e, dal 1981 al 2011, Responsabile della cura della Fibrosi Cistica e della riabilitazione della Spina bifida. La dottoressa Rüdeberg si è inoltre dedicata all'assistenza medica degli adulti con Fibrosi cistica dagli anni '80 in poi, diventando Medical advisor della International Association of Cystic Fibrosis Adults (IACFA-ICFMA) e nelle cure mediche atte a sostenere, qualora possibile, la maternità nelle donne affette da FC, sviluppandone a livello internazionale le linee guida. I punti forti della sua attività medica e di ricerca sono la microbiologica clinica, con particolare interesse alla prevenzione dell'infezione da *Pseudomonas aeruginosa* (PA) nella Fibrosi Cistica, per la quale ha contribuito allo sviluppo internazionale del vaccino anti-PA

decisione informata, responsabile e controfirmata dalla coppia stessa. Un supporto psicologico specializzato, a latere, in caso di insuccesso o di risultati incerti è raccomandabile.

**A chi presentare l'opzione di una diagnosi preconcezionale?**

A tutte le coppie informate sulle reali possibilità delle indagini genetiche e consapevoli dell'impatto con una malattia genetica nella prole, in particolare della FC.

Nello specifico anche a casi di coppie sterili (per esempio nelle donne con catarro/patologie tubariche da FC non diagnosticata, uomini sterili per mutazioni della FC non diagnosticati) che affrontano il complesso iter di una gravidanza assistita, non

**dure significativamente i casi di FC?**

Sì, la diagnosi preconcezionale è un importante strumento diagnostico atto a ridurre i casi di una malattia genetica con decorso grave, complesso e semi-letale e letale come la Fibrosi Cistica. Considerato il carattere multifattoriale dell'organizzazione diagnostica e valutando l'importanza dei risultati ottenibili, uno studio-pilota a livello nazionale/internazionale della diagnosi preconcezionale della FC potrà apportare dati di grande rilevanza medica, psicologica e sociale se gestito in modo altamente qualificato, esperto e centralizzato.

**E per quanto riguarda i costi?**

Tenendo presente l'impatto etico di tale intervento a fronte dei costi implicati è molto difficile indentificarne il livello per la diagnosi preconcezionale. Trattandosi di un intervento di alta complessità interdisciplinare i costi possono dipendere non solo dalle strutture stesse (pubbliche o private) ma anche dalla organizzazione sanitaria del singolo Stato. Le implicazioni si ripercuotono sia privatamente a livello familiare ma anche sul piano dei costi della salute pubblica per la quale non è tanto importante salvare una vita, ma piuttosto di permetterla.

Una valutazione indicativa costo-effetti del 2003 e pubblicata nel 2006 dalla HAS - Haute Autorité Sanitaire Paris Cédex sui risultati della ICSI\* che include anche la diagnosi preconcezionale, i costi di quest'ultima si aggiravano per le analisi di laboratorio intorno agli 800 euro, esclusi i costi medico-clinici (visite, ambulatori, interventi e ricoveri, trasporti ecc.).

*\* Évaluation de la fécondation in vitro avec micromanipulation [ICSI] HAS/ Service évaluation des actes professionnels – Service évaluation médico-économique et santé publique/décembre 2006*

**Anna Rüdeberg**  
e-mail: ruedeb@gm.ch  
www.annapompeiruedeberg.ch

dimenticando peraltro l'incognita in caso di fecondazione eterologa.

Alle coppie con anamnesi familiari, anche remota o sospetta, di malattie genetiche in particolare della Fibrosi Cistica.

**Possiamo concludere si tratta di uno strumento efficace per ri-**

L'APPROFONDIMENTO a cura di Giovanni Monni

# Fibrosi cistica: alcuni cenni sulla trasmissione ereditaria autosomica recessiva

**N**ella ereditarietà autosomica recessiva i geni recessivi (coppia di geni) per la Fibrosi Cistica sono collocati su una coppia autosomica. I geni anormali raramente risultano da una nuova mutazione. Un bambino omozigote per "recessive gene disorder" eredita entrambi i geni anormali dai genitori eterozigoti "obbligati". I genitori portatori stessi non sono affetti perché ognuno di loro ha il gene dominante normale sull'altro membro della coppia cromosomica. È solitamente dopo la nascita del primo figlio affetto che si possono identificare entrambi i genitori come eterozigoti. Ogni figlio successivo ha il 25% di possibilità di essere affetto, il 50% di possibilità di essere eterozigote sano come i genitori e il 25% di possibilità di essere omozigote sano.

In molte malattie autosomiche recessive l'aspettativa di vita è severamente compromessa, troppo pochi bambini affetti sopravvivono per poter diventare genitori e, generalmente, un bambino con malattia autosomica recessiva ha genitori che sono eterozigoti sani. La genealogia so-

litamente dimostra persone affette limitate ad un singolo figlio (Fig. 1).

**Le dieci caratteristiche principali di eredità autosomica recessiva sono:**

1. La malattia viene espressa solo negli omozigoti
2. I genitori di un figlio affetto sono asintomatici
3. Ogni figlio nato da genitori eterozigoti ha un rischio del 25% di essere affetto
4. Gli stessi figli di un genitore affetto non saranno affetti, a meno che l'altro genitore non sia eterozigote, o è ovviamente anch'esso affetto
5. L'incidenza e severità della malattia dipendono dal sesso
6. In una singola famiglia la espressività è generalmente costante, almeno più costante di quelle autosomiche dominanti
7. La genealogia dimostra distribuzione orizzontale di persone affette
8. La consanguineità parentale si trova più spesso in tali famiglie che nella popolazione generale (con unione con-

sanguinea c'è l'alto rischio di accoppiamento tra eterozigoti imparentati)

9. Eccetto certe sottopopolazioni, l'incidenza combinata della popolazione generale non è alta. La prevalenza alla nascita è 2,5/1000 (0,25%)
10. Molte malattie autosomiche recessive hanno un esito fatale nella prima infanzia.

Nella maggior parte dei paesi europei, inclusa l'Italia, la Fibrosi Cistica è la più comune delle malattie autosomiche ereditate recessivamente. La sua prevalenza alla nascita è intorno a 1/2500; una persona su 25 è portatore del gene. La relazione tra la frequenza di eterozigosi (h) e la incidenza della malattia (i) è espressa nella seguente equazione:  $i=h^2/4$ , quindi  $h=2\sqrt{i}$

La relazione è chiara, anche senza la formula. La possibilità di unione tra due eterozigoti nella popolazione europea è  $1/25 \times 1/25 = 1/625$ . Si prevede che 1/4 della progenie sarà affetta dalla malattia, la prevalenza di Fibrosi Cistica alla nascita essendo  $1/625 \times 1/4 = 1/2500$ .

**Valutazione del rischio**

I pazienti cercano informazione del rischio di una malattia genetica per loro stessi, i loro figli/futuri figli ed altri parenti. Nel condurre una valutazione del rischio, il passo chiave è determinare il/i modello/i di ereditarietà per tale malattia genetica. Ci si deve assicurare che si conoscano i segni caratteristici e i calcoli di rischio per ciascun modello di ereditarietà cosicché si possa-

no valutare le genealogia senza difficoltà. Si deve ricordare che ci possono essere dei fattori come la espressività variabile, penetranza ridotta, eterogeneità e mosaicismo con malattie genetiche che possono interessare la interpretazione della genealogia. Si deve tenere in mente se sia da considerare la non-paternità.

Se si conosce il modello di ereditarietà di una malattia genetica, il calcolo dei rischi è solitamente inequivocabile. È importante pensare globalmente quando si considerano diversi modelli di ereditarietà, si deve essere anche pratici e pensare del/dei modello/i di ereditarietà più probabile/i ed il fatto che certi modelli di ereditarietà sono meno comuni (per esempio, X-linked dominanti, mitocondriali, Y-linked). Se la modalità di ereditarietà non si conosce per la malattia genetica, si devono probabilmente cercare dati da studi empirici.

Il primo passo nella valutazione della genealogia è di stimare se la malattia appare dominante o recessiva; autosomica o X-linked. Se gli individui da più di una generazione sono affetti, è probabile che la ereditarietà sia dominante; se entrambi maschi e femmine sono affetti, è probabile che la tale sia autosomica. Si deve ricordare che le femmine possono essere affette da malattie X-linked recessive (femmine manifestanti) se c'è alterata X-inattivazione della femmina, è la figlia di padre affetto e madre portatrice. Normalmente, le femmine avranno sintomatologie più leggere se affette.

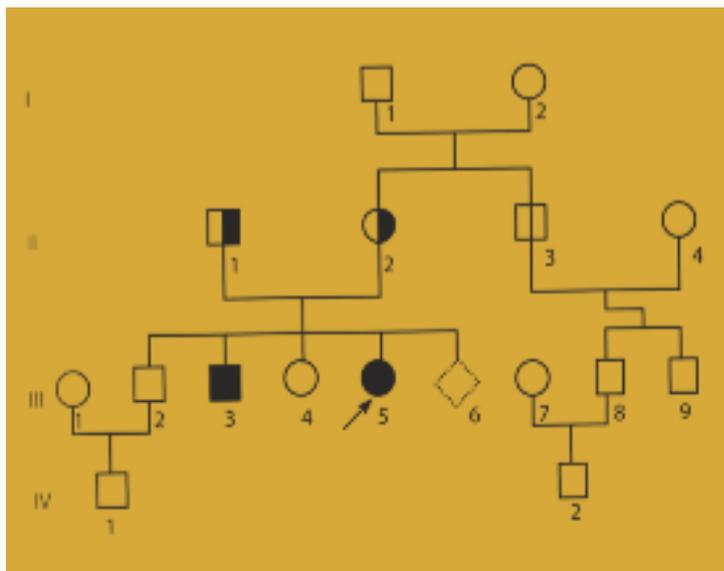
Le malattie autosomiche recessive sembra possano seguire un modello di ereditarietà autosomica dominante se c'è consanguineità in più di una generazione o se la frequenza di portatori è alta. Si deve essere consapevoli di una eventuale ridotta (o incompleta) penetranza e considerare anche se membri della famiglia possono essere stati affetti ed essere deceduti prima dell'inizio dei sintomi. Si deve tenere in conto se ci sia espressività variabile, anticipazione, eterogeneità e mosaicismo con la malattia genetica e se la eventuale non-paternità possa influenzare la interpretazione della genealogia. Si deve essere cauti con la interpretazione della genealogia quando la famiglia è piccola.

Nella Tabella 1 viene illustrata la valutazione del rischio in diversi tipi di situazioni di malattia autosomica recessivamente ereditata che può essere trovata nella teoria e nella pratica. **Y**

**Tabella 1. Il rischio di avere un figlio con Fibrosi Cistica (FC) in diverse situazioni genealogiche:** La probabilità di eterozigosi ed il rischio di trasmettere il gene al bambino sono messi tra parentesi. I rischi nelle righe 1 – 7 sono validi per ogni malattia autosomica recessivamente ereditata. I valori nelle righe 8 – 13 possono essere calcolati per altre malattie autosomiche recessivamente ereditate sostituendo la frazione 1/25 con la frazione che rappresenta la probabilità di eterozigosi per la malattia in questione, per esempio, la probabilità di eterozigosi per la malattia Tay-Sachs è 1/300 per gli ebrei Aschenaziti e 1/300 per la popolazione generale

Situazione genealogica	Rischio a priori di FC per il bambino
Entrambi i genitori soffrono di FC	1/1
Un genitore soffre di FC, l'altro è eterozigote accertato	1/2 (1/1 x 1/2)
Un genitore e un fratello/sorella dell'altro soffrono di FC	1/3 (2/3 x 1/2)
I genitori hanno già avuto un figlio affetto da FC	1/4 (1/1 x 1/2 x 1/1 x 1/2)
I genitori sono cugini di primo grado e uno soffre di FC (per esempio, unione tra III.5 e III.9)	1/8 (1/4 x 1/2)
Entrambi i genitori hanno fratello/sorella che soffre di FC	1/9 (2/3 x 1/2 x 2/3 x 1/2)
I genitori sono cugini di primo grado e uno ha un fratello/sorella che soffre di FC (per esempio, unione tra III.4 e III.9)	1/24 (2/3 x 1/2 x 1/4 x 1/2)
Un genitore soffre di FC	1/50 (1/25 x 1/2)
Un genitore ha figlio con FC da un altro/a partner	1/100 (1/1 x 1/2 x 1/25 x 1/2)
Un genitore ha un fratello/sorella con FC	1/150 (2/3 x 1/2 x 1/25 x 1/2)
Un genitore ha un/una nipote con FC	1/200 (1/2 x 1/2 x 1/25 x 1/2)
I genitori non sono consanguinei, non c'è storia familiare di FC	1/2500 (1/25 x 1/2 x 1/25 x 1/2)

**Figura 1.** La famiglia di una bambina (III.5) con Fibrosi Cistica. Entrambi i genitori (II.1 e II.2) sono portatori sani. Anche i figli della bambina saranno portatori (eterozigoti obbligati) se il suo compagno non è eterozigote. La possibilità che i suoi fratelli siano eterozigoti è 2/3; per il loro figli, per esempio IV.1, il rischio è 1/3. Il rischio che il suo fratello (III.6) sia affetto è 1/4, e 1/2 che sia eterozigote. Uno dei nonni (I.1 o I.2) deve essere eterozigote, indicando così che la possibilità per II.3 di essere eterozigote è 1/2. La eterozigosi per i suoi figli è  $1/2 \times 1/2 = 1/4$



**Percorso nascita transfrontaliero**

# Italia-Slovenia: ostetriche e ginecologi a confronto

**Roberta Giornelli**

Direttivo AIO, Responsabile Osservatorio per l'Abusivismo Professionale

Con la Delibera n. 1083 del 15 giugno 2012 anche la regione Friuli Venezia Giulia recepisce l'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 "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". Comincia quindi anche in Friuli Venezia Giulia un processo di riorganizzazione della rete assistenziale del percorso gravidanza-parto-neonato che ha l'obiettivo di favorire il benessere psico-fisico della gravida e del feto, garantendo la sicurezza di tutto il percorso nascita, secondo modalità di assistenza aggiornate e validate, riconoscendo nel contempo la naturalità dell'evento e rispettando la fisiologia. Sotto questa spinta, dovendo prevedere l'accorpamento di alcuni punti nascita, l'Azienda Sanitaria N. 2 "Isontina", rappresentante del territorio di Gorizia e della sua provincia, lancia una proposta di un progetto sulla sperimentazione di un "Percorso nascita transfrontaliero Italia-Slovenia".

**Uno strumento europeo di cooperazione territoriale**

Nel 2010 i Comuni limitrofi di

L'Agenzia internazionale per lo sviluppo e la cooperazione economica internazionale e l'Azienda Sanitaria Isontina, rappresentante del territorio di Gorizia e della sua provincia, hanno gettato le basi per un progetto sulla sperimentazione di un "Percorso nascita transfrontaliero Italia-Slovenia". Il progetto, che sarà inserito nell'ambito delle proposte 2014-2020 che prevedono la costruzione di servizi sanitari transfrontalieri, ha dato il via alla costituzione di un gruppo di lavoro che sta muovendo i suoi primi passi



Gorizia in Italia e Nova Gorica e Šempeter-Vrtojba in Slovenia hanno dato ufficialmente il via alla procedura finalizzata a ottenere l'autorizzazione all'istituzione del Gruppo Europeo di Cooperazione Territoriale (GECT) denominato "Territorio dei comuni: Comune di Gorizia (I), Mestna občina Nova Gorica (SLO) e Občina Šempeter-Vrtojba (SLO)".

I Comuni di Gorizia, Nova Gorica e Šempeter-Vrtojba hanno valutato che questo strumento europeo di cooperazione territoriale sia la forma più adatta per dare ulteriore sviluppo alla



**Roberta Giornelli**

loro reciproca collaborazione, i Comuni fondatori sono certi che i Governi italiano e sloveno sapranno valorizzare la volontà che ha ispirato Gorizia, Nova Gorica e Šempeter-Vrtojba nel momento in cui, intuendo la significativa valenza dello strumento del GECT, è stata imboccata la via della costituzione di questo innovativo soggetto pubblico, protagonista della scena comunitaria attuale e futura, capace di portare direttamente a Bruxelles la voce delle popolazioni e dei territori, tanto provati anche in un non lontano passato da guerre e conflitti.

**GECT-GO: il percorso nascita transfrontaliero**

Nel corso del 2013 sono stati stipulati accordi tra Informest, l'Agenzia internazionale per lo sviluppo e la cooperazione economica internazionale, e l'Azienda Sanitaria Isontina che realizzerà nell'ambito del Gect-Go il percorso nascita transfrontaliero, progetto che sarà inserito nell'ambito delle proposte 2014-2020 che prevedono la costruzione di servizi sanitari transfrontalieri.

Questo progetto ha dato il via alla costituzione di un gruppo di lavoro con la partecipazione di vari professionisti tra cui ostetriche, ginecologi, neonatologi, infermieri, che hanno iniziato un confronto con i professionisti Sloveni. Sono state organizzate da parte dell'ASS n. 2 Isontina delle giornate di "Study tour" sia nel punto nascita goriziano che in quello di Šempeter, che hanno favorito il confronto tra i professionisti Italiani e Sloveni facendo emergere aspetti specifici e metodologici delle proprie organizzazioni. Questo progetto prevede inoltre un grande coinvolgimento dei servizi sul territorio espressi dal Consultorio Familiare di Gorizia e della Casa della Salute di Nova Gorica.

Nel dettaglio il progetto del percorso nascita transfrontaliero ha come obiettivi:

1. realizzare un sistema di rete di servizi transfrontaliero in risposta alle esigenze relative a gravidanza e parto fisiologici nell'ambito del "percorso nascita", con studio di fattibilità e realizzazione della Casa del parto transfrontaliera con costituzione di équipe mista (italo-slovena);
  2. contribuire allo sviluppo dell'area alto isontina quale laboratorio internazionale dell'innovazione socio-sanitaria e della pubblica amministrazione.
- In questo quadro, si presuppone che i fondi europei sostengano una pianificazione concreta di sistema (percorso) che metta insieme le risorse slovene e quelle italiane per una sintesi innovativa transfrontaliera. **Y**

## AIO Calabria: Il Counselling per la salute riproduttiva e sessuale

**Anna Paola Caruso, Ostetrica**

L'evento Aio "Il Counselling per la salute riproduttiva e sessuale" tenutosi a Cosenza il 22 febbraio scorso ha riscosso grande interesse tra le ostetriche che hanno partecipato all'incontro, in quanto ha contribuito a far conoscere in modo più dettagliato il mondo dell'educazione sessuale e riproduttiva. Al corso teorico-pratico hanno partecipato ostetriche provenienti da quasi tutte le province calabresi e durante l'incontro sono emerse tutte quelle caratteristiche che delineano la professionalità dell'ostetrica/o: l'amore per la propria professione, l'interesse alla formazione, la necessità di confronto, la capacità di ascolto, la creatività e l'interesse ad approfondire argomenti noti ma allo stesso tempo nuovi. Tutte queste componenti hanno permesso di accoglie-



re il counselling come valido strumento necessario per migliorare le capacità comunicative dell'ostetrica/o, rafforzando quindi il ruolo di educatrice che la identifica come professionista della salute della donna. Ringrazio tutte le colleghe che hanno partecipato all'evento, soprattutto vorrei ringraziarle per la loro creatività e per l'entusiasmo dimostrato. **Y**

► Segue da pagina 11

**L'obiezione di coscienza, un vecchio problema tornato d'attualità**

turni in sala operatoria, sala parto ecc.) devono anche eseguire le Ivg, molto spesso in situazioni di isolamento professionale quando non circondati da quella sorta di biasimo sociale ed etico che nel corso del tempo rischiano di logorare le migliori energie.

La situazione è persino più grave di quella riferita dal Ministero. **I dati resi noti dalla Laiga** (Libera associazione italiana ginecologi per l'applicazione della legge 194/78), associazione nata proprio per contrastare il fenomeno della dilagante obiezione di coscienza, ci dicono che nel Lazio in dieci strutture pubbliche su trentuno, esclusi gli ospedali religiosi – che invocano un'obiezione di struttura – e le cliniche accreditate, la maggior parte delle quali ignora semplicemente il problema, non si eseguono interruzioni di gravidanza. Sempre nel Lazio ha fatto obiezione di coscienza il 91,3% dei ginecologi ospedalieri. In tre province su cinque – Frosinone, Rieti e Viterbo – non è possibile eseguire aborti del secondo trimestre.

A questi dati si aggiunge un lungo elenco di situazioni limite segnalate dalla stampa che vanno da un aumento della mobilità sanitaria delle donne che intendono sottoporsi a una IVG, ad almeno tre regioni (Campania, Molise e Basilicata) che hanno ridotto significativamente i servizi dove poter effettuare l'IVG, a un'ancora limitatissima possibilità di ricorrere all'aborto medico in molte aree del paese.

**In questa situazione sembra riaffacciarsi il fantasma dell'aborto clandestino** sotto diverse e nuove forme. Si va dall'aumento dell'uso 'privato' e clandestino di misoprostolo, farmaco in grado di procurare l'aborto nelle prime settimane di gravidanza, ma non privo di effetti collaterali anche molto gravi, utilizzato soprattutto dalle giovani immigrate, al preoccupante aumento degli aborti spontanei, fino all'incremento delle indagini delle forze dell'ordine, che testimoniano una crescente diffusione di fenomeni come il contrabbando di farmaci, e il proliferare di cliniche e ambulatori fuori legge, come la struttura scoperta dalla Guardia di Finanza a Padova gestita dalla mafia cinese. Solo nell'ultimo anno, inoltre sono scattati 188 procedimenti penali aperti per violazione della legge 194, in netto aumento rispetto agli anni precedenti.

A fronte di questa situazione in continuo peggioramento – com-



plice anche la riduzione degli investimenti in Sanità, l'abolizione del turnover negli ospedali e un generale clima di disorientamento –, nella primavera del 2012 la **Consulta di Bioetica Onlus**, fondata nel 1989 dal neurologo Renato Boeri con il fine di promuovere un dibattito laico e razionale sui problemi etici nel campo della medicina e delle scienze biologiche, ha lanciato una campagna di sensibilizzazione dal titolo volutamente provocatorio: Il buon medico non obietta?. La proposta emersa all'interno della Consulta è molto chiara: «l'operatore sanitario (medico, infermiere, ostetrica) che, per motivi morali o per altre ragioni, non è disposto a praticare aborti non dovrebbe rivendicare un diritto all'obiezione di coscienza, ma dovrebbe scegliere una professione o un contesto lavorativo che non lo metta in conflitto con le proprie convinzioni». La campagna ha prodotto in un anno convegni e iniziative, a essa hanno aderito numerose associazioni, ma sul piano pratico non ha raggiunto molti risultati concreti, almeno fino al giugno del 2013 quando il tema è approdato in Parlamento.

Nel frattempo, nel luglio del 2012, il **Comitato nazionale di bioetica (Cnb)** si era pronunciato sull'argomento con un importante parere nel quale è stato riconosciuto che «l'obiezione di coscienza in bioetica è un diritto costituzionalmente fondato» ma che la tutela giuridica dell'obiezione di coscienza «non deve limitare né rendere più gravoso l'esercizio di diritti riconosciuti per legge». Il Cnb raccomanda, affinché l'obiezione di coscienza



**Lo stretto intreccio tra l'attività dei consultori familiari e l'applicazione della legge 194 costituisce una delle costanti del dibattito che periodicamente si ripropone nella società italiana sulla questione dell'aborto volontario**

venga esercitata in modo sostenibile, che la legge preveda, accanto alla tutela dell'obiezione di coscienza, «misure adeguate a garantire l'erogazione dei servizi», e una disciplina tale da «non discriminare né gli obiettori né i non obiettori», nonché «la predisposizione di un'organizzazione delle mansioni e del reclutamento [...] che può prevedere forme di mobilità del personale e di reclutamento differenziato atti a equilibrare, sulla base dei dati disponibili, il numero degli obiettori e dei non obiettori».

Le posizioni della Consulta di Bioetica sono state sostenute in sede di Cnb dal professor **Carlo Flamigni** che pur apprezzando la presenza di alcuni importanti aspetti positivi e cioè il riconoscimento «di un 'diritto all'aborto', dal momento che il documento prende atto che quanto previsto dalla legge 194/78 non va osta-

colato, essendo diventato una conquista irrinunciabile» e ancora «che la tutela dell'obiezione di coscienza, per la sua stessa sostenibilità nell'ordinamento giuridico, non deve limitare né rendere più gravoso l'esercizio dei diritti riconosciuti per legge» e infine «che l'obiezione di coscienza

in definitiva deve essere compatibile con la legalità ordinamentale, il che significa riconoscere che l'obiezione di coscienza non intende (in realtà è più verosimile un dubitativo 'non dovrebbe intendere') né scalfare, né rendere inapplicabile la legge 194/78», non si è riconosciuto nel testo definitivo.

**L'11 giugno 2013** la Camera dei Deputati inizia la discussione sulla legge 194 a partire da una mozione presentata da Sinistra ecologia e libertà (Sel), che prende spunto dal dibattito apertosi sulla questione dell'obiezione di coscienza. Nella mozione si chiede al governo di «garantire piena applicazione della legge n. 194 del 1978 su tutto il territorio nazionale» anche attraverso l'assunzione da parte del governo di norme finalizzate a prevedere che il requisito della non obiezione sia condizione all'espletamento del-

le funzioni apicali nelle strutture di Ostetricia e Ginecologia dei presidi Ospedalieri.

Si insiste affinché l'esecutivo si attivi per assicurare «il reale ed efficiente espletamento delle procedure e degli interventi di interruzione volontaria di gravidanza chirurgica e farmacologica» e si ribadisce che l'accreditamento di ogni struttura pubblica o privata dovrebbe essere concesso solo a fronte del «pieno rispetto della legge da parte di ogni struttura». C'è poi una richiesta al governo di attivarsi perché l'IVG «farmacologica sia garantita come opzione a tutte le donne [...] anche in day hospital». Il governo dovrebbe inoltre costituire un «tavolo tecnico di monitoraggio con gli assessori regionali per verificare la piena e corretta attuazione della legge 194» e per «evitare ogni forma di discriminazione fra operatori sanitari, obiettori e non obiettori». Inoltre si chiede di «mettere in condizione gli ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri di monitorare l'applicazione della legge», dare «piena centralità ai consultori familiari», assumere iniziative affinché «le competenti federazioni nazionali degli ordini professionali del personale sanitario si adoperino per garantire uniformità sul territorio nazionale in ordine agli indirizzi deontologici relativi all'esercizio dell'obiezione di coscienza».

**Sull'onda di questa richiesta** si sono aggiunte, da parte di tutti gli altri partiti, altre mozioni su cui si è sviluppato il dibattito parlamentare. Quando si è andati al voto, l'Aula di Montecitorio si è in parte astenuta sulla mozione di SEL che comunque è stata approvata (votanti 253, astenuti 254, maggioranza 127, hanno votato sì 230, no 23), insieme alle mozioni del PD, del PDL, del M5S, di Scelta Civica, e a quella del Misto-Centro democristiano. Respinte invece le mozioni dell'UDC, di Fratelli d'Italia e della Lega Nord.

Ogni gruppo in realtà ha a suo modo posto l'accento sulle tematiche che sente più vicine e vede come esigenze prioritarie. Chiamato a intervenire, anche il governo ha dato un parziale e inaspettato parere favorevole alla mozione di SEL e alle altre mozioni, riconoscendo che in effetti il problema dell'obiezione di coscienza esiste e per questo, ha riferito il ministro della Salute, quanto prima sarà attivato «un tavolo tecnico di monitoraggio degli assessori regionali in modo da poter presentare [...] nel corso della consueta relazione annuale sulla legge 194 lo stato di attuazione della legge».

La Relazione è stata pubblicata il 13 settembre 2013 e, in attesa dei



# I consultori in Italia

Come si possa scrivere un libro intelligente, lucido e gradevole su un argomento per antonomasia arido come i consultori è dimostrato da Giovanni Fattorini in questo suo saggio, scritto tra l'altro con inusuale leggerezza.

Ripercorrendo la storia e l'evoluzione di queste istituzioni, Fattorini fa un bilancio di circa 40 anni di attività. Il risultato è positivo. Sono stati anni fondamentali per la promozione della cultura laica sui problemi delle donne e delle coppie. Basti pensare al grande contributo culturale che i consultori familiari hanno dato su problemi come il controllo della fertilità, le pari opportunità, la maternità libera e consapevole, la contraccezione e l'aborto.

I consultori familiari nascono in una stagione per certi aspetti irripetibile e di grandi tensioni per l'Italia. Erano gli anni Settanta. Gli anni del femminismo, delle manifestazioni di piazza per una società più giusta, delle rivendicazioni delle donne per un maggiore riconoscimento del loro ruolo. Ma erano anche gli anni delle Brigate rosse, del rapimento Moro. Anni di grandi inquietudini che investirono non solo la popolazione, ma anche i partiti politici e le istituzioni. Frutto di quel clima fu l'incontro (compromesso) raggiunto tra cultura laica e cultura cattolica che portò, dapprima, all'istituzione dei

**Ripercorrendo la storia dei consultori italiani, questo libro inevitabilmente racconta la storia delle donne, dei loro movimenti, del loro ruolo nella famiglia e nella società dagli anni '70 a oggi. Ma permette anche di rintracciare la storia professionale e umana di molti di noi. La sua pubblicazione è un'ottima occasione per aprire una discussione seria sul futuro dei consultori familiari in Italia**

Consultori Familiari con la legge 405 del luglio 1975 e successivamente, tre anni dopo, nel luglio del '78, alla legge 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". E, nel dicembre dello stesso anno, quasi a coronamento di quella stagione, alla promulgazione della legge 833 che istituì il Ssn. Queste tre leggi costituirono il terreno su cui mossero i primi passi e agirono i consultori familiari. Ci fu però un'ambiguità di fondo, che caratterizzò sin dall'inizio questo servizio e condizionerà il suo futuro: "da una parte - scrive Fattorini - c'è chi ha colto l'occasione per affermare l'idea di un servizio conquistato dalle donne, concepito per favorire una più marcata e progressiva emancipazione in termini di libertà sessuale. Dall'altra, c'è chi ha ritenuto che il consultorio familiare dovesse invece avere al

centro dei suoi principali interessi la tutela dei rapporti familiari, le problematiche relazionali e sociali generate dalla crisi della coppia, con un'attenzione particolare rivolta agli adolescenti". La storia dei consultori familiari ha poi dimostrato che questo dualismo si è risolto a favore del primo modello, per motivi legati sia al personale medico che all'utenza femminile. Quest'ultima, in particolare, ha preteso sempre più non solo volontà di emancipazione, ma anche esigenza di cura. Basti pensare alle tante consulenze contraccettive che erano anche occasione di consulenza specialistica. Alla presentazione del libro alla Biblioteca del Senato è stato chiesto a Fattorini: "A distanza di quasi 40 anni dalla loro nascita, qual è oggi la realtà dei consultori italiani? E qual è il loro stato di salute?" La risposta, velata da grande tristezza, non è stata molto positiva. I consultori



Giovanni Fattorini

**I CONSULTORI IN ITALIA**

L'asino d'oro Edizioni (2014)  
Collana: Il Mito di Cura  
Pagine 180  
Euro 12,00  
ISBN:9788864432443

familiari, ha risposto Giovanni, rischiano oggi di perdere il loro carattere peculiare d'intervento socio-sanitario. Vi è l'eccessivo peso di una cultura aziendalistica che tende a trasformare queste istituzioni in ambulatori specialistici tradizionali, se non addirittura convertibili in agenzie ideologiche, immaginate per aggredire la legge 194. "Di tutto questo - ha volutamente sottolineato Giovanni - non sono

certo responsabili gli operatori sanitari. Anzi sono le principali vittime. E sono convinto che si è giunti a un bivio: o avverrà il rinnovo di questi servizi, recuperando una buona parte della cultura che li ha generati, o il loro destino sarà quello di essere trasformati in semplici ambulatori e in strutture esclusivamente assistenziali".

È quasi un "grido di dolore" lanciato in una sede istituzionale (Biblioteca del Senato). Questo ci deve fare pensare, perché se si realizzasse l'ultima ipotesi prospettata da Fattorini, scomparirebbe una delle istituzioni pubbliche che più ha operato nella lotta alle disuguaglianze e nell'affermazione della dignità e della libertà delle donne. Le nostre associazioni, Agite e Aogoi in testa, dovrebbero far proprie questo appello. Bisognerebbe approfittare della pubblicazione di questo libro per aprire una discussione seria sul futuro dei consultori familiari in Italia. Un'ultima considerazione. Questo libro, ripercorrendo la storia dei consultori italiani, inevitabilmente racconta la storia delle donne, dei loro movimenti, del loro ruolo nella famiglia e nella società dagli anni '70 a oggi. Ma permette anche di rintracciare la storia professionale e umana di molti di noi (soprattutto dei più anziani), che hanno creduto che la promozione della salute, e della salute della donna in particolare, fosse anche un modo per affermare la civiltà del nostro Paese. (Carlo Sbiroli)

risultati del Tavolo tecnico, riporta la tesi che, sì, il problema dell'obiezione di coscienza rimane una potenziale minaccia in riferimento all'applicazione della legge, ma tenuto conto della riduzione del numero delle Ivg il numero di quelle a carico del personale non obiettore «mostra che dal 1983 al 2011 le IVG eseguite mediamente ogni anno da ciascun non obiettore si sono dimezzate» ed eventuali «difficoltà nell'accesso ai servizi, quindi, sarebbero da ricondursi a una distribuzione non adeguata degli operatori fra le strutture sanitarie all'interno di ciascuna regione. A tale proposito si ricorda che l'art. 9 della Legge 194/78 dispone che: 'Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art. 7 e l'effettuazio-

ne degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli artt. 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale'». Tenuto conto dei numeri e delle proporzioni non sappiamo se i tecnici del Ministero abbiano calcolato cosa vorrebbe dire in alcune regioni avviare la mobilità del personale per risolvere il problema del numero di medici obiettori. I risultati del Tavolo tecnico a cui sono stati invitati gli assessori regionali, allo scopo di inaugurare il monitoraggio riguardante le singole strutture ospedaliere e i consultori, per individuare eventuali criticità nell'applicazione dell'anzidetta legge in riferimento agli aspetti sopra menzionati, saranno noti quando esso si riunirà. Una pri-

ma proposta di scheda per la raccolta dati è già stata inviata ai referenti regionali. È possibile ora trarre qualche considerazione. La prima è che la pressione esercitata dalle associazioni, come la Laiga e la Consulta di Bioetica, hanno ottenuto da tutto il Parlamento - anche al Senato è stata presentata una mozione sugli stessi temi - il riconoscimento della gravità della situazione. Pur in presenza di comprensibili prese di distanza da parte del mondo della ginecologia italiana sul requisito della non obiezione come condizione all'espletamento delle funzioni apicali nelle strutture di ostetricia e ginecologia dei presidi ospedalieri, la stessa Società italiana di ginecologia e ostetricia per bocca del suo (allora ndr) presidente, il professor Nicola Surico, ha però suggerito come

eventuale soluzione la possibilità «di riservare nei concorsi pubblici un numero di posti per medici non obiettori di coscienza, ma senza stravolgere gli attuali criteri di assunzione per entrambe le categorie». Una proposta equilibrata e coraggiosa. La seconda considerazione è che tutte le mozioni presentate, pur non mettendo in discussione il diritto all'obiezione, fanno loro il principio che l'esigenza di bilanciamento tra valori costituzionali, che riconosce il diritto all'obiezione, impedisce di configurarlo come diritto assoluto, e perciò è necessaria una sua regolamentazione. La terza considerazione è che l'intero disegno della legge 194, che prevede la scelta, l'autodeterminazione e il 'diritto' della donna ad accedere all'Ivg, e insieme il riconoscimento della li-

bertà di coscienza del sanitario, dovrebbe essere realizzato contemporaneamente sia nella fase preventiva (ruolo e importanza dei Cf) che in quella attuativa (ruolo e importanza delle strutture di cura), mentre oggi il secondo dei diritti (quello dei sanitari) è rigorosamente tutelato e il primo (quello delle donne) sempre meno. La quarta, e ultima, è che l'impegno delle diverse associazioni e in questo caso la 'pronta' disponibilità della 'politica' di Parlamento e governo potrebbero paradossalmente non avere conseguenze significative come è già avvenuto in passato, dal momento che oggi le decisioni concrete sono in mano ai diversi Sistemi sanitari regionali e a quegli istituti sempre più indipendenti e autoreferenziali che sono diventate le Asl. Y

Meditazioni

di Giuseppe Cragnaniello

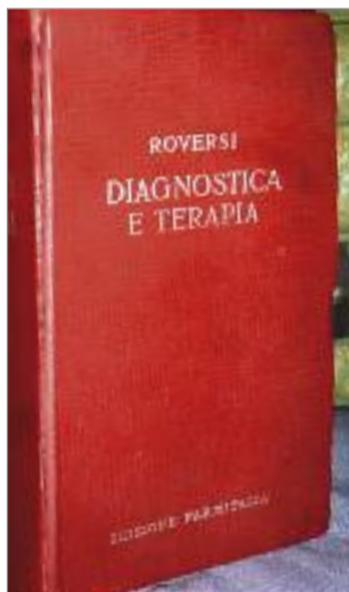


# Un'altra ipocrisia

**Sappiamo bene che certe prese di posizione discendono dalle false virtù del *politically correct*, fin troppo spesso più di facciata che di sostanza...**

Vi è una quantità enorme di problemi in cui medicina e sanità si dibattono da anni. Ciononostante, o forse proprio perché le giuste soluzioni non si riescono a trovare, ci si arrovela in inutili discussioni su argomenti di scarsa importanza. L'ultima, quella sul gentile omaggio da parte di un'industria farmaceutica del famoso Manuale Roversi, utile vademecum per varie generazioni di medici, in occasione dell'iscrizione all'Ordine.

In proposito si è detto di tutto: inopportunità, conflitto di interessi, condizionamenti. E ancor più si è fatto, con scandalizzate prese di posizione e sdegnati rifiuti. Qualcuno ha parlato addirittura di sacrilegio, data la contemporaneità col Giuramento di Ippocrate che impegna ad esercitare la professione in libertà e indipendenza. Parole grosse ed esagerate, che in larga parte cozzano con quella che è stata sino ad oggi la storia ma anche con quella che è la realtà odierna. Se con la memoria vado indietro ai miei ricordi, quando mi laureai, circa quarant'anni fa, si viveva



un'epoca di transizione. Finito il tempo dei benefits esagerati, di cui si favoleggiava sebbene non ne abbia mai avuto esperienza, persisteva l'abitudine di alcune ditte di fare piccoli omaggi, di solito libri o audiocassette, ai neolaureati. Per la maggior parte arrivavano spontanei, probabilmente dopo aver attinto informazioni dall'università, talvolta dopo richiesta dell'interessato, che a Bari, come penso in altre grandi città, aveva anche la possibilità di un primo approccio nelle sedi di rappresentanza delle industrie più importanti. Così anch'io ebbi copia del manuale in questione, di "Diagnostica e terapia",

nell'edizione del 1977, dalla copertina rossa, che mi fu compagno nelle prime guardie di pronto soccorso e tuttora conservo con affettuosa cura. Per quei pensieri da poche lire, andatisi poi sempre più riducendo, soprattutto con la scomparsa dei marchi storici italiani, fagocitati dai poteri forti della globalizzazione, ho messo a rischio la mia indipendenza e mi sono lasciato condizionare? A dire il vero il citato giuramento, alquanto anacronistico, a me non è stato mai richiesto. Meglio così, per una connaturata allergia a proclamare promesse da mantenere (ne ho fatta solo una, e quella davvero sentita, alla Patria, al tempo della leva), ma soprattutto perché nell'esercitare sarebbe meglio ispirarsi e farsi guidare da principi di scienza e coscienza. E se si grida allo scandalo per un libro di poche decine di euro, cosa si sarebbe dovuto dire,

senza andare molto lontano, per quei colleghi che fino a poco tempo fa hanno girato il mondo con i congressi per la menopausa?

Sappiamo bene che certe prese di posizione discendono dalle false virtù del *politically correct*, fin troppo spesso più di facciata che di sostanza. Come la frase che ricorre puntuale nei questionari sul gradimento dei nostri convegni Ecm: "ritiene che ci siano riferimenti, indicazioni e/o informazioni non equilibrate o non corrette per influenza dello sponsor o altri interessi commerciali?". Se non è il trionfo dell'ipocrisia! Quanti di noi avranno il coraggio di sottoscrivere il contrario di quello che quasi inevitabilmente avviene? Ecco perché queste e simili polemiche mi paiono superflue, mentre sarebbe molto meglio se le autorità preposte, l'università e gli ordini, si occupassero di questioni ben più serie, come ad esempio la qualità degli studi e le possibilità di lavoro. Ma questa, a quanto pare, è tutt'altra storia...

# remifemin®

**SPEGNE I DISTURBI DELLA MENOPAUSA**  
Efficacia e sicurezza inimitabili

remifemin®, grazie ad un sistema di estrazione brevettato, **garantisce:**

- ✓ efficacia sui sintomi climaterici
- ✓ assenza di ormoni e/o fitoestrogeni
- ✓ protezione su apparato genitale e seno
- ✓ sicurezza per il tessuto epatico

remifemin® è il prodotto a base di *Cimicifuga racemosa* più studiato e documentato al mondo.

Leader di mercato, è distribuito in 28 Paesi e in tutti i continenti del mondo.



remifemin®  
**la natura  
al suo meglio!**

Chiedilo al tuo medico o al tuo farmacista.

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



# Fratellastri d'Europa

**R**icorderete sicuramente gli sguardi di commiserazione e le risatine della Merkel e di Sarkozy nella famosa conferenza stampa europea nel commentare la situazione dell'Italia! Ecco noi siamo considerati così dai nostri "fratelli" europei: familiari sì, ma un poco 'alla lontana', non proprio fratelli, fratellastri insomma. Che si devono sopportare come una sventura ma non di più: amarli non esageriamo, aiutarli solo se poi pagano con adeguati interessi. Certo, i Tedeschi in particolare, un poco irritati nei nostri confronti lo sono, anche se non lo confesseranno mai: abbiamo avuto l'ardire di andare a sconfiggerli in casa loro nella famosa semifinale del campionato mondiale di calcio (da noi poi vinto, addirittura) che si erano giusto organizzati per celebrare adeguatamente la riunificazione della Germania e il nuovo miracolo economico; ma ve la ricordate allo stadio la faccia di frau Angela (si pronuncia "Anghela", che è già un indizio...)? Oggettivamente sembrava una a cui quel giorno avessero rubato la macchina, dato fuoco al gatto e rasa al suolo la casa! E volete che lei e i suoi concittadini ci amino, via! Certo la signora Angela ("Anghela"! era una tenera bambina e abitava nella Germania dall'altro lato del muro ma insieme agli altri abitanti non avrà sicuramente dormito la notte messicana del 4 a 3 di Italia-Germania nel 1970!

**Lo so, siamo un popolo strano.** Abbiamo molto gusto, viviamo al di sopra delle nostre possibilità, siamo un poco pezzenti, contiamo sullo stellone e sul Papa che è a Roma (ma S. Pietro per iniziare l'evangelizzazione cristiana la sua pietra la pose a Roma mica a Berlino, se ne devono pur fare una ragione, eh!); ce la siamo sempre cavata anche in mezzo a cataclismi, miserie, guerre e carestie. Ci sappiamo adattare e riusciamo con ingegno e arguzia a risolvere i problemi della sopravvivenza: se avessimo anche il petrolio degli sceicchi faremmo certamente faville, ma ci accontentiamo. Siamo stati capaci di sopravvivere alla decadenza di Roma e del suo impero, abbiamo

**Dopo i Fratelli d'Italia di mameliana memoria, siamo ai Fratellastri d'Europa! In effetti i Paesi europei più 'pesanti' in campo politico ed economico trattano noi poveri Italiani come pezzenti, come quei parenti un poco miserabili di cui ci si vergogna a far sapere in giro che fanno parte anche loro della famiglia!**



accolto e migliorato (questo ce lo concederà frau Merkel) popoli "barbari" che quando i nostri avi creavano ardite costruzioni e templi d'oro e di marmo loro vivevano su palafitte; gli abbiamo insegnato l'arte, la musica e persino a costruire giardini meravigliosi ed è pur vero che poi loro hanno imparato bene, ma almeno un poco di riconoscenza e di... affetto fraterno potrebbero almeno dimostrarcelo! Invece no: i paesani della cancelliera di ferro sono purtroppo fatti così: loro vanno avanti sempre a diritto, non si fermano dinanzi a nessun ostacolo, teutonici, appunto: in verità questa loro mancanza di duttilità li ha spesso portati a... sbattere di brutto; l'Italiano, per sua natura un poco diffidente, gli ostacoli se può cerca di evitarli; i Tedeschi di norma ci vanno a sbattere e la storia insegna che loro hanno spesso vinto battaglie (specialmente d'acchito) ma regolarmente hanno poi perso le... guerre per questo modo un poco ottuso di andare avanti ad ogni costo!  
**Certo, danni in Europa** questo loro modo di fare ne ha prodotti tanti e spesso molto dolorosi per tutti! Ma noi dobbiamo guardare avanti anche se il passato qualcosa

**Ricorderete gli sguardi di commiserazione e le risatine della Merkel e di Sarkozy nella famosa conferenza stampa europea nel commentare la situazione dell'Italia... Ecco noi siamo considerati così dai nostri "fratelli" europei: familiari sì, ma un poco 'alla lontana'**

dovrebbe pure insegnare (soprattutto ai Tedeschi)! E invece no: questo accanirsi nell'ottenere ora e subito il pareggio di bilancio dei Paesi della Ue, deciso in altri contesti economici pre-crisi, avrebbe dovuto consigliare una maggiore duttilità, inevitabile prudenza: e invece loro no. Ja! Si è detto che dobbiamo portare in equilibrio i conti ora e subito e non si può derogare: ma la gente rimane disoccupata, ai giovani stanno rubando il futuro, le persone non si curano per mancanza di soldi, i servizi ai cittadini vengono tagliati! Nein, non si discute, noi siamo gente tosta, andiamo avanti anche sbattendo o - aggiungeremo noi - facendola sbattere, la faccia contro il muro! Sono così, sono tedeschi, non c'è niente da fare!

Recentemente la cancelliera Merkel si è recata in visita ad Atene, dimostrando un coraggio (o una sfrontatezza) notevole, per spiegare ai Greci che se li avevano ridotti alla fame, se metà della popolazione è disoccupata, se la sanità ellenica è ormai al collasso, se impiegati e professionisti sono ridotti a chiedere l'elemosina per le strade, innanzitutto la colpa era loro, scialtatori e dilapidatori di ricchezza nazionale. Poi, forse per un problema di traduzione della non facile e dura lingua tedesca, pare si sia verificato uno spiacevole equivoco che poteva portare ad assai gravi conseguenze nelle relazioni tra i due Paesi: sembra che Angela abbia invitato i Greci a battere le mani alla rappresentante della Germania per ringraziarla del bene loro fatto: da grassi e flaccidi individui, la 'cura' europea li aveva resi per la maggior parte magri e tonici e dunque aveva migliorato la loro salute (pensate alle malattie connesse all'obesità, alla dieta ricca...) e il loro aspetto fisico. Dicono che a causa di un difetto di

traduzione, gli attoniti (e incazzati) ateniesi, abbiano capito che l'invito era a battere le mani "sulla" anziché alla rappresentante tedesca: per tale ragione un enorme numero di presenti di slancio sembra si sia mosso verso il palco per battere con vigore le loro mani (magari chiuse anche a pugno) sulla cancelliera per dimostrare la riconoscenza del popolo greco... Il ferreo servizio d'ordine ha fortunatamente impedito che ciò accadesse, evitando ulteriori e più gravi danni alla nazione.

**L'Europa è così:** siamo tutti fratelli, qualcuno magari figlio di un dio minore, ma sostanzialmente sempre della stessa famiglia. Certo, da noi, da quando c'è l'euro possiamo dire che non ce la passiamo molto bene, che il nostro welfare cade a pezzi, che i giovani stanno emigrando verso l'estero, che c'è una crisi da far paura. Ma per il resto siamo in Europa, in una grande famiglia e questo ci accontenta e ci fa godere! Dal 2002 abbiamo un'unica moneta, ora in verità ogni italiano non ha più nemmeno quella: siamo proprio a bolletta!

**Ma ce la caveremo lo stesso;** noi, i Greci, gli Spagnoli e pure i Francesi, come hanno fatto i Portoghesi, gli Irlandesi e come faranno anche altri: a dire il vero quando ci chiedevano di prestare noi (noi!) i soldi agli altri in difficoltà non abbiamo fatto storie, consapevoli di fare parte della stessa "famiglia"; quando ogni anno pretendono che versiamo alle casse della Ue una parte cospicua di risorse (l'Italia è il terzo contribuente netto dell'Ue, dietro solo alla Germania e alla Francia, ma il primo in termini di Pil pro-capite, pensa tu!) non battiamo ciglio: eh! siamo fratelli...! Ameremmo magari essere considerati 'fratelli' a pieno titolo anche quando chiediamo soltanto un poco di tempo in più per sanare le nostre piaghe e aggiustare i nostri bilanci, senza far soffrire troppo un'intera generazione di giovani. Un commissario Ue ha detto: l'Europa ha fiducia nell'Italia. Il rischio è che sia l'Italia a non averne nell'Europa! Speriamo in bene. In un poco di ragionevolezza. I panzer ci hanno già lasciato brutti ricordi!

► Segue da pagina 8

Entrando nel dettaglio il rapporto evidenzia come nel 2011 nei Paesi Ocse la spesa pubblica per la sanità è rimasta al palo rispetto all'anno precedente, mentre è cresciuta del 2,5% la spesa privata per assicurazioni e del 1,4% la spesa dei cittadini.

Ma dove stanno tagliando i Paesi? Il rapporto evidenzia come le riduzioni maggiori siano su: farmaci, prevenzione e salute pubblica. Inoltre il rapporto sottolinea come tra le misure di taglio maggiormente usate vi siano stati la riduzione dei letti ospedalieri, del personale e l'aumento dei ticket. Il working paper non analizza gli effetti a breve e a lungo termine relativi alla profondità e alla velocità dei tagli alla spesa pubblica sullo stato di salute e gli esiti della popolazione. Ma tuttavia, l'Ocse ricorda come la riduzione della spesa pubblica per la sanità in risposta ad un deterioramento fiscale giungono in un momento in cui la domanda di servizi sanitari tende a salire. Pertanto "può peggiorare la situazione non avendo aree di inefficienza bersaglio, e i tagli non appropriati possono introdurre nuove forme di inefficienza".

Inoltre è stato sottolineato che i tagli dovrebbero essere fatti quando "è chiaro che tale riduzione di bilancio non minaccia l'accesso della popolazione ai servizi necessari. Vi è una forte necessità di un approccio anticiclico alla spesa pubblica, al fine di mantenere la prestazione di servizi in un momento di crescente domanda, che a sua volta richiede politiche fiscali ed economiche responsabili durante i periodi di sviluppo economico".

## Titolo V

# I poteri sulla sanità spaccati in due. Ma il rischio di contenzioso tra Stato e Regioni resta

di Cesare Fassari

Alla vigilia della presentazione del ddl di riforma costituzionale le prime indiscrezioni indicavano che Renzi sembrava orientato a dare l'esclusiva della competenza legislativa sanitaria alle Regioni, fatti salvi i Lea e i principi generali. Alla fine non è andata così, ma quelle voci trovano però conferma nella lettura della prima bozza del testo di riforma che Palazzo Chigi ha pubblicato a fianco del testo definitivo approvato il 31 marzo scorso. Anzi. La lettura della bozza, e in particolare dell'art. 117, presenta una scelta originaria ancor più regionalista di quella da noi ipotizzata. Secondo quanto previsto nella prima stesura del ddl, infatti, allo Stato sarebbero rimasti solo i Lea - lettera m) dell'art. 117 - mentre anche la garanzia della competenza statale sui principi generali in materia di salute veniva meno. C'era sì la cosiddetta "clausola di salvaguardia" che prevedeva (e prevede anche nel testo finale) che la legge dello Stato possa intervenire in materie o funzioni non riservate alla legislazione esclusiva dello Stato, "quando ricorrono esigenze di tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica o di realizzazione di riforme economico-sociali di interesse nazionale", ma nella sostanza, come avevamo scritto, la materia "tutela della salute", nella prima bozza del ddl, passava in esclusiva alle Regioni. Nei quindici giorni passati dalla presentazione di quel testo a lunedì 31 marzo, quando il Governo ha varato il testo definitivo, qualcosa è cambiato e qualcosa deve essere successo. E infatti, con un comma aggiuntivo alla lettera m) dell'art. 117, (sempre quella che riguarda i Lea), il Governo ha deciso di avocare allo Stato la competenza esclusiva delle "norme generali per la tutela della salute", dando alle Regioni l'esclusività legislativa "solo" per l'organizzazione dei servizi sanitari, mantenendo in ogni caso la clausola di salvaguardia anche su quelle norme.

Un cambiamento di non poco conto, che divide nettamente le competenze in materia di sanità: allo Stato i Lea e le norme generali (un concetto molto vasto che teorica-

mente, come ci ha detto in un'intervista l'ex ministro e costituzionalista Renato Balduzzi, comprende una massa enorme di potenziali atti normativi in materia); mentre alle Regioni vanno in esclusiva gli ambiti organizzativi del servizio sanitario regionale. Sulla carta potrebbe sembrare una soluzione con una sua logica - lo Stato che finanzia mantiene le redini del gioco sul piano nazionale, mentre le Regioni che gestiscono diventano autonome sul come farlo - ma a ben vedere, se lo scopo primario della riforma renziana è quello di farla finita col contenzioso sulle competenze legislative derivante dalla concorrenzialità, con questa soluzione siamo molto dubbiosi che tale risultato sarà raggiunto.

Al contrario, il rischio che Regioni e Governo, ma anche il Parlamento, si ritrovino a litigare, quanto se non più di prima, sul "chi fa che cosa" in sanità è altissimo essendo molto labile il confine interpretativo tra "norma generale", e quindi teoricamente nazionale, e norma "organizzativa", teoricamente di sfera regionale.

## Istat in audizione sul Def. In Italia aumentano i poveri e cala la spesa dei cittadini per la sanità

"Le difficoltà economiche delle famiglie si sono tradotte, tra il 2007 e il 2012, in un peggioramento degli indicatori di povertà. In particolare, l'indicatore di povertà assoluta (una famiglia si definisce povera in senso assoluto quando ha una spesa inferiore a quella minima necessaria per acquisire i beni e servizi considerati essenziali), stabile fino al 2011, è cresciuto di 2,3 punti percentuali nel 2012. La quota di persone in famiglie assolutamente povere è passata dal 5,7 all'8%, per un totale di 4 milioni 814 mila persone. Si tratta di 1 milione 725 mila famiglie, il 6,8% del totale". Numeri illustrati dal presidente dell'Istat Antonio Golini, nel corso di un'audizione sul Def 2014 davanti alle commissioni riunite (V Commissione "Bilancio, tesoro e programmazione" della Camera dei Deputati e V Commissione "Programmazione economica, bilancio" del Senato della Repubblica). Ma nel corso del suo intervento il presidente Istat ha evidenziato anche come proprio a causa di un aumento della povertà gli italiani hanno tagliato alcune spese. Così si scopre che tra il 2007 e il 2012, è diminuita la spesa media mensile (in valori correnti) per abbigliamento e calzature (-23,3%), per mobili, elettrodomestici e servizi per la casa (-17,9%) e, soprattutto, per la sanità.

**"Donna Sapiens: la donna ieri e oggi"**

## A Spoleto il premio "Donna Sapiens" assegnato a due ginecologi

In occasione delle celebrazioni per la "Giornata Internazionale della Donna", il Comune di Spoleto, in collaborazione con l'associazione Fidapa Bpw Italy - sezione di Spoleto e l'associazione Donne contro la Guerra, ha organizzato, come evento a chiusura del programma, la cerimonia per la consegna del premio "Donna Sapiens: la donna ieri e oggi". Il premio è stato assegnato ad Anna Fagotti e Maurizio Silvestri, che da alcuni anni sta portando avanti una ricerca storica su Trotula de Ruggiero, ginecologa Longobarda vissuta nell'anno mille

L'evento si è svolto sabato 15 marzo alle ore 10 nella Sala dello Spagna del Palazzo Comunale. Il premio, giunto alla sua terza edizione, è stato assegnato per il 2014 a due ginecologi: la dottoressa Anna Fagotti dell'ospedale santa Maria di Terni ed il dottor Maurizio Silvestri dell'ospedale San Matteo degli infermi di Spoleto.

La motivazione che ha portato alla premiazione la dottoressa Fagotti è stata "l'encomiabile dedizione e competenza professionale che, arricchita da umanità e gentilezza mette al servizio delle sue pazienti" ma anche "per il brillante lavoro di ricerca ed elaborazio-

ne femminile nel campo della medicina e per il forte impegno quotidiano in difesa del diritto alla salute delle donne".

Il dottor Silvestri è stato premiato per la ricerca storica che sta portando avanti da alcuni anni su Trotula de Ruggiero. Questa ginecologa Longobarda, vissuta nell'anno mille e appartenente alla scuola medica salernitana, da quanto risulta dai trattati scritti dalla ginecologa giunti fino a noi (a lei è attribuito il trattato "De passionibus mulierum ante in et post partum" sulla cura delle malattie delle donne prima, durante e dopo il parto, stampato solo nel 1544 e consultabile anche pres-



so la biblioteca di Spoleto) e da quanto hanno scritto di lei i vari autori nel corso dei secoli, può essere considerata una femminista del Medioevo per come ha saputo essere attenta alle varie necessità delle donne in quel particolare periodo storico.

Prima della consegna del premio da parte della Presidente dell'Associazione Fidapa Bpw Italy, dottoressa Maria Raffaella Fioretti e della Presidente dell'associazione Donne contro la guerra dottoressa Marina Antonini, i due ginecologi hanno illustrato rispettivamente la propria attività per la medicina di genere e i risultati della ricerca storica.

# EFFIprev

2 mg Dienogest / 0.03 mg Etinilestradiolo



*EFFIprev* 1 x 21 cpr  
*EFFIprev* 3 x 21 cpr

**EFFIK**  
ITALIA S.p.A.



Bio-Oil® è l'olio dermatologico che aiuta a migliorare visibilmente cicatrici, smagliature e a uniformare il colorito della pelle in caso di discromie. Bio-Oil® è a base di oli naturali, vitamine e contiene l'innovativo ingrediente PurCellin Oil™. Per informazioni dettagliate sul prodotto e i risultati dei test clinici, visiti il sito [www.bio-oil.com](http://www.bio-oil.com) o contatti Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722. Bio-Oil® è il prodotto specializzato nel trattamento di cicatrici e smagliature **N° 1** in Italia\*. €11,95 (60 ml), €19,95 (125ml).