



Le raccomandazioni proposte dalla "Carta di Firenze"

# Età gestazionali estreme

#### ■ Cedap

L'analisi dei certificati di assistenza al parto: il terzo Rapporto sull'evento nascita in Italia

#### ■ Prevenzione oncologica

Screening del carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto. Le Raccomandazioni del ministero della Salute

#### ■ Donna e ambiente

I pericoli dell'inquinamento per la salute femminile. I temi del prossimo Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui

3  
2007

# MOLTE DONNE IN MENOPAUSA CHIRURGICA RIFERISCONO UN CALO DEL DESIDERIO SESSUALE\* ...

... UNA SU TRE LO VIVE CON DISAGIO

Un problema di  
testa o testosterone?

\* 46% delle donne tra i 50-70 anni.

Indagine condotta su 2467 donne, di cui 36% in terapia estrogenica, in Francia, Germania, Italia e Regno Unito.

Dennerstein L *et al.* Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med.* 2006; **3**:212-222.

**Procter & Gamble**  
PHARMACEUTICALS

## Editoriale

# Prevenzione, la cura migliore

Tanti i temi importanti in questo numero della nostra rivista. Senza avere la pretesa di elencarli tutti, mi sembra di poter rintracciare un filo conduttore che unisce molti dei contributi che pubblichiamo nelle pagine di attualità: la prevenzione, il lavoro che possiamo svolgere per aiutare le donne a mantenere e migliorare la loro salute. Gli articoli dedicati agli screening oncologici, alla campagna di vaccinazione contro il papilloma virus, all'impatto dell'ambiente sulla salute sono tutte occasioni per approfondire le nostre conoscenze e impegnarci ancora di più negli interventi di prevenzione, che rappresentano la migliore risposta alle crescenti aspettative della popolazione in termini di qualità e durata della vita. E, in fondo, anche il Rapporto sull'evento nascita, l'analisi dei Cedap, può essere letto in questa chiave: una fotografia dell'esistente che ci aiuti a migliorare il futuro, perché la nascita sia sempre più un momento sereno per le donne e i loro bambini.

Vorrei ricordare inoltre che la prevenzione riveste un ruolo centrale anche nelle finalità della nuova Associazione Ginecologi Territoriali (Agite), affiliata Aogoi.

Di particolare significato è poi il focus dedicato alle cure perinatali nelle età gestazionali estreme, un tema certamente difficile, delicato, ma che ci è sembrato importante e doveroso affrontare per fornire alle colleghe e ai colleghi un'occasione di riflessione e informazione aggiornata. A partire dalla cosiddetta "Carta di Firenze", un documento-proposta alla cui stesura ha partecipato anche la Sigo-Aogoi-Agui, condiviso da alcune importanti società scientifiche, da altre tuttora in discussione, e che attualmente è al vaglio del ministero della Salute e del Comitato nazionale di bioetica.

I "suggerimenti" assistenziali in esso contenuti rappresentano ad oggi un importante riferimento, una base su cui approntare linee guida nazionali, il più possibile condivise. L'obiettivo è costruire un percorso di garanzia per la madre e il neonato, che eviti i rischi di accanimento terapeutico e sperimentazione, suggerendo ai medici modelli di comportamento in situazioni così drammatiche come la nascita in età gestazionali precocissime.

Il dibattito su questi argomenti, i cui risvolti etici, umani, deontologici, medico-legali ed organizzativi sono così delicati e complessi, è tuttora aperto. La nostra associazione intende affrontarlo con umiltà e rispetto, invitando ad un confronto multidisciplinare, trasversale, scevro da pregiudizi e ideologie.

Crediamo che la forza di un'associazione come la nostra si misuri anche nella capacità di affrontare e non eludere i temi scottanti.



**Giovanni Monni**  
Presidente AOGOI

## Indice numero 3 - 2007



### Pagina 16

Aperta la nuova campagna Aogoi per le iscrizioni 2007

### Iscriviti!

Nella homepage del sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it) le modalità e la scheda di iscrizione



### Attualità

- 4 Cedap: uno strumento prezioso per ricalibrare le politiche della maternità**
- 6 Screening oncologici: un complesso investimento per la salute**  
a cura di Nives Cadoni
- 9 Vaccinazione anti-Hpv: Ginecologi all'ombra della campagna**  
di Carlo Maria Stigliano
- 10 La difesa dell'ambiente non è solo un problema della natura**  
di Lucia Conti
- 11 News Ue: pubblicità per gli "etici"? • Contraccezione di emergenza • X Rapporto Pit Salute • Cic - Collegio Italiano dei Chirurghi: il nuovo Direttivo • Agite: la nuova affiliata Aogoi per la promozione della ginecologia territoriale • Sanit 2007: la sanità in mostra**

### Professione

- 14 Nomine primari tra poteri forti e forti poteri dei Dg**  
di Claudio Crescini
- Addio anche al Tar!**  
di Carlo Simoncini
- 15 E se andassimo tutti a casa?**  
Il Corsivo di Carlo Sbiroli

### Focus On

- 18 L'assistenza perinatale nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane)**
- 20 Le raccomandazioni proposte dalla "Carta di Firenze"**
- 22 "Non tutto quello che può essere fatto deve essere fatto"**  
di Valeria Dubini
- 23 L'assistenza ai nati in età gestazionale bassa**  
di Nicola Natale
- I "miracoli della medicina", i "bambini del miracolo"**  
Intervista a Serenella Pignotti

### Professione

- 24 Management delle infezioni vaginali**  
di I. Chiacchio, A. Chiantera, G. Cammardella
- 25 Le Delibere dell'Aogoi**
- 26 Il disegno di legge "Turco" visto dalla Fesmed**  
di Carmine Gigli

### Rubriche

- 28 Lettere • L'ultimo saluto a Giorgio Pardi • 30 Congressi**

### READER SATISFACTION SURVEY

Rispondi a 13 domande per aiutarci a migliorare GynecoAogoi. Il questionario di gradimento è disponibile sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)

**G Y N E C O**  
AOGOI

NUMERO 3 - 2007  
ANNO XVIII

ORGANO UFFICIALE  
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI  
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

**Presidente**  
Giovanni Monni  
**Direttore Scientifico**  
Felice Repetti

#### Comitato Scientifico

Giovanni Brigato  
Antonio Chiantera  
Valeria Dubini  
Carlo Sbiroli

#### Direttore Responsabile

Eva Antoniotti  
**Coordinamento editoriale**  
Arianna Alberti  
email: [gynecoagoi@hcom.it](mailto:gynecoagoi@hcom.it)

#### Pubblicità

Publiem srl  
Centro Direzionale Colleoni  
Palazzo Perseo 10  
20041 Agrate (Milano)  
Tel. 039 6899791  
Fax 039 6899792

#### Editore

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

#### Progetto grafico

Giancarlo D'Orsi

#### Ufficio grafico

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

#### Stampa

Tecnostampa srl  
Via Le Brece, 60025 Loreto (Ancona)

#### Abbonamenti

Annuo: € 26 Prezzo singola copia: € 4  
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33  
Poste Italiane spa Sped. in abb. postale  
D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n.

46) Art. 1, comma 1, DCB Ancona  
Finito di stampare: maggio 2007  
Tiratura 9.000 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



Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

**NELLE PAGINE DI ATTUALITÀ CEDAP** Informazioni epidemiologiche e socio-demografiche su gravidanza, parto, puerperio | **SCREE-NING** Prevenire il carcinoma di mammella, utero e colon retto: le Raccomandazioni del ministero | **VACCINAZIONE ANTI-HPV**: il ruolo del ginecologo | **SALUTE E AMBIENTE** L'impatto dell'ambiente sulla salute delle donne. I temi del prossimo congresso nazionale Sigo 2007 | **NEWS** Contraccezione d'emergenza, Ue: pubblicità per gli etici, Farindustria: regole più severe per i congressi, Rapporto Pit Salute, Nasce AGITE - affiliata Aogoi, Collegio Italiano Chirurghi: Monni vicepresidente, Sanit 2007

## Cedap: il terzo Rapporto sull'evento nascita in Italia – Anno 2004

# Uno strumento prezioso per ricalibrare le politiche della maternità

L'analisi dei Certificati di assistenza al parto incrocia tutti i dati raccolti presso le partorienti: non solo informazioni cliniche, ma anche indicazioni sul background socio-culturale delle madri italiane, al fine di calibrare meglio le politiche sanitarie al femminile

**U**n ricco flusso di informazioni sul percorso nascita e sul neonato, che nel giro di qualche anno potrebbe costituire una base imprescindibile per la programmazione sanitaria al femminile. Il terzo "Rapporto sull'evento nascita in Italia" riferito all'anno 2004, elaborato dall'Ufficio di Direzione statistica della Direzione generale del sistema informativo del ministero della Salute, ribadisce quanto siano importanti strumenti come il Certificato di assistenza al parto (Cedap) o la Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo) per avere il polso non solo dei dati clinico-sanitari, ma anche socio-culturali relativi alle famiglie che entrano in contatto con il periodo della gravidanza. Appropriatelyzza delle cure ricevute, modalità del parto, dotazione strutturale dei centri nascita, background dei genitori: in questo modo si avvia una raccolta sistematica di dati imprescindibile per ricalibrare le politiche della maternità, tenendo in equilibrio sicurezza e consapevolezza, personalizzando al massimo grado possibile l'intervento clinico. L'integrazione tra i database Sdo e Cedap sta risultando quanto mai utile, poiché il primo consente di analizzare gli aspetti sanitari di gravidanza, parto e nato; il secondo li completa con informazioni socio-demografiche



della coppia, con note sulla storia riproduttiva materna e ulteriori informazioni sul bambino.

### I dati più significativi

Molte evidenze erano già note da tempo, come il record di tagli cesarei in Campania: il 59% sul totale dei parti. Altri risultati, invece, fotografano tendenze accentuate negli ultimi anni, come la crescita a dismisura del numero di ecografie per gravidanza. A livello nazionale ne sono state effettuate 4,5 per parto, con valori regionali variabili tra

3,9 della provincia autonoma di Trento e 6,4 della Liguria. Segno di un boom di medicalizzazione e di un sovrautilizzo di prestazioni diagnostiche durante i faticosi nove mesi. Utilissimi per gli studi di settore anche i dati relativi alla durata della gestazione: a livello nazionale, escludendo i valori non indicati o errati, la percentuale dei parti pre-termine è risultata pari al 6,6%, la componente dei parti fortemente pre-termine è pari all'1,2% mentre il 93,4% delle nascite avviene tra la 37esima e la 42esima settimana. Lo

studio del Ministero prende inoltre in analisi le prime 25 malformazioni di neonati per frequenza di casi: le più diffuse restano le anomalie del bulbo e del setto cardiaco (12,8%) e anomalie congenite degli organi genitali (12,3%). In totale, sono stati segnalati 2.969 casi di malformazioni. Dalla fonte Cedap si ha un tasso di natalità di 3,15 nati morti ogni mille nati. Solo per il 25,5% dei 1.415 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 63% dei casi il motivo della morte non

viene indicato e nel 12% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età. Dati incompleti soprattutto a causa del ritardo con cui è disponibile il referto dell'esame anatomico rispetto al termine di 10 giorni previsto per la compilazione del certificato di assistenza al parto.

### Monitoraggio e valutazione

L'utilità di questo strumento è sottolineata anche dal fatto che il Piano di azioni presentato dal ministro Turco considera una priorità un suo sensibile miglioramento, soprattutto in riferimento

al sistema di rilevazione attualmente in uso. La rilevazione 2004, con un totale di 527 punti nascita, presenta una migliore copertura rispetto agli anni precedenti, con un 29,1% di schede in più rispetto al 2002, nonostante le forti criticità in regioni come il Molise o la Calabria (dalle quali non è stato inviato nemmeno un modulo compilato); o come nella provincia autonoma di Bolzano, dove la rilevazione Cedap è stata avviata solo dal gennaio 2005. I

## Il neonato

I nati nel 2004 562.599 (registrazioni anagrafe) - 480.820 (schede Cedap)

### Peso alla nascita

1% < ai 1.500 g;  
5,7% tra i 1.500 e 2.500;  
87,2% tra i 2500 e 3999;  
6% > 4000 g.

Anche per il 2004, i nati a termine con peso < ai 2500 g sono il 2%.

Il basso peso alla nascita non risulta significativamente associato alla cittadinanza della madre.

**Apgar** il 99,3% riporta un punteggio da 7 a 10 a 5' dalla nascita

### Natimortalità

1.415 i nati morti (3,15 per mille)

**Malformazioni:** 2.969 i nati con malformazioni. La causa di malformazione è presente solo nel 25,5% dei casi di natimortalità e nel 60% di nati con malformazioni

Fonte: Cedap, dati 2004



Il fenomeno è più diffuso al centro-nord, dove quasi il 18% dei parti avviene da donne non italiane. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative sono quelle dell'Europa dell'Est (40%) e dell'Africa (26%). Per quanto riguarda l'età, i dati 2004 confermano per le donne italiane una percentuale di oltre il 50% dei parti nell'intervallo 30-39 anni, mentre per le altre aree geografiche di provenienza le madri hanno prevalentemente un'età compresa tra 20 e 29 anni. L'età media al primo figlio è per le italiane superiore ai 30 anni, con sensibili variazioni tra

nord e sud, mentre le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 26 anni. L'età media della madre è di 31,8 anni per le italiane mentre scende a 28,5 anni per le straniere. Quanto al livello di scolarizzazione, sembra aumentare all'aumentare dell'età del parto. In particolare, l'83% delle madri con meno di 20 anni hanno al massimo conseguito un diploma di licenza media inferiore. Dall'analisi della condizione professionale emerge che il 58,1% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 33,6% sono casalinghe e l'8,3 sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. Per quanto riguarda

le straniere che hanno partorito nel 2004, il 57,4% è casalinga a fronte del 60% delle italiane che hanno un'occupazione lavorativa. La frequenza di madri coniugate, poi, risulta pari al 83,4%, mentre il 14% sono nubili e solo il 2,4% separate o divorziate. Nello specifico, nella classe di età di 40 e più anni si nota una diminuzione della percentuale di madri coniugate ed un incremento della percentuale di madri nubili, separate o divorziate rispetto alle classi di età dai 20 ai 39 anni. Le madri con meno di 20 anni sono invece nubili nel 60% dei casi. L'analisi dei Cedap restituisce anche

## La madre

Età: oltre il 50% delle italiane partorisce tra i 30 e i 39 anni, mentre le madri non italiane hanno un'età compresa tra i 20 e i 29 anni. L'età media della madre è di 31,8 anni per le italiane, 28,5 per le straniere.

**Le mamme straniere** sono circa il 12,4%, al nord la percentuale più alta (quasi il 18%)

**Istruzione** il 44,6% ha una scolarità medio-alta, il 39,4% medio-bassa, il 16% è laureata. Tra le straniere prevale la scolarità medio-bassa, oltre il 54%.

**Occupazione** il 57,4% delle straniere è casalinga, a fronte del 60% delle italiane con occupazione lavorativa.

**Stato civile** le madri coniugate sono l'83,4% (quelle sotto i 20 anni sono solo il 39,5%), le nubili il 14% e il 2,6% le separate o divorziate.

**Aborti spontanei precedenti** l'80% non ne ha avuto nessuno, il 12,4% ne ha avuti 1 o 2 e lo 0,6% più di 2.

Fonte: Cedap, dati 2004

la specificità di un dato finora poco analizzato: la presenza in sala parto di una persona di fiducia della madre. Nel 91% dei casi la donna ha accanto a sé (sono esclusi i cesarei) il padre del bambino, nel 7,6% un familiare e nell'1,4% un'altra persona di fiducia. Per i professionisti sanitari, oltre all'ostetrica (96,28%), al momento del parto sono presenti: nel 91,94% dei casi l'ostetrico-ginecologo, nel 45,56% l'anestesista e nel 68,10% il pediatra/neonatologo.

### Le sfide della procreazione assistita

In controluce, inoltre, è possibile fare un punto anche sull'entità del ricorso a pratiche di procreazione medicalmente assistita (Pma): delle 474.893 schede pervenute, 5.738 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di Pma. La media parla di un rapporto di 1,2

dati, comunque, prendono forma e iniziano a costituire un prezioso bagaglio di informazioni per rendere più accurata l'analisi del sistema di domanda e offerta di salute. L'uso di queste risultanze per la valutazione dell'evoluzione del bisogno, espresso in relazione alle modificazioni delle caratteristiche delle madri e delle famiglie (età, cultura, nazionalità, religione etc.) imporrà conseguenti scelte organizzative da calibrare in modo da renderle sempre più aderenti alle richieste della nuova società multietnica che si va affermando. E difatti, uno degli aspetti che maggiormente balza all'occhio scorrendo il Rapporto riguarda l'alta percentuale di gravidanze di donne non italiane nel nostro Paese, con tutte le implicazioni culturali e assistenziali che ne derivano.

### Le caratteristiche delle madri

Dei 474.893 parti rilevati nel 2004, circa il 12,4% è relativo a madri di cittadinanza straniera.

## Il parto

**Luogo del parto:** oltre l'88% avviene negli ospedali pubblici; l'11,5% nelle Case di cura; lo 0,17 a domicilio

**Presenza in sala parto di professionisti sanitari ostetrico ginecologo nel 91,94% dei casi; anestesista nel 45,56%; pediatra/neonatologo nel 68,10%; di persone di fiducia (esclusi i**

cesarei): padre nel 91% dei casi, altro familiare nel 7,6%, persona di fiducia nel 1,4%

**Modalità del parto spontaneo nel 61% dei casi; cesareo nel 36,4% (anche nel 33,5% dei casi con presentazione di vertice). Oltre il 57% dei parti cesarei avviene nelle case di cura accreditate contro il 34% degli ospedali pubblici**  
**I parti vaginali dopo precedente**

cesareo sono il 18,6%, di cui: il 21,5% negli ospedali pubblici; il 4,6 e 3,6% rispettivamente nelle case di cura accreditate e non accreditate

**Parti e Pma 5.738 i parti con tecniche di Pma (l'1,2% delle gravidanze). Le tecniche: Fivet (29,8%); ICSI (16,5%); tratt. farmacologico (24,6%); GIFT (7,3%); IUI (12%); altro (9,7%)**

Fonte: Cedap, dati 2004

## COS'È IL CEDAP

■ L'attuale rilevazione dati del Certificato di assistenza al parto (Cedap), iniziata nel 2002 dopo l'entrata in vigore del decreto ministeriale n. 349 del 16 luglio 2001, rappresenta uno strumento omogeneo per la raccolta e la successiva elaborazione delle informazioni di base relative agli eventi di nascita, al fenomeno della nati-mortalità, ai nati con malformazioni, nonché alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori.

Questo strumento fornisce informazioni sia di carattere sanitario ed epidemiologico che socio-demografico molto importanti ai fini della sanità pubblica e della

statistica sanitaria e necessarie per la programmazione nazionale e regionale. Infatti, l'insieme dei Cedap delle nascite da donne residenti in definite aree territoriali permette di valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza e quanto tale assistenza abbia influito sugli aspetti essenziali della nascita stessa. Tuttavia, il modello standard (solo alcune realtà regionali hanno per ora prodotto modelli più completi) pur raccogliendo molte informazioni utili per valutazioni demografiche, considera solo alcune informazioni per valutare la qualità del servizio socio-sanitario impegnato nel percorso nascita. Affinché i Cedap possano essere efficacemente utilizzati come strumenti per la valutazione, occorre promuovere, di

concerto con le Regioni, un approfondimento critico, per suggerire proposte migliorative. Il miglioramento del sistema Cedap, contemplato nel Piano di azioni presentato l'8 marzo scorso a Napoli dal ministro Livia Turco, si propone che i Certificati di assistenza al parto, oltre che a descrivere la nascita, siano utilizzati anche per valutare quanto gli obiettivi di salute siano perseguiti, in relazione alle pratiche raccomandate e a quelle effettivamente svolte e quanto queste siano associate agli obiettivi di salute (ad esempio la partecipazione a corsi di accompagnamento alla nascita, il rooming in e la modalità di allattamento).

Altro punto fermo è che le informazioni del sistema Cedap

siano d'ora in avanti trasmesse all'Istituto Superiore di Sanità, affinché si promuova un sistema di sorveglianza attivo sulla nascita a partire dai Cedap rivisitati, basato sul ruolo attivo dei centri nascita, delle Asl e delle Regioni.

## Il modello Cedap

Lo schema di base del Cedap è composto da 5 sezioni in cui si richiedono, oltre alle informazioni generali riguardanti l'azienda ospedaliera e le generalità della madre, le seguenti:

■ informazioni socio-demografiche sui genitori (area geografica, età, titolo di studio, professione ecc)

■ informazioni specifiche sulla gravidanza (indagini diagnostiche, durata gestazione, procreazione medicalmente assistita ecc.)

■ informazioni sul parto e sul neonato (luogo del parto, modalità parto, presentazione del feto, persone che assistono alla gravidanza, sanitari e non, sesso e peso del neonato, punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita ecc.)

■ informazioni sulle cause di nati-mortalità

■ informazioni sulla presenza di malformazioni

L'intero documento è disponibile e scaricabile sul sito ufficiale del ministero della Salute, all'indirizzo [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_621\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_621_allegato.pdf)

/100: il 24,6% dei parti con trattamento farmacologico e il 12% con il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero riguarda il 30% dei casi di Pma, mentre la fecondazione in vitro

tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma riguarda il 16,5% dei casi. L'utilizzo delle varie metodiche è molto variabile dal punto di vista territoriale. Nelle gravidanze con Pma il ricorso al Tc è nel 2004 superiore rispetto agli altri casi. La per-

centuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze. Tra le straniere i parti con Pma scendono allo 0,96%, con frequenza elevata tra le latino-americane e le africane. **Y**

## Troppi cesarei e tante ecografie: parto sempre più "medicalizzato"

■ I nati rilevati dai Cedap, nell'arco del 2004, sono risultati 480.820, contro i 562.599 registrati dalle anagrafi comunali, cioè l'85% del totale dei nati.

Sono stati 527, invece, i punti nascita monitorati, 427 dei quali ubicati in strutture pubbliche: solo nel 14,7% dei casi, però, si fa riferimento a ospedali con oltre 600 posti letto.

Resta comunque la forte propensione delle donne italiane (l'88% sul totale) a partorire in strutture ospedaliere pubbliche, che nel 46,4% dei casi sono anche dotate di terapia intensiva neonatale. Una percentuale molto più bassa di parti (11,5%) avviene in Case di cura private, accreditate e non. Solo lo 0,2% presso il domicilio della puerpera.

Per quanto riguarda la dotazione di incubatrici, si hanno in media 2,32 incubatrici ogni dieci posti letto in reparti di ostetricia, 2,44 nei reparti pubblici, 1,39 in quel-

**Liguria, Sardegna, Marche e Umbria sono le regioni dove si effettuano più visite di controllo in gravidanza. Il maggior numero di ecografie in gravidanza, oltre le 3, si registra in Basilicata, Abruzzo, Sardegna, Liguria, Puglia e Umbria**

li privati accreditati e 1,82 in quelli privati non accreditati.

Sul fronte della gestione della gravidanza, poi, viene rilevato che nell'85% dei casi sono state effettuate oltre 4 visite di controllo. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardivamente. Per quanto concerne le ecografie, (il cui numero non sembra avere alcuna correlazione con il decorso della gravidanza) ne vengono effettuate in media 4,5. In generale, per il 72,4% del-

le gravidanze si registra un numero di ecografie superiore a 3. Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l'amiocentesi è quella più usata, seguita dall'esame dei villi coriali (nel 3,21% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nell'1,24%). In media, ogni 100 parti sono state effettuate più di 17 amniocentesi. L'utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale: nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 11% (ad eccezione della Sardegna) mentre i valori più alti si hanno in Valle d'Aosta (43,6%) e Toscana (30,6%). Il ricorso all'amiocentesi da parte delle donne con scolarità bassa è sensibilmente inferiore rispetto a quello delle donne con scolarità medio-alta appartenenti alla medesima classe di età. Quanto alle modalità del parto, confermando la tendenza degli anni precedenti, nel 2004 il 36,9% di essi è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

Un'elevata propensione all'uso del cesareo viene rilevato soprattutto nelle Case di cura private, con percentuali del 57,8% nelle accreditate e 74,2% nelle non accreditate, contro il 34% degli ospedali pubblici. Al centro-sud le percentuali di parti chirurgici superano in tutte le regioni il 40%, mentre al nord si arriva allo striminzito 19,6% della Val d'Aosta, quasi in linea con la raccomandazione dell'Oms che pone come soglia limite il 15%. Il cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: 38,2% nel caso delle prime; 27% nel caso delle seconde. Prendendo in esame i parti dopo un precedente taglio cesareo, si è registrata a livello nazionale una percentuale di parti vaginali pari al 18,6%. Nei punti nascita pubblici, circa il 21,5% dei parti con precedente cesareo avviene in modo spontaneo; nelle Case di cura private questa percentuale scende addirittura all'8,2%.

Per quanto concerne la presentazione del feto, la frequenza di presentazione di vertice è del 95,03%, quella podalica del 4,3%, e solo nello 0,75% dei casi si osserva un'altra presentazione (in particolare bregma e spalla). L'associazione della modalità del parto con la presentazione del feto evidenzia che nel 87,60% di parti cesarei il nato si presenta di vertice.

Fonte: Ministero Salute



### Visite di controllo effettuate per decorso della gravidanza

Visite di controllo in gravidanza	Decorso		Totale parti
	Fisiologico	Patologico	
nessuna	0,8%	0,8%	0,8%
<= 4	14,1%	18,4%	14,4%
oltre 4	85,0%	80,8%	84,8%

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario - CeDAP - 2004

### Ecografie effettuate per decorso della gravidanza

Decorso della gravidanza	Ecografie per gravidanza		
	2002	2003	2004
Fisiologica	4,66	4,54	4,61
Patologica	4,94	4,70	4,51
non indicato	0,94	0,68	0,49
<b>Totale</b>	<b>4,51</b>	<b>4,51</b>	<b>4,51</b>

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario - CeDAP

### Esami prenatali effettuati in gravidanza

	% Esami effettuati (*)			
	Villi Coriali	Amniocentesi	Fetoscopia Funicolocentesi	Totale parti
<b>Totale Anno 2004</b>	3,21	17,04	1,24	474.893
<b>Totale Anno 2003</b>	2,60	17,39	0,77	452.984

(\*) La percentuale è calcolata sul totale dei parti per i quali è stato indicato in modo corretto l'effettuazione o meno dell'esame

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario - CeDAP - 2004

## Screening oncologici a cura di Nives Cadoni

# Un complesso per la salute

Indicazioni concrete per i pianificatori regionali, i manager organizzatori degli screening, i professionisti della salute, che portano avanti i programmi di prevenzione. E per i cittadini, perché siano informati su cosa è utile per la loro salute

■ Il cancro coinvolge oltre 5 milioni di persone in tutta Italia, ogni anno: circa 32 mila donne si ammalano di tumore alla mammella, salgono a quasi 3.500 i nuovi casi di carcinoma della cervice e si registrano circa 1.100 morti per questo tipo di tumore, vengono diagnosticati circa 34 mila casi di ammalati di cancro al colon retto, che rappresenta la seconda causa di morte per tumore.

I dati sono impressionanti, ma le cose possono cambiare con i test di screening oncologici. Se uno dei principali obiettivi della medicina è diagnosticare una malattia il più precocemente possibile, in presenza dei primi sintomi, ma soprattutto in assenza di essi, è buona pratica medica garantire al paziente una diagnosi tempestiva. Per alcune malattie, in special modo quelle di carattere oncologico, questa rappresenta una vera e propria attività di prevenzione, in quanto non solo consente di individuare la malattia prima che si manifesti a livello clinico, aumentando così le possibilità di successo delle cure che diventano più tempestive e meno invasive, ma anche, come nel caso del Pap test e in parte dello screening coloretale, permette di diagnosticare, e quindi rimuovere preventivamente, eventuali lesioni pre-tumorali.

“Gli screening oncologici sono un complesso investimento per la salute” ha sottolineato Donato Greco, capo Dipartimento Prevenzione e Comunicazione del ministero della Salute nella prefazione alle Raccomandazioni, evidenziando come nello sfor-

zo che il nostro Paese sta compiendo per attuare gli screening in tutte le Regioni il primo punto di forza da riconoscere “è che ci muoviamo seguendo le indicazioni della scienza che può dirci se lo screening è efficace o meno. Non sempre, infatti, la diagnosi precoce porta ad un miglioramento dell'esito della malattia: in questi casi lo screening non è efficace e l'investimento non è giustificato sul piano etico ed economico. Attualmente la ricerca scientifica ha fornito prove sufficienti sull'efficacia di questi tre screening”.

È stato dimostrato che grazie allo screening di popolazione, che è un intervento più attivo rispetto all'incontro tra il medico e il suo assistito, si possono ottenere risultati più generalizzati. La maggior parte delle persone che si rivolgono al proprio medico per sottoporsi a un test di screening sono in genere quelle più consapevoli dell'importanza della diagnosi precoce nella prevenzione dei tumori: è quindi inevitabile che diversi gruppi di cittadini non ne traggano comunque beneficio. Grazie ai programmi organizzati di screening, invece, è possibile raggiungere virtualmente tutte le persone che, per caratteristiche di sesso e di età, rientrano nella fascia a rischio per un certo tipo di tumore, in quanto è l'azienda sanitaria a invitare direttamente questi cittadini a fare il test, che è del tutto gratuito, come del resto anche gli accertamenti diagnostici o trattamenti che si rendono eventualmente necessari. In Italia molte Regioni hanno quindi attivato (o stanno avvia-

# investimento



## Tumore alla mammella

È il più frequente fra le donne. Dagli anni '90 è aumentata l'incidenza ma è diminuita del 20% la mortalità. Lo screening mammografico riduce del 35% la probabilità di morire. Nel 2004-05 il 71% delle donne ha dichiarato di aver fatto la mammografia almeno una volta nella vita. Il ricorso alla mammografia in Italia è aumentato del 33%. Lo screening fra le 50-69enni vede un forte divario Nord-Sud

do) campagne di screening per la prevenzione secondaria di questi tre tumori che, secondo queste raccomandazioni del ministero della Salute, prevedono: mammografia ogni due anni per le donne tra 50 e 69 anni per lo screening del tumore della mammella; Pap test ogni tre anni per le donne tra 25 e 64 anni per lo screening del tumore del collo dell'utero; ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni per le donne e gli uomini tra i 50 e i 70 o 74 anni, oppure una rettoscopia per le donne e gli uomini tra 58 e 60 anni (da

## Tumore della cervice uterina

Negli ultimi venti anni la mortalità si è dimezzata. Sono 11,6 milioni le donne che hanno fatto un Pap test in assenza di disturbi o sintomi. Tra le 60-64enni il ricorso al Pap test è aumentato del 14,5% dal '94 al 2000. Dai 25 ai 29 anni ricorre al Pap test solo il 44,5%. Nel Nord-est il ricorso al Pap test è dell'85%, contro il 52% del Sud e Isole

ripetere eventualmente ogni 10 anni) per lo screening del tumore del colon retto. Per favorire l'adesione ai programmi di screening, i cittadini devono essere adeguatamente informati sulla possibilità e sull'importanza di sottoporsi a questi controlli. Parallelamente, è solo attraverso un diffuso miglioramento delle conoscenze e degli atteggiamenti della popolazione che i programmi di prevenzione possono riuscire a ottenere il massimo risultato. In questo scenario le raccomandazioni conferiscono un ruolo

strategico al medico di medicina generale, grazie al rapporto privilegiato e diretto con i propri assistiti, che si fidano e si affidano a lui per ricevere consigli e supporto per ogni decisione riguardante la propria salute, è colui che deve provvedere alla selezione della popolazione da invitare, all'informazione attiva (soprattutto di chi non aderisce all'invito) e al counselling per le persone risultate positive al test. E non è un caso che si sia cercata la massima operatività di questi soggetti nell'attuazione dei programmi di screening, sin dalle fasi iniziali della programmazione degli interventi, sia a livello internazionale attraverso il programma "Europa contro il cancro", che nazionale con la Legge 138 del 2004. Per raggiungere e mantenere standard di elevata qualità, e garantire quindi un'ampia partecipazione agli screening oncologici, i medici devono quindi ricevere una formazione adeguata in proposito. Risulta essere ancora oggi il tumore più frequente tra le donne e soprattutto negli anni Novanta l'incidenza è aumentata, tuttavia è diminuita la mortalità

## Le Raccomandazioni

Le "Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto", pubblicate dal ministero della Salute nel novembre scorso, sono state prodotte da tre gruppi di lavoro istituiti da decreti ministeriali nell'ambito dell'azione del ministero della Salute decisa dal Parlamento con la legge n. 138 del 2004, che impegna il Paese a colmare gli squilibri dell'offerta degli screening tra le diverse Regioni, oltre che da Governo e Regioni che d'intesa hanno dato vita al Piano nazionale della prevenzione 2005-07, cui sono vincolati fondi per 440 milioni di euro e che prevede, tra gli obiettivi generali, il potenziamento degli screening oncologici. Negli ultimi dieci anni, l'attivazione di programmi di screening è stata ampiamente sollecitata a livello internazionale e nazionale. Con una raccomandazione del 2003 il Consiglio dell'Unione europea invitava gli Stati membri ad attuare programmi di screening per queste tre neoplasie.

L'offerta di screening di provata efficacia (Pap test, mammografia, ricerca di sangue occulto nelle feci) alle persone sane è contemplata dal Psn 2003-05 e con la legge finanziaria 2001 sono stati esentati dal ticket la mammografia, ogni 2 anni per le donne tra i 45-69 anni, il Pap test, ogni 3 anni per le donne tra i 25-65 anni, e la colonscopia, ogni 5 anni per gli over 45 e per la popolazione a rischio.

Il documento di consenso, frutto del lavoro di tre commissioni composte da clinici e operatori di sanità pubblica, tra i maggiori esperti nel campo in Italia, "fornisce indicazioni concrete ai pianificatori regionali, ai manager che devono organizzare gli screening, ai professionisti della salute che portano avanti i programmi di screening. Infine dice ai cittadini che cosa è utile per la loro salute, in base allo stato attuale delle conoscenze".

Il testo integrale è disponibile sul sito: [www.osservatorionazionalecreening.it/ons/documentazione/raccomandazioni.htm](http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/documentazione/raccomandazioni.htm)

di circa il 20%. Un dato più che importante se si considera che a causa dell'invecchiamento generale della popolazione le donne che si ammalano sono sempre di più. La diminuzione della mortalità dipende sia dalle maggiori possibilità di cura, sia dal fatto che la malattia è diagnosticata più precocemente. Grazie all'anticipazione diagnostica, non solo si possono ridurre sia le probabilità di morire per questo tipo di tumore del 35% sia i tassi di malattia diagnosticata in stadio avanzato, ma si può decisamente migliorare la qualità di vita delle pazienti, favorendo la diffusione di tratta-

menti di tipo conservativo. Si tratta di un percorso, non una prestazione, si rivolge cioè a donne sane e prive di sintomi, a cui si deve garantire il percorso diagnostico necessario e il trattamento dei casi di tumore identificati mediante screening, ma anche i reinviati periodici a cadenza biennale alla restante popolazione sana.

Nel 2004-2005 il 71% delle donne che rientrano nella fascia d'età raccomandata per lo screening mammografico, cioè 50-69 anni (in totale 5 milioni e 143 mila), ha dichiarato di aver fatto la mammografia almeno una volta nella vita. È anche significativo considerare che negli ultimi anni in Italia il ricorso alla mammografia è aumentato del 33% in tutte le fasce di età in particolare modo tra i 65 e i 69 anni. Si sta valutando la possibilità di estendere i programmi di screening mammografico alla fascia di età compresa tra 70 e 74 anni, viste le maggiori aspettative di vita delle donne anziane e della crescente disponibilità di trattamenti efficaci. A questa età, infatti, la mammografia ha una migliore sensibilità e la durata della fase preclinica è maggiore, il che aumenta le possibilità di diagnosi anticipata. Tenuto conto che una donna di 70 anni ha un'aspettativa di vita di circa 15 anni e che i primi benefici dello screening si evidenziano dopo 4-5 anni, è opportuno che non interrompa i controlli mammografici. Resta invece come problema ancora aperto la valutazione del rapporto costo-benefici dello screening mammografico in età premenopausale. Si è così deciso che in via prioritaria debba essere garantita un'adeguata copertura della popolazione femminile dai 50 ai 69 anni, mediante programmi di screening organizzato con mammografia biennale e, in base alle risorse disponibili e a valutazioni di costi-benefici all'interno di ogni regione, si deciderà se estendere le fasce di età per lo screening mammografico oltre i 70 anni e al di sotto dei 50, (nella fascia di età tra i 45 e i 49 anni, la Legge finanziaria del 2001 garantisce l'esenzione dal pagamento e ciò dovrebbe favorire l'accesso spontaneo).

La frequenza per lo screening mammografico è biennale o triennale nelle donne al di sopra dei 50 anni, mentre per progetti pilota rivolti a donne nella fascia di età tra 45 e 49 anni, si dovrebbero adottare intervalli più brevi, 12-18 mesi.

È anche importante sottolineare il forte divario territoriale tra il Nord e il Sud nel ricorso allo screening tra le donne 50-69enni.

Ogni anno in Italia si registrano circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice e 1.100 decessi. Negli ultimi venti anni la mortalità per tumore dell'utero (corpo e collo) è diminuita di oltre il 50%, soprattutto per quanto riguarda il tumore della cervice uterina.

Grazie al Pap test è possibile

## Tumore al colon retto

**È al terzo posto per incidenza tra gli uomini, al secondo tra le donne. Dagli anni '80-90 è aumentata l'incidenza ma è leggermente diminuita la mortalità.**

**L'Italia, in linea con l'Europa, registra una sopravvivenza del 49% per gli uomini e del 51% per le donne.**

**Su 10 mila persone invitate a effettuare un Sof, ci si attendono 8,5 morti in meno nell'arco di 10 anni, se i 2/3 effettuano almeno un test.**

**Se tutti i soggetti tra i 55-60 anni effettuassero un'unica Rss si potrebbero prevenire il 70% dei tumori distali, nei 58-74enni, e il 50% nei 75-79enni**

identificare non solo le lesioni tumorali molto precoci, ma anche quelle preneoplastiche. Si tratta quindi di uno strumento in grado di ridurre sia la mortalità per carcinoma, favorendone la diagnosi in una fase in cui il trattamento può essere efficace, sia l'incidenza della neoplasia invasiva, attraverso il trattamento delle forme preneoplastiche. Ogni programma di screening cervicale dovrebbe prevedere l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne di età compresa tra 25 e 64 anni.

L'obiettivo di un programma di screening cervicale è di raggiungere almeno l'85% della popolazione bersaglio. Si è osservato che in Italia l'attività organizzata di screening citologico non è distribuita uniformemente sul territorio, ma è concentrata soprattutto al Centro e al Nord; secondo i dati relativi al 2004-2005, l'85% della popolazione del Nord-est ha fatto ricorso al Pap test, mentre nel Sud e nelle isole solo il 52%. È importante notare poi che al di fuori dei programmi organizzati di screening cervicale è presente una rilevante attività spontanea: si stima che ogni anno in Italia si eseguano circa 6 milioni di Pap test sia nelle strutture pubbliche (consultori, ambulatori, ospedali) sia nelle private convenzionate e non.

Dal 1994 al 1999-2000 il ricorso al Pap test è cresciuto del 14%, soprattutto tra le donne di 60-64 anni e anche se tra le più giovani (25-29 anni) il ricorso allo screening si aggira intorno al 44,5%, dagli studi relativi al 2004-2005, 11,6 milioni di donne, cioè il 71% della popolazione di 25-64 anni, hanno dichiarato di aver fatto un Pap test almeno una volta nella vita in assenza di disturbi e sintomi. In realtà, la quota di donne che esegue il test regolarmente è ben più limitata. Inoltre, questo gruppo ne fa spesso un uso eccessivo, a volte viene eseguito annualmente o anche con maggiore frequenza. Esiste poi una fetta consistente della popolazione femminile che non lo ha mai eseguito o che lo esegue in modo irregolare ed è proprio su questa fascia di popolazione che si deve concentrare un programma di screening attivo. Per attivare su tutto il territorio nazionale programmi di screening del carcinoma della cervice di alta qualità, completando il processo attualmente in atto, occorre innanzitutto verificare l'esistenza di personale e strutture e promuovere le condizioni di fattibilità, efficienza e qualità, secondo le conoscenze disponibili.

Ogni programma di screening va sottoposto a un rigoroso controllo di qualità che assicuri, tra

l'altro, che il carico annuo di lavoro di un citologo dedicato allo screening non superi i 7.500 Pap test, che ogni laboratorio ne esamini almeno 15 mila e che il referto venga consegnato non oltre le 6 settimane dall'esecuzione del test. Le donne risultate positive devono essere indirizzate ad accertamenti diagnostici di secondo livello, i cui risultati vanno inviati per iscritto entro tre mesi dall'esecuzione del test e devono poi essere loro garantiti counselling e supporto psicologico.

Sono numerosi gli studi che hanno dimostrato il ruolo cruciale del Papillomavirus umano nella cancerogenesi cervicale, soprattutto di alcuni tipi definiti per questo "ad alto rischio" (Hr-Hpv). Di fatto quasi tutti i tumori cervicali contengono Dna di Hpv. Il tumore al collo dell'utero, causato dal Papillomavirus (Hpv), uccide ogni anno in Italia oltre 1.700 donne cinque ogni giorno, e i nuovi casi sono oltre 3.500, ovvero dieci ogni giorno ed è la seconda causa di morte in Europa, per cancro, tra le giovani di 15-44 anni, dopo il tumore del seno. La regione che fa registrare più casi è la Lombardia, seguita da Campania, Lazio e Sicilia. Ancora scarsa, secondo dati recenti, risulta la prevenzione: le italiane conoscono il Papillomavirus e ne hanno paura. Eppure le ragazze tra 25 e 29 anni, non si sottopongono

al Pap test con regolarità, soprattutto al Sud, dove lo esegue solo una donna su due. Più attente le donne tra 45 e 54 anni, in particolare nel Nord-est. E ancora: secondo un recente sondaggio, una giovane tra 26 e 28 anni su quattro non è mai andata dal ginecologo.

Recentemente sono stati sviluppati due vaccini efficaci e sicuri contro i due ceppi di Hpv a maggior rischio oncogeno (16 e 18): finora si sono dimostrati efficaci e privi di effetti collaterali. Dal 28 marzo scorso è nelle farma-

cidanza è aumentata tra la metà degli anni Ottanta e gli anni Novanta, seguita da una lieve riduzione della mortalità. In termini di sopravvivenza, l'Italia è in linea con la media europea: 49% per gli uomini e 51% per le donne. Lo screening dei carcinomi colorettali (Ccr) mira a identificare precocemente le forme tumorali invasive, ma anche a individuare e rimuovere possibili precursori. Oggi, i metodi scelti come test di screening di primo livello del Ccr sono la ricerca del sangue occulto nelle feci (Sof), da eseguire ogni due anni, e la rettoscopia (Rss), da ripetere eventualmente ogni 10 anni.

Per quanto riguarda la fascia di età che dovrebbe essere oggetto dello screening, dato che l'incidenza del Ccr aumenta in maniera significativa a partire dai



cie italiane il vaccino che, efficace contro l'Hpv, mette al sicuro da tale forma di cancro, un successo della ricerca italiana, essendo stato sperimentato in cinque centri del nostro paese (a Brescia, in due centri di Roma, a Napoli e Palermo). Risultato efficace nel 110% dei casi negli studi clinici, è disponibile in 26 paesi in Europa e in 55 in tutto il mondo. L'indicazione alla vaccinazione è per le donne dai 9 ai 26 anni e va somministrato in tre dosi entro sei mesi. L'Italia è primo paese nella Ue a concedere la vaccinazione gratuita alla fascia delle ragazze dodicenni, un target primario stabilito in quanto il vaccino risulta più efficace per le bambine che non hanno ancora avuto rapporti sessuali e quindi non sono entrate in contatto con il Papillomavirus.

Anche se non si conosce la durata della protezione, è prevedibile che nel prossimo futuro questi vaccini contribuiranno notevolmente alla prevenzione del cancro della cervice uterina. Pertanto, dovrà persistere un programma di prevenzione secondaria efficace e capillare, e l'offerta della vaccinazione alla popolazione non potrà presumibilmente sostituire l'esigenza di un'adeguata offerta del test di screening.

In Italia i tumori del colon retto sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini, al secondo tra le donne. In entrambi i sessi, l'in-

cidanza è aumentata tra la metà degli anni Ottanta e gli anni Novanta, seguita da una lieve riduzione della mortalità. In termini di sopravvivenza, l'Italia è in linea con la media europea: 49% per gli uomini e 51% per le donne. Lo screening dei carcinomi colorettali (Ccr) mira a identificare precocemente le forme tumorali invasive, ma anche a individuare e rimuovere possibili precursori. Oggi, i metodi scelti come test di screening di primo livello del Ccr sono la ricerca del sangue occulto nelle feci (Sof), da eseguire ogni due anni, e la rettoscopia (Rss), da ripetere eventualmente ogni 10 anni. Per quanto riguarda la fascia di età che dovrebbe essere oggetto dello screening, dato che l'incidenza del Ccr aumenta in maniera significativa a partire dai 50 anni, la maggior parte delle raccomandazioni esistenti indicano questa come età di inizio dello screening. Non esistono invece evidenze dirette per quanto riguarda l'età in cui cessare lo screening, bisognerebbe considerare numerosi fattori, tra cui l'aspettativa di vita, la minore tollerabilità di soggetti più anziani a eventuali procedure diagnostiche invasive, la storia naturale dei precursori adenomatosi (che impiegano in media 10 anni a percorrere le tappe della trasformazione maligna) e, infine, le risorse stanziate per il programma di screening. Nella maggior parte delle esperienze italiane e internazionali, lo screening è proposto a soggetti di età compresa tra i 50 e i 70 o 74 anni. Su 10 mila persone invitate a effettuare la ricerca del sangue occulto delle feci (Sof) nell'ambito di un programma di screening, ci si attendono 8,5 morti da Ccr in meno nell'arco di 10 anni, se i due terzi effettuano almeno un test. Inoltre, dato che gli attuali programmi di screening utilizzano test più affidabili, si può ragionevolmente presumere che questo effetto positivo sia ancora più alto. Alcuni studi hanno stimato che se tutte le persone tra i 55 e i 60 anni effettuassero un'unica Rss si potrebbero prevenire il 70% dei tumori distali in soggetti di 58-74 anni e il 50% in persone di 75-79 anni.

Non ci sono dati definitivi sulla durata dell'effetto protettivo di una singola Rss: per il momento si raccomanda di eseguirne una tra 58 e 60 anni, in entrambi i sessi.

La colonscopia totale (Ct), l'indagine più accurata per individuare adenomi e Ccr, non è un test di screening primario, ma è considerato: un esame diagnostico di secondo livello nei soggetti risultati positivi al test di primo livello, un esame per la diagnosi precoce del Ccr nell'ambito del rapporto individuale paziente-medico, una procedura diagnostica nella sorveglianza dei soggetti ad alto rischio. L'uso della Ct come test di primo livello, invece, va riservato solo ad ambiti valutativi e studi pilota. Sono in corso diversi studi per mettere a punto nuove strategie diagnostiche, come la ricerca di marcatori molecolari (in particolare Dna) nelle feci e la colonscopia virtuale.

Lo scorso 16 aprile ha avuto inizio la Campagna per la prevenzione del cancro del colon-retto, che consentirà di effettuare gratuitamente il test per la prevenzione di questo tipo di tumore. In caso di positività al test, verrà assicurato un approfondimento diagnostico e terapeutico da parte delle strutture sanitarie pubbliche che saranno tempestivamente indicate agli interessati. Nonostante i buoni risultati raggiunti, oggi la popolazione italiana, per quanto consapevole dell'importanza di fare prevenzione, non partecipa nella misura sperata ai programmi di screening per il cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto. Disinformazione, assenza di interesse per ragioni scaramantiche o per paura, poco tempo da dedicare a se stessi sono alcuni dei tanti motivi per cui la prevenzione è ancora oggi scarsa. Per promuovere una cultura della prevenzione il ministero della Salute, in collaborazione con la Lega italiana lotta ai tumori (Lilt), l'Osservatorio nazionale screening ha avviato una campagna Tv e stampa di sensibilizzazione allo screening di questi tre tipi di cancro, che ha come slogan "Si scrive screening, si legge prevenzione dei tumori", prediligendo un tono sereno e positivo, un linguaggio semplice e familiare, un messaggio chiaro e facilmente comprensibile. Obiettivo strategico è la formazione di una cultura della prevenzione, attualmente l'unica vera arma in grado di ridurre drasticamente le vittime del cancro. Y

Per info sugli screening:

- [www.osservatorionazionalecancer.it/](http://www.osservatorionazionalecancer.it/)
- [numeroverde@sanita.it](mailto:numeroverde@sanita.it), Numero verde 800.424242 per gli screening (rispondono medici ed esperti del Ministero della salute)
- [www.lilt.it](http://www.lilt.it)

**Vedi Ultimora a pag. 25**  
**9 azioni per migliorare la vita delle donne:** il documento-proposta della Commissione Igiene del Senato per contrastare tumore al seno ed endometriosi

Sottovoce

Campagna di vaccinazione anti-papillomavirus di Carlo Maria Stigliano

# Ginecologi all'ombra della campagna

■ È stato da poco immesso in commercio un nuovo vaccino contro alcuni tipi di Papillomavirus (Hpv nell'acronimo in inglese): già da qualche tempo i ginecologi ricevono richieste di chiarimenti sia sull'utilità che sugli eventuali rischi di tale vaccinazione. In questa sede non vogliamo entrare nel merito delle valutazioni di natura tecnico-scientifica sul vaccino, ma semplicemente evidenziare alcune questioni collegate a questa importante iniziativa di prevenzione primaria

Sul ruolo dell'Hpv nel determinismo di lesioni a rischio per il cervico-carcinoma non sussistono ormai ragionevoli dubbi; e neppure sulla responsabilità dei sierotipi 16 e 18 nel causare la stragrande maggioranza dei casi di tumore del collo dell'utero. Qualche perplessità è invece insorta sull'opportunità che il nostro ministero della Salute, unico esempio al mondo, destinasse un'importante fetta di risorse finanziarie per una campagna di vaccinazione pubblica gratuita destinata alle ragazze nel corso del loro dodicesimo anno di età. In effetti le perplessità da taluni sollevate riguardano il fatto che in un momento di gravi difficoltà economiche per la sanità pubblica italiana un così cospicuo impegno cozza contro la necessità di istituire ticket sempre più onerosi sugli accertamenti specialistici, ciò che finisce per penalizzare proprio le fasce di popolazione normalmente meno coinvolte nella prevenzione in generale sia per ragioni economiche che di cultura.

Il nostro punto di vista è che, al di là di talune possibili speculazioni politiche (che non ci riguardano), la possibilità di incidere positivamente sulla drastica riduzione della malattia tumorale è comunque un "buon affare" per la sanità italiana: i costi sociali, familiari, individuali, sanitari, del cancro sono sempre una partita in rosso. Certo, l'impiego di maggiori risorse finanziarie per un ulteriore potenziamento dello screening per il cervico-carcinoma avrebbe potuto fornire innegabili miglioramenti nella individuazione delle lesioni precancerose, portando sempre più in alto la percentuale di donne che si sottopongono al Pap test, so-

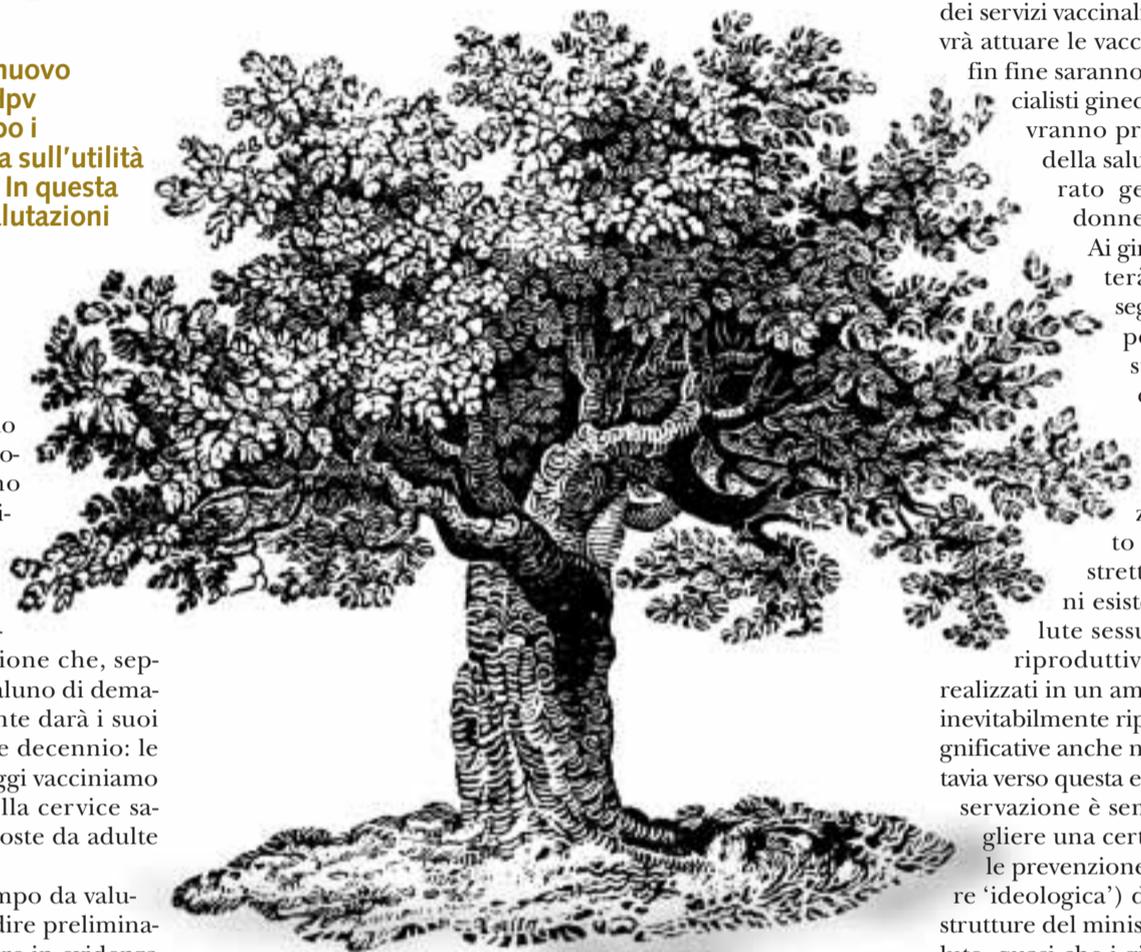
prattutto in quello zoccolo duro di popolazione meno sensibile agli inviti allo screening, particolarmente al Sud. Ma questo non può invalidare una decisione che, seppur tacciata da taluno di demagogia, sicuramente darà i suoi frutti tra qualche decennio: le dodicenni che oggi vacciniamo per il cancro della cervice saranno meno esposte da adulte alla malattia.

Sgombrato il campo da valutazioni per così dire preliminari, mi preme porre in evidenza alcuni spunti sui quali invitare i colleghi a riflettere ed eventualmente a discutere serenamente.

## Alcuni spunti su cui riflettere

Innanzitutto va chiarito che il vaccino previene le lesioni causate da HPV 6 e 11, responsabili del 90% circa dei condilomi genitali, e dei tipi 16 e 18, cui vengono attribuiti circa il 70% dei carcinomi della cervice ma non ha effetto terapeutico; inoltre la persistenza di anticorpi è stata dimostrata per i 5 anni successivi alla vaccinazione, non essendo disponibili dati oltre tale periodo.

Anche per tali ragioni la vaccinazione non inficia la validità ed il ruolo della prevenzione attuata mediante lo screening: sia perché, come già detto, il vaccino riguarda le donne di domani (mentre quelle di 'oggi' devono seguitare ad affidarsi alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei precursori del cancro), sia perché lo screening resterà comunque uno strumento sicuro e affidabile ancora per molto tempo. Altre malattie, un tempo temutissime – si pensi ad



esempio al vaiolo – hanno necessitato di decenni di vaccinazioni in tutto il mondo prima di poterle considerare debellate o almeno sotto controllo.

Sorgono dunque alcuni quesiti legati all'imminente campagna di vaccinazione per l'Hpv. Quale accoglienza riceverà il vaccino? Come reagiranno i genitori delle ragazze "vaccinate ma non maggiorenti" di fronte alla necessità di confrontarsi con le problematiche legate alla sessualità delle loro acerbe figlie? E ancora: come ci si dovrà comportare con le altre ragazze fuori target per l'età (le tredicenni sono ormai escluse dalla campagna vaccinale) ma ancora (ancora?) immuni da ... contagio sessuale per l'Hpv? E come si accerterà tale condizione: mediante visita fiscale, ordinata dai genitori o addirittura dal giudice dei minori... nell'interesse della minore, appunto?

E quale impatto si registrerà nelle abitudini sessuali degli adolescenti e come si porranno i maschi, esclusi dalla prevenzione ma non immuni dal contagio, soprattutto per le manifestazioni condilomatose? Ci sarà

un rallentamento dei controlli mediante Pap test?

A ben vedere c'è molto da spiegare e da capire. Esiste in effetti il rischio di ingenerare soprattutto nelle ragazze un infondato senso di invulnerabilità e per conseguenza un abbassamento della guardia anche in rapporto alle altre malattie a trasmissione sessuale. Per questo riteniamo indispensabile che accanto all'organizzazione di una efficiente struttura vaccinale si predisponga un'adeguata opera di informazione corretta e scientificamente orientata nei confronti delle giovani generazioni; ma anche un efficace counselling verso i genitori di questi giovani che potrebbero essere disorientati da messaggi contraddittori se non addirittura errati.

## Il ruolo del ginecologo

Naturalmente toccherà innanzitutto ai medici (ma non solo ad essi) il compito di fornire risposte chiare e precise agli interrogativi che la popolazione andrà ponendo dinanzi al primo caso di vaccinazione verso una neoplasia che è anche una malattia sessualmente trasmessa:

occorrerà fugare dubbi, fornire indicazioni sugli stili di vita e sulle abitudini sessuali, aiutare a superare ingiustificate prevenzioni e timori che spesso si accompagnano alle vaccinazioni; bisognerà sorvegliare la salute dell'apparato genitale delle adolescenti nell'epoca nuova del vaccino contro il cervico-carcinoma.

Il ginecologo dovrà quindi prepararsi a questo compito che è tecnico e al tempo stesso di counselling; dovrà farlo perché se è pur vero che le ragazze da vaccinare sono ancora seguite dal pediatra, se è giusto che le famiglie si consultino con i medici di medicina generale, se è logico che il personale sanitario dei servizi vaccinali delle Asl dovrà attuare le vaccinazioni, alla fin fine saranno però gli specialisti ginecologi che dovranno prendersi cura della salute dell'apparato genitale delle donne di domani.

Ai ginecologi spetterà l'onere di seguire nel tempo la vita sessuale e le sue conseguenze nella coppia, anche in considerazione del fatto che, viste le strette correlazioni esistenti tra la salute sessuale e quella riproduttiva, interventi

realizzati in un ambito inevitabilmente ripercussioni significative anche nell'altro. Tuttavia verso questa elementare osservazione è sembrato di cogliere una certa inspiegabile prevenzione (per così dire "ideologica") da parte delle strutture del ministero della Salute, quasi che i ginecologi potessero disturbare un quieto universo burocratizzato legato alla macchina organizzativa dei servizi vaccinali.

È parso - spero erroneamente - che il ruolo innegabile e fondamentale del ginecologo in questa partita fosse visto come un'intrusione in un ambito in cui burocrati, statistici, epidemiologi vivessero quasi con fastidio la presenza dei medici delle donne, forse nel timore di dover condividere un compito che considerano ahimè astratto dalla realtà clinica con la quale effettivamente sarà proprio il ginecologo a doversi confrontare nel presente e ancor più nel futuro.

Credo che l'Aogoi, anche in questo caso, dovrà farsi garante della preparazione e dell'aggiornamento dei ginecologi italiani per non doversi trovare domani impreparati rispetto ai nuovi compiti ma dovrà anche rappresentare adeguatamente il nostro ruolo per evitare che inaccettabili pregiudizi settari portino come conseguenza a scelte di politica e organizzazione sanitaria inadeguate rispetto ai bisogni delle donne e dei cittadini in generale. **Y**

Salute e ambiente di Lucia Conti

# La difesa dell'ambiente non è solo un problema della natura

Ognuno di noi è quotidianamente a contatto con sostanze chimiche e agenti tossici che giorno dopo giorno minacciano la salute, causando l'aumento di patologie cardiovascolari, tumorali e altre ancora. Un grave pericolo soprattutto per le donne e, durante la gravidanza, un rischio per la salute del bambino. Una tematica di grande attualità, che farà anche da filo conduttore al prossimo Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui 2007

L'inquinamento è cresciuto così tanto negli ultimi anni da diventare non solo un problema delle grandi città, ma anche delle campagne. E secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, con conseguenze molto serie sulla salute. In Italia oltre 8 mila morti l'anno, oltre 2.500 casi di infarto, 750 casi di cancro al polmone e 330 ictus sarebbero collegati all'esposizioni ad agenti inquinanti. Tante altre, però, le patologie e i disturbi legati ai fattori inquinanti, quali eritemi, bronchiti e asma. Le donne, peraltro, sembrano essere vittime di questi agenti ancora di più degli uomini. E in gravidanza questo significa anche maggiori rischi per il nascituro, come dimostrato lo scorso anno da un'indagine di Greenpeace.

Insomma, il problema dell'inquinamento e dei cambiamenti climatici non è solo la "paranoia" dei più accaniti ambientalisti. È una minaccia reale e presente. Per questo proprio l'impatto dell'ambiente, in tutte le sue sfaccettature, sarà il filo conduttore del Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui in programma a Napoli dal 14 al 17 ottobre prossimo. Ma l'ambiente non è solo quello della flora e della fauna, è anche quello sociale, del lavoro, della città in cui si risiede.

Tra i temi che saranno trattati nelle giornate di lavoro, quindi, vi sarà, ad esempio, quello delle patologie ginecologiche correlate all'esposizione degli inquinanti e agli agenti socio-ambientali, dell'interazione dei geni-ambiente nella fertilità e nella riproduzione, ma anche quello del benessere in una realtà multietnica e delle mutilazioni genitali in alcune culture, così come il delicato tema della violenza sulle donne e dei disturbi

alimentari, così largamente e drammaticamente diffusi.

## "Un grembo. Non un deposito chimico"

Alcune sostanze pericolose sono state trovate nel sangue di cinque donne in gravidanza che nel 2006, volontariamente, si sono sottoposte ad un'analisi per una campagna di Greenpeace contro l'inquinamento. "Un grembo. Non un deposito chimico" è stato lo slogan con cui le cinque mamme hanno fasciato i loro pancioni nel corso dell'indagine medica, che ha preso in esame in particolare tre gruppi di contaminanti ambientali: ftalati, ritardanti di fiamma e muschi artificiali.

Pericolosi composti chimici che, seppur nocivi alla salute, vengono impiegati quali additivi nei più comuni beni di consumo. Si tratta di sostanze persistenti, bioaccumulabili e tossiche che sono capaci di attraversare la placenta e sono state trovate anche nel sangue del cordone ombelicale e nel liquido amniotico, mettendo potenzialmente a rischio lo sviluppo del feto. In particolare, nei campioni di sangue delle cinque mamme volontarie sono state ritrovate 15 sostanze chimiche su 29 ricercate. Tra i ritardanti di fiamma – usati per impedire la diffusione di fiamma nelle plastiche, prodotti tessili ed elettronici – nella classe dei PBDE (difenileteri polibromurati) sono stati riscontrati nel complesso 6 composti su 11 ricer-

cati, e oltre a questi anche tracce di HBCD (esabromociclododecano).

Tra gli ftalati - impiegati come ammorbidenti di molti prodotti plastici – sono stati ritrovati 4 composti sui 9 ricercati. Infine, tra i muschi

artificiali – usati come additivi in prodotti cosmetici e per l'igiene – 4 composti sui 7 ricercati.

## L'inquinamento è nemico del cuore

Le donne che vivono o hanno vissuto in città inquinate hanno una probabilità più alta di sviluppare una malattia cardiovascolare. Nelle donne con più di 50 anni, per ogni incremento di 10 microgrammi per metro cubo di particelle sottili aumenta del 24% il rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare e del 75% quello di essere colpite da un evento cardiovascolare mortale.

A rilevarlo è un'indagine della University of Washington pubblicata sulle pagine del *New England Journal of Medicine*. I dati analizzati quelli raccolti dallo studio a lungo termine *Women Health Initiative*: in tutto più di 65 mila cartelle cliniche di donne tra i 50 e i 75 anni di età che non avevano alcuna malattia cardiaca al momento dell'arruolamento ma che, indipendentemente da altri fattori di rischio cardiovascolare, hanno dimostrato un maggior tasso di decessi e complicanze per malattie cardiovascolari se esposte a più alti livelli di polveri sottili.

## Aumenta l'industrializzazione, aumentano i tumori

La correlazione tra rilascio di sostanze inquinanti e crescita di forme patologiche tumorali, non è stata ancora definitivamente accertata. Nonostante ciò, esistono diversi studi che dimostrano la correlazione tra alcuni tipi di neoplasie e l'inquinamento da composti utilizzati nelle aree industriali, che hanno non solo proprietà cancerogene ma che sono anche

## ISDE: medici in prima linea per difendere l'ambiente

"Per l'ambiente gli uomini sono responsabili, i medici due volte" I medici scendono in campo contro l'inquinamento e annunciano l'intenzione di aprire dei tavoli di lavoro con tutte le categorie e le istituzioni che possono contribuire, ciascuna per la sua area di competenza, alla difesa dell'ambiente e della salute. Per sensibilizzare l'opinione pubblica su questi temi, la Fnomceo e Isde Italia (Associazione italiana di medici per l'ambiente) hanno siglato lo scorso 15 marzo un documento congiunto con cui intendono coinvolgere la classe medica in un programma di sensibilizzazione, riaffermando il ruolo attivo della categoria nella tutela e nel controllo dell'ambiente e dell'inquinamento atmosferico, per il diritto individuale e collettivo alla salute.

"Noi medici – ha affermato il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco – siamo i primi testimoni delle evidenti ricadute che il danno ambientale provoca sulla salute dei nostri pazienti". L'impegno prevede la sottoscrizione di un documento, oggetto di una capillare diffusione, rivolto in modo particolare al mondo politico, affinché vengano prese in esame le strategie per ridurre l'inquinamento atmosferico attraverso la riduzione della domanda di mobilità, la riduzione delle emissioni nell'atmosfera e la rimodulazione dei modelli di vita mediante il lancio di campagne informative e promozionali.



in grado di alterare il sistema immunitario e quello endocrino. Anche in Italia, come nel resto del mondo, si inizia ad ipotizzare che composti quali pesticidi, erbicidi e diossine possano spingere almeno parte dell'incremento di alcune forme neoplastiche e, in particolare, malattie come il carcinoma mammario, il sarcoma del connettivo e dei tessuti molli, i linfomi non-Hodgkin.

Infatti, se è vero che la mortalità per carcinoma mammario ha registrato un aumento consistente in particolare fino al 1986 un po' in tutto il mondo, i tassi di incidenza e mortalità variano notevolmente da Paese a Paese, evidenziando livelli più alti nelle regioni più industrializzate, come Nord Europa, Nord America, Australia e Nuova Zelanda. I più bassi si ritrovano in Asia, America Latina ed Africa.

### L'inquinamento ambientale riduce la fertilità degli italiani

Non solo l'età, ma anche l'am-

biente in cui si vive rappresenta un fattore determinante sulla fertilità sia femminile che maschile. Certo, quando si parla di ambiente di vita dobbiamo considerare anche tutto ciò che deriva dal cambiamento socio-economico, antropologico e culturale verificatosi nella nostra Paese, ma anche come questo abbia comportato un prolungamento dell'esposizione dell'uomo agli agenti tossici, all'inquinamento ambientale e alimentare, alle radiazioni ionizzanti, ai campi elettromagnetici.

Una realtà da tenere bene in considerazione. Nell'ultimo ventennio l'età delle mamme è salita notevolmente e, si sa, la fertilità diminuisce con il passare degli anni. Se a questo si uniscono tutti i fattori ambientali e inquinanti che incidono negativamente sulla riproduzione, il desiderio di una coppia di diventare genitori sarà destinato a diventare sempre più un sogno di difficile realizzazione. **Y**



## I link consigliati

Commissione europea, direzione generale Ambiente  
[http://ec.europa.eu/environment/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/environment/index_en.htm)

The Health and Environment Alliance (Heal)

<http://www.env-health.org/r/27>

Epicentro Cnesps-Iss

<http://www.epicentro.iss.it/temi/ambiente/ambiente.asp>

L'Associazione italiana medici per l'Ambiente (Isde)

<http://www.isde.it/>

## Donne in sciopero della fame contro la Centrale a carbone

Dal 29 marzo scorso un gruppo di manifestanti del Movimento "No Coke" dell'alto litorale laziale è entrato in sciopero della fame per protestare contro la riconversione a carbone della centrale di Civitavecchia. Tra loro anche alcune donne. Sono insegnanti e impiegate, oltre che madri di famiglia, che insieme allo sciopero continueranno a portare avanti i loro impegni familiari e lavorativi; ma che come madri e come educatrici sentono il dovere di fare il possibile per tutelare la salute dei giovani.

Sono ormai alcuni mesi che i gruppi "No Coke" degli otto Comuni laziali (Allumiere, Cerveteri, Civitavecchia, Ladispoli, Montalto di Castro, Santa Marinella, Tarquinia e Tolfa) stanno portando avanti azioni di protesta per fermare la riconversione. Ma qualche cosa sembra muoversi. Lo scorso 13 maggio i manifestanti si sono riuniti sotto il ministero della Salute e hanno ottenuto un incontro con il ministro Livia Turco e il sottosegretario Gian Paolo Patta, che hanno annunciato l'avvio di una verifica dell'impatto della Centrale sulla salute della popolazione di quel territorio.

Nel frattempo, lo sciopero della fame va avanti: "Non possiamo demandare ad altri la nostra salute e quella dei nostri figli - hanno affermato le donne in un comunicato stampa - e non possiamo precludere loro un futuro lavorativo, a causa di una colonizzazione energetica che, iniziata nel 1950, sembra non aver mai fine".

## La Commissione propone nella Ue pubblicità per gli etici

■ Se n'era parlato già nel 2004 ma l'ipotesi di introdurre anche in Europa - sulla scorta di quanto avviene negli Stati Uniti e in Nuova Zelanda, unici Paesi nei quali è ammessa la pubblicità dei farmaci da prescrizione - meccanismi di "informazione al pubblico" sui medicinali etici, era stata decisamente respinta in sede comunitaria. Ora in casa Ue si torna a parlarne e a farlo è la Commissione che, a metà dello scorso mese di marzo, ha dato il via a una consultazione tra le varie componenti del settore farmaceutico, chiamandole a dire la loro sul documento messo a punto dalla stessa Commissione. Nella precedente occasione si era cercato di far approvare una sperimentazione relativa a tre specifiche patologie: Aids, asma e diabete. Oggi invece si pun-

ta all'approvazione di nove "principi chiave" - contenuti nel documento *Health related information to patients* - al quale dovrebbero rifarsi le aziende nel



fornire ai pazienti informazioni sulle patologie e sulle terapie disponibili. Le "linee guida" europee sull'informazione prevedono così il rispetto dell'obiettività, chiamando a garantirla o uno Stato membro o la stessa Ue. Ma anche una particolare accuratezza delle informazioni - sempre basate su evidenze scientifiche - oltre al loro aggiornamento, garantendone inoltre la credibilità, la facilità di comprensione per il cittadino, l'accessibilità, la trasparenza, oltre alla loro rilevanza e alla compatibilità con le norme di settore. Nello stesso documento la Commissione ha anche inserito un "modello" di comunicazione riferito al diabete con alcune indicazioni sulla malattia e sulle possibili cure a disposizione dei cittadini dell'Unione europea. (M.R.)

## Regole severe per i congressi

■ Basta con i congressi e i convegni scientifici a cinque stelle. E più spazio ai giovani medici che spesso non hanno né la possibilità, né l'occasione per partecipare a importanti occasioni di aggiornamento professionale. La Giunta della Farmindustria ha approvato un documento nel quale sono riassunte le regole da seguire per l'organizzazione la promozione di congressi scientifici da parte delle aziende del farmaco. Stop ai programmi sociali, agli intrattenimenti e alle cene di gala: inoltre almeno il 10% degli invitati dalle aziende dovrà avere meno di 35 anni; lo stesso medico, inoltre, non potrà partecipare a più di due congressi all'anno. Queste regole varranno per tutti gli eventi, siano essi internazionali o nazionali e potranno essere ospitati da località turistiche soltanto fuori stagione, con limiti precisi di calendario per le località marine e per quelle di montagna. Le nuove regole, come ricorda lo stesso documento, "sono state adottate in via autonoma da Farmindustria ma è ferma l'intenzione di affrontare questa delicata tematica in un contesto di futura concertazione con le federazioni e le associazioni medico-scientifiche". Oltre che

con l'Agenzia del farmaco alla quale sarà chiesta la certificazione e la validazione degli eventi Ecm per gli operatori sanitari. (M.R.)

Il "Documento di riferimento per la certificazione delle procedure relative alle attività di informazione scientifica" è disponibile sul sito [www.farmindustria.it](http://www.farmindustria.it)

## Le reazioni del mondo medico all'iniziativa di Farmindustria per una maggiore trasparenza

I medici italiani hanno apprezzato lo sforzo di Farmindustria per una maggiore trasparenza sulle sponsorizzazioni dei congressi e dei convegni ma hanno anche chiesto regole a 360 gradi sui rapporti tra i professionisti e le aziende farmaceutiche. "Stiamo lavorando per definire la cornice più complessiva della questione" ha detto il presidente della Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo), Amedeo Bianco, dopo un incontro con i sindacati medici e la Federazione italiana delle società scientifiche (Fism) per la definizione di una posizione comune. Durante il confronto i rappresentanti delle

associazioni mediche hanno valutato il documento messo a punto da Farmindustria. "Conferma lo sforzo dell'industria del farmaco - ha spiegato ancora Bianco - nella ricerca di criteri, modalità e procedure che portino a una maggiore trasparenza sulla questione e, soprattutto, una maggiore qualità". I camici bianchi hanno ribadito che quello delle sponsorizzazioni di convegni e congressi, pur nella sua delicata importanza, è soltanto uno dei temi sul tavolo. Il documento degli industriali: "ci rafforza - ha aggiunto Bianco - nella determinazione di proseguire un percorso per la costruzione di una proposta che affronti, nella sua interezza, non solo il rapporto fra mondo medico e farmaco, ma anche quello più ampio che comprende i produttori di tecnologie, le istituzioni, gli enti regolatori, tenendo conto dei principi del mondo medico fondati sulla qualità, la trasparenza etica e deontologica, l'efficacia della ricerca sui farmaci e i presidi biomedicali".

di Ester Maragò

## Contracezione di emergenza: un dibattito ancora aperto

■ **Medici ed esperti di diritto si confrontano sul tema in un convegno organizzato a Napoli dalla Fimmg-continuità assistenziale**

Se la contraccezione ormonale o meccanica ha avuto un cammino impervio, quello della contraccezione di emergenza, meglio conosciuta come la "pillola del giorno dopo", sembra essere ancora più complesso, almeno in Italia.

Nel Bel Paese, infatti, il dibattito è particolarmente acceso a causa delle implicazioni etiche legate al suo utilizzo. Tant'è che per fare luce sulle problematiche legate ai casi di obiezione di coscienza, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici è intervenuta con una circolare ad hoc indicando la rotta da seguire.

Sul tema della contraccezione di emergenza si sono confrontati camici bianchi, il presidente della Fnomceo ed esperti di diritto nel corso di un Convegno nazionale organizzato a Napoli l'aprile scorso dai medici della Fimmg-Continuità assistenziale (ex guardia medica) chiamati spesso a rispondere alle richieste di prescrizione della "pillola

del giorno dopo".

La pillola combinata d'emergenza, basata sull'associazione estrogeno-progestinica secondo lo schema Yuzpe, successivamente sostituita dalla pillola contenente il solo levonorgestrel, è stata inserita dall'Oms nella lista dei farmaci essenziali, nel dicembre 1995. In Italia per la sua prescrizione è necessaria una ricetta non ripetibile, mentre in Belgio,

Francia e Gran Bretagna, ma anche in Marocco e Albania viene acquistata direttamente in farmacia "over the counter", ossia senza prescrizione medica. Secondo uno studio effettuato dall'Oms, il levonorgestrel non interrompe la gravidanza e quindi non può essere considerato abortivo in quanto impedisce l'ovulazione e non la fecondazione. Tuttavia nel nostro Paese, come

### Aborto farmacologico fai da te

La piaga degli aborti clandestini sembra non si sia sanata. Almeno a giudicare dal "boom" di segnalazioni che arrivano dal Veneto dove donne, quasi tutte giovani o immigrate, si recano in reparti di ginecologia e pronto soccorso in preda a forti emorragie dovute proprio ad aborti "fai da te". A segnalare il gravissimo problema è Donatella Poretti, deputata della Rosa nel pugno e segretaria della Commissione Affari sociali della Camera.

"È sicuro - ha affermato in una nota - che queste interruzioni

di gravidanza siano provocate da un farmaco utilizzato per problemi gastrici, venduto con regolare ricetta e che gode di una buona pubblicità anche su alcuni siti internet che ne spiegano l'utilizzo per fini abortivi". La vicenda, ricorda Poretti, è stata denunciata e il ministero della Salute e l'Aifa hanno risposto negando per il medicinale in questione la ricetta ripetibile: la farmacia è così obbligata a trattenere e conservare la prescrizione per sei mesi, consentendo all'apparenza il controllo della vendite. Si tratta, ha rimarcato la deputata, dell'ennesima "non soluzione per controllare un fenomeno che, sono sicura, non è diffuso solo in Veneto e mette a rischio

la salute di molte donne". Per Poretti, "questa situazione del Veneto è conseguenza di una quadrupla difficoltà: la legge sull'aborto che consente l'interruzione di gravidanza solo con certificato medico e nelle strutture pubbliche; la scarsa informazione delle donne immigrate e clandestine che non sanno di potere abortire senza pericolo rivolgendosi alle strutture pubbliche e senza rischio di essere espulse dal nostro Paese; l'inesistente pubblicità sulla 'pillola del giorno dopo' come anticoncezionale d'emergenza; l'accesso difficile a questa pillola, che in Italia può essere acquistata solo in farmacia e dietro presentazione di ricetta medica".

conosce come dovuta, diventa necessario trovare un punto di equilibrio.

L'indicazione della Fnomceo, ha spiegato il presidente Amedeo Bianco è che: "Il medico obietto di coscienza a cui è richiesta la prescrizione di questo farmaco non può limitarsi ad esprimere la propria obiezione, ma deve provvedere nell'ambito delle proprie responsabilità affinché il paziente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione".

Esiste però il rischio, come è stato evidenziato nel corso del convegno, che l'esercizio della clausola di coscienza, di fatto, crei disagi all'accesso ad un farmaco che per essere efficace deve essere assunto in tempi strettissimi. Basti pensare alle difficoltà che può avere un paziente, soprattutto se giovane e con scarsa possibilità di movimento, in un territorio montano con pochi consultori e molto distanti tra loro. Per ovviare a questa possibilità il Comitato di bioetica ha invitato le autorità e le istituzioni competenti a vigilare affinché non ci sia una restrizione della libertà e dei diritti degli utenti.

Eppure nonostante le indicazioni di legge non manchino, le difficoltà per gli utenti e le contrapposizioni tra professionisti sulla contraccezione di emergenza rimangono ancora in piedi. Ma c'è chi si sta attrezzando: la Asl Napoli 1 ha messo in campo un progetto per fornire linee guida ai medici e anche per migliorare il livello di informazione e consapevolezza delle donne indipendentemente dal livello socioculturale e dall'età. Per questo l'Azienda campana ha realizzato un opuscolo divulgativo per fornire maggiore informazione e responsabilità alla paziente nell'assunzione del farmaco e per creare un raccordo tra consultori, medici di medicina generale, di continuità assistenziale e ospedalieri. **Y**

## Tdm: in calo le segnalazioni di sospetta malpractice

■ **Ma per l'Amami le cause ai medici sono ormai un business milionario**

Diminuiscono nel 2006 i casi di sospetta malpractice, che rimane però regina di criticità della sanità italiana. È quanto emerso dal X Rapporto Pit Salute del Tdm, il Tribunale per i diritti del malato, (disponibile sul sito <http://www.cittadinanzattiva.it/content/view/889/447/>), secondo il quale le segnalazioni di sospetti errori nella pratica medica e diagnostica sono diminuiti del 5,7% rispetto al 2005, anche se un cittadino su cinque continua a rilevarli.

Il 56,1% delle denunce di errore è presentata da donne e in quasi 1 caso su 3, l'errore si verifica in ortopedia o oncologia, mentre "netti miglioramenti" si

registrano nell'area della chirurgia generale.

I casi di segnalazione di malpractice arrivano prevalentemente dalle strutture di ricovero ed anche dal pronto soccorso (più del 20%). Guidano la classifica delle aree specialistiche dove maggiormente si verificano errori presunti l'ortopedia (18,7%) e l'oncologia (13,6%). Seguono la ginecologia e l'ostetricia (8,8%) tallonate da chirurgia generale (8,5%) e pronto soccorso (5,7%). Negli ultimi otto anni i miglioramenti più marcati si sono registrati nel campo della chirurgia generale (-5,3%), la situazione peggiora invece in oncologia (+3,5%).

I dati relativi alla riduzione delle segnalazioni di errori sono stati accolti positivamente da Roberto Tersigni, Presidente della

Società italiana di chirurgia (Sic), che chiede l'istituzione di un Osservatorio regionale e nazionale per monitorare il contenimento medico-paziente e registrare errori presunti e denunce. "Ci auguriamo inoltre - ha aggiunto Tersigni - che i medici vittime di accuse infondate possano rivalersi del torto subito. E accogliamo con interesse la proposta avanzata dal Tdm di istituire un'unità di risk management per una valutazione degli errori che fornisca gli strumenti per evitare di ripetere errori già commessi".

In risposta al Rapporto del Tdm, l'Amami rilancia l'allarme del business milionario delle denunce ai medici e il pericolo di medicina difensiva. "Oggi fare causa ai medici specialisti è diventato un business - ha affermato il suo presidente Maurizio

Maggiorotti in un articolo sul *Corriere della Sera*. "Tutti hanno da guadagnarci e, sicuramente, ci guadagneranno: 2 avvocati, 2 consulenti tecnici, le compagnie di assicurazione, le associazioni cosiddette 'a tutela del cittadino', i media e forse anche il paziente, se vince la causa". "L'80% dei nostri chirurghi - prosegue Maggiorotti - ha ricevuto almeno una richiesta di risarcimento o un avviso di garanzia per presunta malpractice e i sanitari italiani trascorrono un terzo della loro vita lavorativa sotto processo, spendendo 2.500 euro all'anno. Anche se verrà riconosciuto innocente, dopo un lungo calvario giudiziario, il medico messo sotto accusa perde sempre, perché avrà subito danni morali incalcolabili". Secondo l'Aiom, l'Associazione italiana Oncologia medica, i costi

di questa "macchina" su base annuale, sarebbero pari all'1% del Pil, 10 mld di euro l'anno, e le denunce sarebbero aumentate del 184% in 10 anni (150 mila l'anno). "Senza contare che l'incremento dei procedimenti legali nei confronti dei sanitari ha fatto aumentare i prezzi della RC professionale per i chirurghi del 600%". Un contesto che, denuncia l'Amami, crea le condizioni per scelte terapeutiche dettate da cautela giudiziaria, con gravi ricadute economiche e assistenziali per la sovrapprescrizione di esami, farmaci e ricoveri. Basti un dato: 52 mila esami radiologici l'anno, uno per cittadino. "Eppure il nostro Paese vanta un Ssn riconosciuto tra i migliori del mondo. E la mortalità perinatale, negli ultimi 40 anni, è diminuita del 90%".

## Giovanni Monni eletto vice Presidente del Cic

Il Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic), che raggruppa 50 Società Scientifiche Italiane di Chirurgia, ha eletto il suo Consiglio Direttivo per il biennio 2007-2009:

### Collegio italiano dei chirurghi Consiglio direttivo

#### Presidente

Roberto Tersigni (S.I.C. Società Italiana di Chirurgia), Roma

#### Vice presidenti

Lanfranco del Sasso (S.I.O.T. Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia), Milano

Giovanni Monni (A.O.G.O.I. Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani), Cagliari

#### Consiglieri

Aurelio di Benedetto (S.I.C.P. Società Italiana di Chirurgia Pediatrica), Catania

Vincenzo Mirone (S.I.U. Società Italiana Urologia), Roma

#### Segretario generale

Franco Rendano (S.I.C.O.P. Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata), Napoli

#### Segretario tesoriere

Michele de Benedetto (S.I.O e CH CF Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico Facciale), Lecce

## Nasce Agite, Affiliata Aogoi

# Per promuovere il ruolo della ginecologia territoriale medica e preventiva

■ **La nuova Associazione Ginecologi Territoriali (Agite) avrà il compito di promuovere l'attività della Ginecologia territoriale in Italia, di garantirne l'immagine e rappresentarla presso le istituzioni scientifiche e amministrative**

**V**alorizzare e definire, in tutti i suoi aspetti peculiari, la professionalità del ginecologo territoriale, una figura che riveste un ruolo centrale negli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, fruibili attraverso il Servizio sanitario nazionale. È questo l'obiettivo della nuova associazione senza scopi di lucro, affiliata Aogoi, di recentissima costituzione (a breve verrà eletto il primo Consiglio di Presidenza), che tra le sue finalità ha indicato il coordinamento delle attività svolte dai ginecologi territoriali e dai ginecologi ospedalieri, mediante l'adozione di protocolli diagnostici e terapeutici unificati.

Agite, come indicato nel suo statuto, sosterrà "l'inserimento attivo e costante di tutti i ginecologi territoriali nella programmazione nazionale e regionale, in collaborazione paritetica con le altre associazioni che operano nel settore ostetrico-ginecologico e con le associazioni di medicina generale, nonché con tutte le strutture del Ssn".



Le attività di informazione e formazione, prioritarie per il conseguimento degli obiettivi che Agite si è posta (tra le sue finalità vi è la formazione permanente del ginecologo territoriale), prevedono la promozione e/o l'organizzazione di corsi, convegni ed eventi a fini didattici, divulgativi o di messa a punto di vari problemi diagnostico-terapeutici, tecnologici, gestionali, culturali e sociali, nonché la creazione di gruppi di lavoro dele-

gati allo studio o all'approfondimento di problematiche specifiche. Le attività di ricerca in campo ginecologico che l'Associazione si impegna a promuovere e coordinare verteranno principalmente su: pianificazione familiare, gravidanza, interruzione volontaria della gravidanza, compor-

tamento sessuale e comunicazione nella coppia, problemi di sterilità, menopausa, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile e della mammella, uroginecologia, diagnostica strumentale ostetrico-ginecologica ambulatoriale, gestione ambulatoriale della patologia osteetrica e ginecologica benigna. **Y**



di Stefano Simoni

## La Sanità si mette in mostra

■ **Quattro giorni di dibattiti, incontri e convegni, 10 mila metri quadrati espositivi. Istituzioni, aziende sanitarie e ospedaliere, associazioni e aziende private hanno dato vita ad un evento diventato punto di riferimento per la sanità italiana. Un luogo dove confrontare attività, risultati ottenuti e puntare lo sguardo verso progetti futuri**

**I**n quattro anni è divenuto uno degli eventi più importanti in Italia nel campo della Salute, stiamo parlando di "Sanit", mostra convegno internazionale di tecnologie, mezzi e servizi per la salute che si è svolta a Roma dal 18 al 21 aprile. Punto di incontro, confronto e riflessione tra gli operatori del settore, le istituzioni e il pubblico che quest'anno ha visto anche il coordinamento scientifico degli eventi Ecm curato dal ministero della Salute. Fin dalla sua prima edizione Sanit ha unito i convegni e gli incontri più tecnici diretti ad un pubblico di operatori del settore e di esperti, ad eventi più divul-

gativi e a dimostrazioni aperte al pubblico sempre più numerose che in questo modo ha avuto la possibilità di conoscere le "buone prassi", le iniziative per la tutela della salute, le innovazioni tecnologiche, la ricerca scientifica, le attività che ogni giorno svolgono migliaia di persone che operano nel settore.

L'obiettivo di Sanit è mettere in mostra la sanità che funziona, i risultati positivi, i successi raggiunti sia dalla sanità pubblica che da quella privata, dalle associazioni e dagli enti di ricerca. Senza voler ignorare le difficoltà che naturalmente ci sono, ma volendo valorizzare le buone noti-

zie di lavoro quotidiano di cui raramente i mezzi d'informazione danno notizia.

In questi quattro anni il Sanit è cresciuto, a dirlo sono i numeri relativi alla manifestazione: crescita del numero dei visitatori, degli espositori, dei convegni e degli eventi.

Sanit 2007 si è articolato in due parti: una dedicata alla convegnistica (34 il numero degli eventi, di cui 20 con crediti Ecm), ed una dedicata alla mostra, con decine di stand (curati da amministrazioni pubbliche, aziende private, associazioni, società scientifiche). Gli eventi sono stati quelli della grande fiera: gli ultimi brevetti del Cnr, incontri con scienziati e gli staff di ricerca, dimostrazioni di utilizzo dei mezzi di intervento rapido, barelle speciali per il trasporto di potenzialmente malati infettivi, test alimentari e di prevenzione. All'interno degli spazi d'incontro si è parlato,

tra l'altro, di nuove normative europee in tema di sicurezza alimentare, di salute del bambino, di emigrazione e tematiche relative alla salute, di trapianti.

Tra i molti convegni, rivolti sia agli operatori della sanità che al grande pubblico degli utenti dei servizi sanitari, è da segnalare l'evento dedicato alla salute femminile, organizzato dal ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria che ha ripercorso i temi affrontati in occasione della Giornata "Alla salute delle donne", tenutasi a Napoli il marzo scorso nell'ambito della manifestazione "Civiltà delle donne". Al centro dei vari interventi: l'analisi dell'evento nascita attraverso il certificato di assistenza al parto; l'assistenza ostetrica nel percorso nascita e l'umanizzazione del parto; la promozione dell'allattamento al seno; il taglio cesareo come criticità da superare; il controllo del dolore nel parto fisiologico ed epidurale; la salute riproduttiva negli adolescenti; gli screening oncologici; la salute

delle donne immigrate; l'endometriosi come malattia sociale; la prevenzione della sterilità di coppia; gli aspetti terapeutici della menopausa e dell'osteoporosi. Il dibattito, moderato da Maura Cossutta, consigliere del ministro della Salute, ha visto la partecipazione, tra gli altri, di Miriam Di Cesare (coordinatore settore statistico-informatico ministero della Salute), Alessandra Kustermann (Clinica Mangiagalli - Università di Milano), Gioia Rita Montanari (Centro di Prevenzione Oncologica Piemonte), Luciana Quattrocchi (Istat), Mbiye Diku (Commissione salute e immigrazione ministero della Salute), Maria Elisabetta Coccia (Dipartimento di Ginecologia dell'Università di Firenze), Carlo Flaminio (Ordinario di Ostetricia e Ginecologia all'Università di Bologna), Andrea Lenzi (Direttore Dipartimento Fisiologia Medica dell'Università di Roma "La Sapienza"), Salvatore Sciacchitano (Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica Università di Catania). **Y**

**Cassazione: le procedure per le nomine dei direttori di Uoc non sono da considerarsi "concorsi pubblici"**

## Nomine primariali tra poteri forti e forti poteri dei Dg

di **Claudio Crescini** | Segretario regionale Aogoi Lombardia

### IL PUNTO

È ormai da anni noto a tutti che le nomine a Direttore di Struttura Complessa negli ospedali italiani non seguono un criterio esclusivamente meritocratico-professionale, ma dipendono dalle raccomandazioni prevalentemente di ordine politico regionale. In Lombardia, ad esempio, le nomine sono influenzate, salvo rare eccezioni, all'appartenenza o vicinanza ai partiti che governano la Regione da circa 15 anni. Anche

altri fattori possono essere importanti, il rapporto di amicizia dai tempi degli studi universitari con il Direttore Generale (Dg), il rapporto di parentela, l'essere stato il medico curante suo o di parenti e via elencando. Naturalmente il peso politico del Dg è importante. Dove il Dg è debole politicamente, le influenze dei politici regionali sono determinanti nelle nomine primariali, dove il Dg è forte perché uomo di partito influente (ex deputato, o altro) la sua

autonomia è maggiore. Purtroppo questo metodo di selezione del personale dirigente del sistema sanitario pubblico non basato sulla meritocrazia porterà inevitabilmente ad una caduta della sua qualità. Il potere dittatoriale dei Dg aveva come unico punto debole la possibilità per i medici non raccomandati o con raccomandazione insufficiente di ricorrere al Tar contro una nomina ritenuta ingiusta. Sebbene si trattasse di un'arma molto debole perché generalmente

l'ambiente medico non ama i conflitti con l'autorità, anche questo strumento è stato abolito con una sentenza della Corte di Cassazione che trasforma i concorsi per dirigenti sanitari da concorsi pubblici ad assunzioni discrezionali da parte del Dg. Sostanzialmente è una rivalutazione a distanza di secoli di un personaggio come Caligola. È quindi interessante leggere l'articolo dell'avvocato Carlo Simoncini a commento di questa sentenza.

una sorta di "politica giudiziaria". Nel senso di soddisfare l'esigenza, attraverso un'interpretazione "forzata" della legge, di sgravare i tribunali amministrativi regionali da un carico di lavoro, in questa materia, ritenuto ancora eccessivo, malgrado lo sgravio avvenuto con la legge del 1998. Con questo orientamento giurisprudenziale (innovativo rispetto alla legge) è stata tolta ai tribunali amministrativi regionali anche la competenza in materia di concorsi pubblici per assunzione di dirigenti di struttura complessa.

La conclusione è che rimane preclusa ogni possibilità di ricorso in via giudiziaria contro questi tipi di provvedimenti dei direttori generali delle aziende ospedaliere. Infatti davanti al giudice del lavoro i criteri di giudizio sono completamente diversi. Sono equiparabili a quelli relativi alle assunzioni in qualunque impiego privato. In sostanza, è come se un ingegnere si lamentasse di non essere stato assunto alla Fiat (per esempio) e al suo posto fosse stato assunto un altro meno qualificato di lui.

Gli spazi per una contestazione in sede giudiziaria sono praticamente inesistenti. **Y**

Carlo Simoncini | Avvocato, Bergamo

## Addio anche al Tar!

■ **Le "nuove" procedure per le nomine dei dirigenti di Struttura complessa, secondo una recente pronuncia della Corte di Cassazione, non sono da considerarsi "concorsi pubblici". Si tratterebbe di assunzioni fatte per scelta discrezionale del direttore generale e non attraverso "procedure concorsuali".**

**Un orientamento che toglie ai Tar anche la competenza in materia di concorsi pubblici per l'assunzione di dirigenti di struttura complessa**

**P**otrà essere utile sapere che la giurisprudenza della Corte di Cassazione, con un recente indirizzo, ha introdotto importanti novità nel campo dei ricorsi giudiziari contro i provvedimenti dei direttori generali di aziende ospedaliere, che conferiscono incarichi di direzione di struttura complessa, cioè quelli che erano i primariati. Per meglio comprendere la novità, occorre fare un passo indietro e ricordare che, fino al 1998, tutta la materia relativa ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche (e quindi anche degli ospedali) era affidata alla competenza giurisdizionale del giudice amministrativo, cioè dei tribunali amministrativi regionali. Con l'art. 29 del decreto legislativo n. 80 del 1998 (poi confermato, per quanto qui interessa, dall'art. 63 del decreto legislativo n. 165 del 2001) questo sistema è stato radicalmente cambiato e la giurisdizione in

questa materia è stata tolta ai tribunali amministrativi regionali e assegnata al giudice ordinario, in funzione di giudice del lavoro. Lo scopo della riforma era (tra l'altro) quello di sollevare i tribunali amministrativi regionali da un carico di lavoro eccessivo, che essi non erano in grado di smaltire in tempi ragionevoli.

La nuova legge però - sia quella del 1998 sia quella del 2001 - escludeva dal trasferimento di competenze "le controversie in materia di procedure concorsuali per l'assunzione dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni". Quindi anche i ricorsi contro le nomine dei dirigenti nel campo della sanità pubblica restavano affidate alla giurisdizione dei tribunali amministrativi regionali, come prima. Il decreto legislativo n. 229 del 1999, occupandosi specificamente della dirigenza sanitaria, aveva confermato che "alla dirigenza sanitaria si accede me-

dante concorso pubblico per titoli ed esami". Poi aveva definito una particolare procedura per gli incarichi di direzione di struttura complessa. Quella che si applica tuttora e che prevede una commissione che selezioni l'idoneità dei candidati e poi la nomina da parte del direttore generale nell'ambito dei candidati ritenuti idonei. Nulla di nuovo, in sostanza, relativamente alla competenza giurisdizionale, che restava affidata ai tribunali amministrativi regionali, trattandosi pur sempre di una forma di concorso "per l'assunzione dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni". La Corte di Cassazione però, con un recente orientamento, l'ha intesa in un altro modo. Ha ritenuto infatti che queste nuove procedure per le nomine dei dirigenti di struttura complessa non siano da considerare "concorsi pubblici". Si tratterebbe invece di assunzioni fatte per scelta discrezionale del direttore generale e non attraverso "procedure concorsuali" (es. Cass. sez. unite, 31.03.2006, n. 7589). Ciò con buona pace dell'art. 97 co. 3 della Costituzione, secondo cui: "Agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso, salvo i casi stabiliti dalla legge". E con buona pace del fatto che queste procedure di conferimento dell'incarico hanno tutte le caratteristiche del concorso pubblico, quali la

emissione di un bando pubblico, la sua pubblicazione sulla gazzetta ufficiale, la nomina di una commissione per la selezione dei candidati, ecc. Inoltre la direzione di struttura complessa rientra pur sempre nel campo della "dirigenza sanitaria", per la quale lo stesso decreto legislativo n. 229 del 1999 impone l'accesso "mediante concorso pubblico per titoli ed esami". Se allora si deve trovare una logica in questo orientamento, si è portati a pensare ad



Il ricorso al Tar era l'unico (anche se debole) strumento per ricorrere contro una nomina ritenuta ingiusta. La Cassazione, con un recente indirizzo, preclude anche questa possibilità

IL CORSIVO di Carlo Sbiroli

## E se andassimo tutti a casa?



**H**o visto quasi tutto nella mia lunga carriera. Ho assistito spesso ai vari tentativi e modalità di truccare i concorsi per posti di primario negli ospedali italiani. Vi devo confessare che molte volte è stato difficile distinguere, nel buio del segreto e nel giuoco delle ombre, il vero dall'immaginario, la legalità dai giuochi di prestigio.

In "Camici e pigiami" di Paolo Cornaglia Ferraris, un libro-inchiesta di alcuni anni fa, venivano raccontate storie di concorsi ospedalieri e universitari così incredibili da sembrare inventate. In tutta questa situazione c'era però un'ultima speranza, un'ultima ancora di salvezza: il ricorso al Tar. Chi si sentiva leso dall'applicazione non corretta delle regole del concorso si affidava a questo strumento legale, e in qualche modo aveva l'impressione di essere garantito. Si aspettava la sentenza per mesi, a volte anche per uno o due anni. In alcuni casi l'esito era favorevole. Allora ci s'inorgoglia perché era la vittoria del debole sul più forte, del semplice cittadino contro il potere politico. Negli anni, l'Aogoi ha duellato bene in questo campo, portando a casa molto spesso vittorie che hanno fatto giurisprudenza.

Ora Claudio Crescini con la sua nota ci evidenzia che "anche questo strumento è stato abolito con una sentenza della Corte di Cassazione". Questo significa che i concorsi per dirigenti sanitari sono ridotti a semplici assunzioni di tipo privato, basate sulla discrezionalità del Direttore Generale.

Siamo arrivati ad una situazione veramente insostenibile. Lo strapotere dei Direttori Generali ormai è inarrestabile. Sotto la parola d'ordine "il manager deve dirigere" è passato il principio che questo semplice ex burocrate deve avere mano libera per organizzare un ospedale efficiente. La cosa potrebbe avere anche una sua logica imprenditoriale se, come accade nel privato, in caso d'insuccesso il primo a pagare fosse proprio il manager. Nella Sanità italiana questo non accade. E allora i giuochi divengono estremamente facili, quasi un tiro al piccione. In Italia 297 Direttori Generali gestiscono circa 560.000 dipendenti, di cui poco più di 100.000 sono medici, ed amministrano circa 100 miliardi di euro per anno. Certamente impressionano queste cifre, ma soprattutto impressiona lo strapotere che negli anni questi dirigenti hanno acquisito. A questo di deve aggiungere che nel contempo ai medici è stata tolta ogni possibilità di gestire risorse umane e materiali negli ospedali.

Girando l'Italia ci si rende conto che è proprio difficile scrivere bene dei nostri Direttori Generali, anche se si deve ammettere che alcuni di loro lavorano e lavorano bene, con ottimi risultati, per cui onestamente non si può criminalizzare l'intera categoria.

Questo però non basta per sperare in una prossima un'inversione di tendenza. Perché se è vero, come è opinione comune, che i nostri ospedali sono malati è altrettanto vero che la loro cura, nella stragrande maggioranza dei casi, è stata affidata ai Direttori Generali, cioè a coloro che hanno determinato la malattia, lo sfascio. Il timore, come spesso accade in Italia per le crisi strutturali, è che da questa situazione non si riuscirà mai ad uscirne.

La maggior parte dei 297 Direttori Generali che gestiscono i nostri ospedali sono di nomina politica. Siedono su quelle poltrone, con alterne vicende, da circa 15 anni, anche se molto spesso con ruoli leggermente modificati. Il paradosso è che ad ogni nuova svolta politica vengono comunque rieletti. Tanto da chiedersi, se sono tanto bravi, perché poi la Sanità italiana non va molto bene?

Non si hanno risposte a questa domanda. Fate voi. E se un giorno andassimo tutti a casa, lasciando i nostri cari Direttori Generali da soli?

Presente anche l'Aogoi con un suo stand

# Milano CheckUp Medical Science Expo 2007

■ Alla rassegna MilanoCheckUp, in programma alla Fiera di Milano dal 6 al 9 giugno 2007, sarà presente anche la nostra Associazione con un suo stand all'interno di un'area che accoglierà le Società affiliate alla Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (Fism)

**G**razie all'accordo triennale di partnership strategica tra Fiera Milano Tech e Fism, la Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane, per promuovere Milano CheckUp - Medical Science Expo, l'Aogoi, insieme alle società affiliate alla Fism che ne hanno fatto richiesta, avrà a disposizione per tutta la durata della manifestazione uno spazio espositivo gratuito di 16 mq in un'area che raccoglierà tutte le società scientifiche aderenti all'iniziativa (al momento una quarantina). La rassegna Milano CheckUp

– come ha sottolineato il presidente della Fism, Pasquale Spinelli, invitando le società federate a diffondere e dare l'adeguato risalto alla manifestazione presso gli associati – "non è solo un evento scientifico e una fiera espositiva, ma una vetrina prestigiosa in cui le società scientifiche riaffermano con determinazione la loro presenza e il loro ruolo unitario nel panorama sanitario nazionale, alla luce dei recenti 'fatti noti' sulla riorganizzazione del sistema formazione". L'accordo di partnership tra Fiera Milano Tech e Fism

**Aogoi e Fesmed al Milano CheckUp: "Rischio clinico in sanità" 7 giugno 2007**

■ Nell'ambito della rassegna, Aogoi e Fesmed hanno organizzato un convegno per discutere di Risk management. Il meeting, a libera partecipazione, si svolgerà il prossimo 7 giugno e sarà articolato in due sessioni: "Giudicare l'errore sanitario" (la mattina) e "Prevenire l'errore sanitario" (il pomeriggio).

prevede la programmazione e realizzazione di una serie di eventi multidisciplinari ad alto contenuto scientifico e con rilevanti risvolti sociali, dedicati a diverse tematiche di particolare interesse e attualità quali: la cardiologia, la radiologia, l'oncologia, l'ortopedia, la sicurezza negli ospedali, il Risk Management, l'Health Technology Assessment, la nutrizione, l'etica nella ricerca scientifica, la formazione medica e il ruolo delle società medico-scientifiche nella società contemporanea. ■



## MilanoCheckUp. La nuova rassegna della salute e sanità.



fieramilano  
Rho, 6 - 9 giugno 2007

MilanoCheckUp  
Medical Science Expo 2007

**MilanoCheckUp  
Medical Science Expo 2007  
Fiera di Milano, 6-9 giugno 2007**

La nuova rassegna della salute e sanità rivolta alle imprese, agli operatori professionali e alla comunità medico-scientifica e sanitaria. In un unico appuntamento di respiro internazionale il visitatore potrà aggiornarsi sulle tecnologie più innovative e partecipare ai qualificati congressi The Future of Medical Sciences

"Milano CheckUp" è la nuova rassegna internazionale rivolta agli operatori della salute e a tutta la comunità medico-scientifica in programma dal 6 al 9 giugno 2007 alla Fiera Milano di Rho. Organizzata da Fiera Milano, attraverso la sua società Fiera Milano Tech, si propone come "un'occasione unica di aggiornamento tecnologico-scientifico e culturale, grazie a eventi congressuali e a un'esposizione articolata delle più avanzate tecnologie, delle soluzioni e dei prodotti disponibili per il comparto medico-sanitario". Innovazione e ricerca in campo biomedicale costituiscono il focus di questa manifestazione che abbina la funzione espositiva con quella congressuale.

Numerosissimi e importanti i partner e i patrocini di cui gode l'evento.

Per ulteriori informazioni e dettagli:

[www.fieramilanotech.it/](http://www.fieramilanotech.it/)



L'AOGOI, l'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani, è nata nel 1949 e oggi è forte di 4.702 iscritti.

Da organizzazione rivolta prevalentemente al settore ospedaliero, dal 2000 l'AOGOI ha esteso l'iscrizione anche ai colleghi ginecologi extraospedalieri, così come previsto dall'art. 5 del nuovo Statuto. In breve tempo l'AOGOI è così divenuta anche la più rappresentativa organizzazione italiana dei ginecologi liberi professionisti, consultoriali e universitari, capace di cogliere le loro istanze e di affrontare i loro problemi professionali e sindacali. Si è trattato di una scelta decisiva nella vita dell'Associazione, un'iniziativa importante nella direzione dell'arricchimento professionale e dell'unitarietà della professione. Nostro fermo convincimento, infatti, è che solo se sarà unita la categoria saprà adeguatamente affrontare questo nuovo millennio ricco di cambiamenti culturali, scientifici, demografici, sindacali e normativi. Anche quest'anno la Segreteria nazionale AOGOI, insieme a tutti i Segretari regionali e provinciali e ai membri del Consiglio direttivo, ha promosso la "Campagna Soci 2007" con l'obiettivo di portare nuovi iscritti all'Associazione. Con la loro adesione, i nuovi Soci, da una parte, contribuiranno a rendere l'AOGOI sempre più forte e autorevole nel rappresentare gli interessi della categoria e, dall'altra, potranno usufruire di tutti i vantaggi che l'Associazione offre e che è costantemente impegnata ad arricchire.

#### L'IMPEGNO DELL'AOGOI

L'AOGOI è presente in ogni Regione e Provincia, tramite coordinatori eletti, per essere sempre vicina ai bisogni di ogni Socio. Formazione, aggiornamento professionale, tutela sindacale, medico-legale e assicurativa sono i punti più qualificanti del suo impegno

#### FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Sin dalla sua fondazione, l'AOGOI ha promosso, organizzato e coordinato numerosi Corsi di aggiornamento di elevato livello scientifico in ogni branca specialistica dell'Ostetricia e Ginecologia, oltre a Congressi nazionali e internazionali e Progetti di ricerca scientifici. Ricordiamo

inoltre le innumerevoli collaborazioni dell'Associazione con Ministeri e altri importanti organismi istituzionali sia per la difesa dell'intera categoria, così come richiesto dalle diverse realtà professionali degli iscritti, sia per la promozione di iniziative volte a migliorare il servizio diagnostico-terapeutico offerto alle donne.

#### TUTELA MEDICO-LEGALE

M.A.M.M.A. AOGOI. In questo periodo di forte tensione per la professione medica, la nostra Associazione ha varato una nuova iniziativa denominata Movement Against Medical Malpractice and Accident, che ha lo scopo di diffondere tra tutti gli associati le conoscenze nell'ambito della ginecologia forense e di fornire assistenza agli iscritti coinvolti in contenziosi giudiziari per problematiche attinenti l'esercizio della professione. [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it). È il sito web, attivo dal settembre 2004, che permette di accedere alle ultime notizie in materia di ginecologia forense, a un archivio delle sentenze di maggior interesse per lo specialista ostetrico-ginecologo, alle risposte degli esperti alle domande più frequenti su problematiche legali e sindacali, agli articoli della rivista Ginecologia Forense e anche ai Forum di discussione sugli argomenti di maggior interesse per la professione. Per i soci coinvolti in contenziosi giudiziari vi è la possibilità di compilare on-line il modulo per richiedere l'assistenza di M.A.M.M.A. AOGOI e ulteriori informazioni.

#### L'UFFICIO LEGALE e l'UFFICIO STAMPA

Sono i due principali strumenti per tutelare i diritti degli associati e dar voce alle istanze della categoria. Due esempi, per citare gli ultimi in ordine di tempo, sono esemplificativi della loro preziosa attività: l'uno del 2006, quando, grazie all'operato dell'ufficio legale, fu sventato il tentativo di clinicizzazione dell'Ospedale di Pistoia;

#### COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

L'iscrizione all'AOGOI dà diritto all'abbonamento gratuito alle quattro riviste dell'Associazione: GynecoAOGOI, mensile d'informazione; la Rivista di Ostetricia Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale; Risveglio Ostetrico; Ginecologia e Ostetricia Forense. Su queste riviste gli iscritti potranno pubblicare gratuitamente i loro lavori scientifici. Tutti i soci, inoltre, riceveranno gratuitamente i volumi della collana "I Libri dell'AOGOI" che annualmente vengono pubblicati.



# AOGOI: UNI

## CHI SIAMO

## PERCHÈ ISCRIVERSI

L'Aogoi è la più antica e rappresentativa Associazione scientifica e sindacale della Ginecologia italiana

L'Aogoi, è l'unica associazione di categoria che rappresenta tutte le componenti del mondo ginecologico ospedaliero ed extraospedaliero italiano

L'Aogoi è impegnata in grandi battaglie sul fronte legislativo, professionale e sindacale a sostegno dell'intera categoria

Per informazioni  
su come iscriversi:  
Segreteria nazionale Aogoi  
telefono 02.29525380  
www.aogoi.it

# TI SI VINCE

**L'Aogoi garantisce** a tutti i suoi iscritti una forte tutela sindacale e medico-legale. Una polizza assicurativa gratuita, tra l'altro, copre fino a 25 mila euro di eventuali spese legali e peritali in caso di contenzioso

**L'Aogoi offre** ai suoi soci un aggiornamento e una formazione di elevato contenuto scientifico

**L'Aogoi persegue** l'unitarietà della professione per meglio far fronte alle nuove sfide della società e della sanità

Con i suoi **4.821 iscritti**, L'Aogoi rappresenta la quasi totalità dei ginecologi che operano nelle strutture pubbliche e la grande maggioranza di quelli del settore privato: **3.420** ospedalieri, **1.401** extraospedalieri suddivisi tra **1.187** liberi professionisti, **181** nei consultori e **33** universitari

l'altro, dello scorso 17 gennaio, a opera dell'Ufficio stampa (al quale era pervenuta la segnalazione di un Socio) il cui intervento ha permesso la riabilitazione dell'immagine di un collega, uno dei tanti accusati ingiustamente e poi assolti, sulle pagine del "Corriere della Sera".

#### **POLIZZA ASSICURATIVA GRATUITA**

Tutti i Soci AOGOI acquisiscono, con la semplice iscrizione, il diritto a una polizza che prevede la copertura per le eventuali spese legali e peritali in caso di contenzioso, fino a 25.000 euro. Tale copertura vale anche per i contenziosi di natura amministrativa che dovessero insorgere nei riguardi delle Amministrazioni.

#### **NORMATIVA SULLA COLPA PROFESSIONALE**

Per tutelare maggiormente i suoi iscritti, l'AOGOI ha sollecitato un progetto di legge che verrà a breve presentato agli organismi istituzionali competenti.

#### **TUTELA SINDACALE**

L'AOGOI, insieme ad altre organizzazioni mediche, ha fondato la FESMED, Federazione Sindacale Medici Dirigenti, che ha raggiunto la significatività sindacale prevista dalle direttive della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Pertanto, ogni socio Aogoi è automaticamente iscritto alla Fesmed, che tutela i colleghi ospedalieri ed extraospedalieri, così come doveroso data la diversa estrazione professionale dei Soci Aogoi.

#### **COLLABORAZIONI SCIENTIFICHE**

Nel campo scientifico, l'AOGOI è federata con l'AGUI, l'Associazione Ginecologi Universitari Italiani, in seno alla Federazione SIGO. Quest'unico polo ginecologico italiano, che abbraccia colleghi universitari, ospedalieri ed extraospedalieri, confluisce a livello

gli iscritti AOGOI sono automaticamente associati attraverso la SIGO.

L'AOGOI ha inoltre affiliato, condividendone l'indirizzo scientifico, le seguenti Società: SIGITE (Società Italiana di Ginecologia della Terza Età), AMAMI (Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente), AIUG (Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico), SIDIP (Società Italiana di Diagnosi Prenatale e Medicina Materno-Fetale) e AGITE (Associazione Ginecologi Territoriali).

#### **NUOVE SINERGIE NEL CAMPO DELLA STERILITÀ E CONTRACCEZIONE**

L'AOGOI ha creato per tutti i Soci che si occupano in particolare di sterilità, RMA e contraccezione:

■ la SIOS, Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità. Aperta a tutti i Soci, e in particolare ai liberi professionisti, intende offrire loro adeguate opportunità di crescita e di rappresentatività anche nel settore della diagnosi e della terapia della sterilità involontaria, condividendo e/o facendosi artefice di linee guida e percorsi di aggiornamento che li coinvolgano attivamente.

■ La SMIC, Società Medica Italiana per la Contraccezione. Creata insieme alla SIMG, Società Italiana di Medicina Generale, è dedicata in particolare ai medici ginecologi che operano nei consultori familiari d'Italia. La SMIC vuole unire l'azione, gli intenti, la cultura, le professionalità di tre fondamentali attori di questo settore, rappresentati nella fattispecie dai ginecologi ospedalieri, da quelli consultoriali e dai medici di medicina generale. Gli obiettivi principali sono: un confronto sulle realtà internazionali del family planning, valorizzando la salute riproduttiva e i diritti sessuali, favorendo lo sviluppo di standardizzazione delle procedure, nella cultura dell'accoglienza e del counselling; il consenso sulle linee guida nel vasto campo della contraccezione e, non ultime, alcune questioni riguardanti differenti interpretazioni medico-legali, dalla sterilizzazione, alle minorenni, alla contraccezione d'emergenza. Il golden goal è dar vita a una cultura comune nel campo della contraccezione, capace di una sollecita modernizzazione del sistema family planning, così da rispondere alle nuove sollecitazioni che i tempi richiedono e all'esigenza delle donne di effettuare scelte consapevoli anche in questo campo.



a cura di Valeria Dubini

## Definire un percorso di garanzia dei diritti del neonato e della sua famiglia

■ L'assistenza ai nati in questa fascia d'età, al confine dell'umana possibilità di sopravvivenza, presenta una serie di problematiche delicate complesse. Le implicazioni umane, etiche, deontologiche, medicolegali, economiche e organizzative connesse all'agire medico in questo ambito sono tali che si è imposta sempre più urgente, non solo tra gli specialisti del settore, l'esigenza di definire un percorso di garanzia dei

diritti del neonato e della sua famiglia. E proprio dalla "necessità di garantire alla madre ed al neonato adeguata assistenza, al fine unico di evitare loro cure inutili, dolorose ed inefficaci, configurabili con l'accanimento terapeutico" scaturisce il documento condiviso, che vi proponiamo nelle pagine successive, alla cui stesura hanno contribuito alcune società scientifiche, tra cui la Sigo-Aogoi-Agui.

I "suggerimenti" per gli operatori sanitari nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al neonato estremamente pretermine in esso contenuti – totalmente estranei all'eugenetica, all'eutanasia neonatale e pediatrica – sono un primo passo, importante, verso l'auspicata stesura di vere e proprie Raccomandazioni, già espresse da diverse società scientifiche di molti Paesi europei ed extraeuropei

terno di una zona di "incerta vitalità", al di sotto della quale non vi è alcuna possibilità di sopravvivenza e al di sopra della quale la sopravvivenza è possibile, seppur dipendente dalle cure intensive.

Nonostante i prodigiosi progressi delle cure perinatali degli ultimi quarant'anni abbiano progressivamente spostato il limite della capacità di vita autonoma verso età gestazionali sempre più basse (dalle 30-31 settimane di età gestazionale alle 24), per questi "micronati" dalle 22 alle 25 settimane i tassi di sopravvivenza, così come la sopravvivenza senza disabili-

tà permanenti, sono ancora molto bassi e i confini della capacità di vita autonoma al di fuori dell'utero restano ancorati allo sviluppo fisiologico del polmone, che si realizza intorno alle 23-24 settimane.

Il neonato in queste bassissime età gestazionali è candidato ad una aggressività di cure sul cui significato da un punto di vista etico si è aperta una riflessione. Una riflessione che si inserisce nel quadro più ampio di una rilettura in chiave etica ed umanistica delle conquiste scientifiche e tecnologiche. Il punto è: "Tutto ciò che la medicina, con l'aiuto della tecnica, è in grado di fare, è lecito che sia fatto?". Lo scopo del lavoro del medico oggi corre il pericolo di non coincidere

La comunità scientifica italiana e internazionale si sta interrogando sulle garanzie di salute per i neonati

troppo prematuri, una popolazione a elevato rischio di mortalità e morbosità che richiede un grande impegno assistenzia-

le e di risorse. Si tratta di neonati nella fascia di età gestazionale compresa tra le 22 e le 25 settimane, che si trovano all'in-

## La riflessione avviata con la "Carta di Firenze"

■ In sintesi le premesse, il background, la metodologia di lavoro e le finalità del documento di consenso "Cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane)", tratti dagli interventi nel corso del Simposio satellite dedicato alle problematiche delle età gestazionali estreme, in occasione del Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui 2006

### Il cuore del problema

"La rianimazione dei neonati estremi oltre alle numerose problematiche assistenziali, comporta, una serie di controversie e questioni etiche spesso di difficile soluzione.

Fino a che punto è giusto ed etico spingere le nostre cure? Quali sono i limiti fra la corretta assistenza e l'accanimento terapeutico? Lo scopo della rianimazione è di salvare il maggior numero di vite possibili a qualsiasi costo? Che ruolo dare alla qualità della vita, ammesso che si possa preven-

dere la qualità della vita futura di un neonato? Quale è il miglior interesse per il neonato nelle specifiche situazioni che richiedono interventi vitali estremi? Quale è l'autonomia del neonato? Quando sospendere trattamenti eroici? Come si inserisce il problema dell'assistenza così complessa e costosa che questi neonati richiedono con quello della equa distribuzione delle risorse? In altre parole il medico come può ragionevolmente stabilire ciò che è giusto e bene fare o non fare." (\*)

### Le moderne cure perinatali

L'utilizzo degli steroidi prenatali, le nuove tecniche di nutrizione parenterale, il monitoraggio attento della gravidanza, e dagli anni '90 in poi, l'immissione nella pratica clinica del surfactant endopolmonare hanno contribuito in maniera determinante alla sopravvivenza di neonati di età gestazionali e peso sempre più bassi.

### La situazione attuale delle cure perinatali in Italia

La situazione delle cure perinatali nell'ambito della soglia di ca-

pacità di vita autonoma è caratterizzata da una estrema diversità di approccio tra un medico e l'altro, tra un istituto e l'altro, tra una zona e l'altra.

Un aspetto da sottolineare è il contesto di estrema urgenza nel quale spesso si devono assumere decisioni terapeutiche così importanti, che pone dei margini strettissimi al processo di counselling. In questa situazione il rischio di approcci di cure che non sono nel vero, profondo, unico, interesse del paziente è ancor più presente.

### Metodologia di lavoro

Il lavoro si è svolto essenzialmente in tre fasi. In una prima fase si è approntata la revisione sistematica delle statistiche di mortalità e sopravvivenza pubblicate nella letteratura internazionale. Nel nostro Paese i dati dello studio Action, studio osservazionale sull'incidenza e la prognosi delle nascite premature, sebbene concluso, non sono ancora disponibili. Le statistiche di riferimento sono state soprattutto quelle dei Paesi europei, i cui standard di cura sono abbastanza simili ai nostri e an-

che la sopravvivenza e la morbosità attese sono più o meno simili. In una seconda fase sono state sottoposte a revisione le indicazioni e le raccomandazioni espresse in altri Paesi del mondo. Nella terza fase l'impegno si è concentrato sull'elaborazione di un documento di consenso che suggerisse modelli di comportamento a medici e genitori che si trovano a vivere la drammatica esperienza della minaccia di un parto in queste età gestazionali bassissime.

### La letteratura internazionale

Una delle principali difficoltà incontrate nel lavoro di revisione sistematica della letteratura internazionale è la lettura delle statistiche inerenti i dati della mortalità e sopravvivenza. L'esiguità del numero dei nati, il non comune denominatore, la mancanza di omogeneità tra istituti di cura, la velocità di modifica delle tecniche di assistenza, la non paragonabi-



## Tavolo Ministero-Società

L'esigenza di linee guida che rispondano in modo adeguato e uniforme su tutto il territorio nazionale al problema delle cure intensive a questi piccoli pazienti è stata recepita anche al livello istituzionale. Nel marzo scorso il ministro della Salute Livia Turco ha organizzato il primo di una serie di incontri previsti con i rappresentanti delle Società scientifiche di neonatologia e ginecologia e con gli specialisti del settore per un confronto su queste problematiche. L'obiettivo è la stesura di raccomandazioni condivise a livello nazionale che tutelino la

madre e il neonato dal rischio di accanimento terapeutico e sperimentazione, e supportino l'agire dell'ostetrico/neonatalogo in scelte assistenziali così difficili, anche nell'ottica di un'equa distribuzione delle risorse. All'incontro, presenti il ministro Turco e il consigliere del ministro Maura Cossutta, hanno partecipato: il presidente Aogoi Giovanni Monni, il presidente Agui Massimo Moscarini, Alessandra Kustermann, ginecologa alla clinica "Mangiagalli" e componente del Consiglio superiore di sanità, Domenico Arduini, professore di Ginecologia ed Ostetricia all'Università di Roma "Tor Vergata", Valeria Dubini, membro del Di-

rettivo nazionale Aogoi, Tullia Todros, presidente Sieog-Società di Ecografia Ostetrica Ginecologica, Maurizio Orlandella, neopresidente della Agite Associazione Ginecologi Territoriali, Gian Aristide Novelli, direttore del Dip. Medicina legale e delle assicurazioni dell'Università di Firenze, Claudio Fabris, presidente della Sin-Società italiana di neonatologia, Giorgio Rondini, direttore del dipartimento di scienze pediatriche del Policlinico San Matteo, Pavia, Fabio Mosca, direttore Uo Neonatologia e Terapia Intensiva della Fondazione Irccs "Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena", Milano.

più con il bene del proprio oggetto, cioè la salute e il benessere del paziente, ma con la tecnologia stessa. In questo senso, il rischio di sconfinare nell'accanimento terapeutico o nella sperimentazione, nella pura ricerca è reale. Il dilemma etico che riguarda le decisioni cliniche per i nati in questa fascia di età gestazionale è complesso, e quale sia il miglior interesse del neonato e della sua famiglia non è chiaro. Basti pensare al ricorso alle cure intensive nel caso di neonati non vitali, o di "incerta vitalità", affetti da gravi menomazioni, cui le tecniche di rianimazione aggressive consentono di vicariarne, per giorni o settimane, le funzioni vitali. È necessario accostarsi a queste problematiche con approccio "umile", scevro da pregiudizi o ideologie, il più possibile trasversale. Perché le decisioni che riguardano il futuro dei nati "al confine delle possibilità di so-

pravvivenza", spesso con gravi menomazioni, non riguardano solo i medici, ma i genitori e la società nel suo insieme. La gestione di questi prematurissimi (la cui incidenza è fortunatamente molto bassa, l'1% dei nati vivi) richiede scelte cliniche molto delicate e complesse e si rende necessaria, di volta in volta, un'attenta valutazione del loro impatto, a breve e più lungo termine, sul bambino, sulla sua famiglia, che dovrà affrontare un cammino drammatico per anni, e anche sul sistema sanitario nel suo complesso. Per questo, un aspetto non me-



no importante, che rende le scelte ancor più difficili, riguarda la volontà dei genitori. In questo senso, è evidente l'estrema rilevanza che assume il ruolo del counselling fornito dai medici ai fini di una scelta libera, informata e consapevole da parte dei genitori.

Da queste premesse, per avviare una riflessione sulle cure

prestate alla gravidanza e al parto estremamente pretermine, si è costituito a Firenze un gruppo di lavoro, composto principalmente da medici di diverse specialità, ma anche da avvocati e magistrati, che in varie tappe è giunto alla stesura di un documento condiviso: le "Cure Perinatali nelle Età Gestazionali Estremamente Basse (22-25 settimane)", presentato ufficialmente a Firenze il 18 febbraio 2006 nel corso di un seminario scientifico presso l'Istituto degli Innocenti.

L'incontro, cui ha partecipato una rappresentativa componente di pediatri, bioeticisti, giu-

risti e associazioni mediche, presenti anche Francesco D'Agostino e Mauro Barni, rispettivamente già presidente e vicepresidente del Comitato nazionale di bioetica (Cnb), ha voluto avviare un ampio confronto sui diritti del neonato e della famiglia alla luce delle frontiere della medicina perinatale - una prima tappa, nelle intenzioni dei promotori, verso quella Carta dei diritti del neonato che andrà ripresa per una nuova stesura da proporre alle agenzie nazionali e internazionali.

Il documento di consenso, conosciuto come la *Carta di Firenze* o *Carta degli Innocenti*, alla cui stesura ha partecipato anche la Sigo-Aogoi-Agui, è il frutto di cinque anni di lavoro basato sulle esperienze consolidate in Italia e in altri Paesi, sul confronto delle competenze delle principali associazioni mediche italiane del settore e sui dati della letteratura scientifica.

Le raccomandazioni assistenziali, che presentiamo nelle pagine successive, sono state sottoposte dai componenti il gruppo di lavoro alle rispettive società scientifiche di appartenenza. Attualmente il documento, è al vaglio delle Società scientifiche nazionali, del ministero della Salute e del Cnb

dalla Allen agli inizi degli anni '90, comunque in epoca postsurfactant, troviamo percentuali abbastanza simili (0% a 22 settimane, 15% a 23, 56% a 24, 79% a 25). Cioè, non vi sono stati significativi aumenti di sopravvivenza negli ultimi 15 anni in queste fasce di età gestazionale. Ciò è dovuto allo sviluppo anatomico e funzionale del polmone, la cosiddetta "finestra di sviluppo", che è dipendente dal processo di alveolizzazione che comincia e progredisce intorno alle 24 settimane, per concludersi poi intorno alle 34.

### La posizione del mondo scientifico internazionale

La revisione delle raccomandazioni espresse dai vari Paesi ha reso evidente come, a livello mondiale, la posizione del mondo scientifico a riguardo sia complessivamente uniforme, pur con qualche differenza tra i vari Paesi. Sulle 22 settimane vi è pieno accordo nell'offrire al neonato le cure confortevoli e alla madre solo le cure che sono nel suo interesse, sconsigliando i cesarei. A 25 settimane, in tutto il mondo,

viene offerta la rianimazione completa ai neonati e, nel caso se ne rilevi la necessità per motivi fetali, è appropriata l'indicazione al taglio cesareo.

La zona di incertezza si colloca sulle 23 e sulle 24 settimane, un'età gestazionale in cui le probabilità di vita del neonato sono scarsissime e le possibilità terapeutiche estremamente gravose. A questo riguardo, tutte le società scientifiche invitano ad una attentissima valutazione del singolo caso, con grande considerazione della volontà dei genitori.

### Le criticità affrontate nel documento

Nel documento trovano spazio alcuni aspetti particolarmente rilevanti: il caso di incerta età gestazionale, ove ancor più importante appare la posizione del neonatologo o di chi assiste il neonato alla nascita per la valutazione delle sue possibilità di sopravvivenza; il caso di morte del neonato, situazione nella quale devono essere espletati tutti gli accertamenti sul neonato e sulla placenta, che possono contribuire alla diagnosi e al counselling per la famiglia - momenti a volte non sufficientemente valutati; la necessità di uno stretto follow-up dei bambini sopravvissuti, situazione tanto for-

temente suggerita, ma non ancora ampiamente seguita sul territorio nazionale.

### Il cammino intrapreso con la Carta di Firenze

Un aspetto fondamentale della costruzione di questo documento è stata la scelta interdisciplinare della metodologia di lavoro che ha consentito una discussione trasversale, tra professionalità e discipline diverse.

Per quanto riguarda in particolare la scelta assistenziale di neonati con condizioni mediche incurabili, definita dal Comitato etico della Figo "l'area più difficile della pratica pediatrica", ancora tanto lavoro andrà svolto per tutelare al massimo il vero miglior interesse del bambino.

Fonte: Atti Congresso Sigo 2006 "La Carta di Firenze: verso linee guida nazionali?" di Maria Serebella Pignotti e Gianpaolo Donzelli del Dipartimento di Pediatria, Medicina Neonatale, AOU Meyer di Firenze e di Gianfranco Scarselli del Dipartimento di Scienze Ginecologiche e Ostetriche, AOU Careggi (Firenze).

\*"Età gestazionali estreme problemi assistenziali neonatali" di Giulio Bevilacqua, Dip. Ginecologia, Ostetricia e Neonatologia - Università di Parma

1999-2000 in Norvegia.

La forza di tutti questi studi sta nell'essere studi di popolazione, prospettici. I dati del follow-up a 6 anni per l'Epicura Study sono stati pubblicati nel gennaio 2005, mentre per gli altri studi sono ancora in corso. La sopravvivenza alla dimissione, considerando al denominatore i nati vivi, disponibile per tutti e 4 gli studi è abbastanza sovrapponibile, e riporta: uno 0% di sopravvivenza a 22 settimane, un 5-10% a 23 settimane, valori intorno al 30% (40% per i norvegesi) a 24 settimane e del 40-60% a 25 settimane. Confrontando questi dati di sopravvivenza con quelli descritti

lità dei diversi bambini tra una statistica e l'altra, la perdita dei bambini al follow-up sono tutti fattori estremamente confondenti i risultati delle statistiche. Nel leggere i numeri è stata necessaria una grande criticità.

Gli studi più significativi condotti in Europa sono: l'Epicura Study, l'indagine più completa di riferimento di questo lavoro, svolta nel Regno Unito su tutti i nati da marzo a dicembre 1995; l'Epibel Study, in 19 centri in Belgio negli anni 1999-2000, l'Epipage Study in 9 regioni francesi nel 1997, lo studio Norvegese, svoltosi nel

**Promosso da**

Clinica di Medicina Neonatale e  
Pediatria Preventiva dell'Università  
degli Studi di Firenze  
Direttore Prof. Gianpaolo Donzelli

Clinica di Ostetricia e Ginecologia  
dell'Università degli Studi di Firenze  
Direttore Prof. Gianfranco Scarselli

Società italiana  
di Neonatologia SIN  
Società italiana di Pediatria SIP

Società Italiana di Ginecologia ed  
Ostetricia SIGO

Associazione Ginecologi Ospedalieri  
Italiani AOGOI

Associazione Ginecologi Universitari  
Italiani AGUI

Società italiana di Medicina Perinatale  
SIMP

European Association of Perinatal  
Medicine EAPM

Società Italiana di Medicina Legale e  
delle Assicurazioni SIMLA

Commissione Codice Deontologico  
della FNOMCeO

Commissione Regionale Toscana di  
Bioetica

**Relatori**

Dr.ssa Maria Serenella Pignotti

**Revisori**

Ignazio Barberi, *Direttore Pediatria e  
Neonatologia, Università Messina*  
Mauro Barni, *Presidente Commissione  
di Bioetica, Regione Toscana*  
Giulio Bevilacqua, *Direttore Dip  
Ginecologia - Ostetricia e  
Neonatologia, Università Parma*  
Francesco Branconi, *Clinica Ostetrica e  
Ginecologica, Università Firenze*  
Mario Campogrande, *Primario  
Ostetrica e Ginecologia Ospedale  
Sant'Anna, Torino Past President  
AOGOI*

Francesca Ceroni, *Giudice del Tribunale  
per i Minorenni, Firenze*  
Pietro Curiel, *Past President AOGOI*  
Romolo Di Iorio, *Dipartimento Scienze  
Ginecologiche e Perinatologia,  
Università La Sapienza Roma*  
Gian Carlo Di Renzo, *Direttore Clinica  
Ostetrica e Ginecologica, Università  
Perugia*

Maria Rosaria Di Tommaso, *Clinica  
Ostetrica e Ginecologica Università  
Firenze*  
Gianpaolo Donzelli, *Direttore Clinica di  
Medicina Neonatale, Università Firenze*  
Roberta Filippi, *Avvocato del Foro di  
Firenze*  
Massimo Moscarini, *Presidente  
Associazione Ginecologi Universitari  
Italiani*

Gian Aristide Norelli, *Direttore  
Medicina Legale e delle Assicurazioni,  
Università Firenze*

Aldo Pagni, *Presidente Commissione  
Codice Deontologico della FNOMCeO*  
Antonio Panti, *Presidente Ordine dei  
Medici di Firenze*  
Ivana Pela, *Commissione di Bioetica,  
Regione Toscana*

Maria Serenella Pignotti, *Medicina  
Neonatale, Università Firenze*  
Patrizia Pompei, *Giudice del Tribunale  
Civile di Firenze*

Giorgio Rondini, *Presidente Società  
Italiana di Neonatologia*  
Giuseppe Saggese, *Presidente Società  
Italiana di Pediatria*

Giampaolo Salvioli, *Direttore Pediatria  
Preventiva e Neonatologia, Università  
Bologna*

Enrico Scarano, *Medicina Neonatale,  
Università Firenze*

Gianfranco Scarselli, *Direttore Clinica  
Ostetrica e Ginecologia,  
Università Firenze*

# Cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane)

**Queste raccomandazioni sono ispirate dalla necessità di garantire alla madre ed al neonato adeguata assistenza, al fine unico di evitare loro cure inutili, dolorose ed inefficaci, configurabili con l'accanimento terapeutico e sono totalmente estranee all'eugenetica, all'eutanasia neonatale e pediatrica**

**Premessa**

Compito della medicina perinatale è garantire il massimo potenziale di salute del feto, del neonato e della madre.

Nel corso degli ultimi decenni, profondi progressi diagnostico-terapeutici, sia sul versante ostetrico che su quello neonatale, hanno immesso nell'agire professionale atti clinici, che da eccezionali sono diventati frequenti.

Non è più un fatto straordinario prestare cure mediche ad travaglio di parto e ad un neonato di bassissima età gestazionale.

Questa situazione interagisce con la società nel suo complesso e le decisioni ad essa connesse coinvolgono importanti aspetti umani, etici, deontologici, medico-legali, economici ed organizzativi e si fondano sulle seguenti evidenze scientifiche:

■ la prevalenza di nascite ad età gestazionali estreme è bassa (<2/1000 nati vivi) e le statistiche di sopravvivenza e di prognosi di questi neonati consentono di produrre raccomandazioni assistenziali di ordine generale;

■ l'indagine più completa e globale, a cui si ritiene di poter far riferimento, è quella svolta in Gran Bretagna nel periodo da marzo a dicembre 1995, denominata Epicure Study, che ha valutato, in maniera prospettica, l'esito di tutte le gravidanze terminate tra le 20 e le 25 settimane, con un follow-up a 6 anni dei bambini sopravvissuti;

■ in tale casistica l'elevata prevalenza di disabilità e di morte nel breve e medio periodo dopo la nascita, inducono riflessioni relativamente alle scelte assistenziali più appropriate;

■ nella valutazione del neonato, l'età gestazionale è considerata il parametro più indicativo di maturazione - vale a dire di potenziale vitalità - dato che il parametro peso è influenzato da molti altri fattori, non necessariamente connessi alla vitalità;

■ il neonato di età gestazionale compresa tra le 22 e le 25 settimane può essere definito di incerta vitalità. Al di sotto delle 22 settimane di età gestazionale non esiste possibilità di sopravvivenza al di fuori dell'utero; al di sopra delle 25 settimane di età gestazionale può esservi probabilità di sopravvivenza anche se dipendente da cure intensive;

■ stante quanto sopra riportato, le cure al neonato di età gestazionale inferiore alle 25 settimane assumono il carattere di cure straordinarie;

■ le problematiche sopra sollevate suggeriscono la stesura di raccomandazioni per gli operatori sanitari. Già molti paesi europei ed extraeuropei, si sono espressi in protocolli di comportamento e linee guida redatti da diverse società scientifiche. Queste devono essere intese come suggerimenti per i sanitari nella assistenza alla gravidanza, al parto ed al neonato estremamente pretermine. Ogni decisione deve essere individualizzata sulla base delle condizioni cliniche del neonato alla nascita, sui dati locali di mortalità e disabilità, in armonia con i genitori, opportunamente resi consapevoli dell'evento che stanno vivendo.

**Definizione di età gestazionale**

L'età gestazionale è definita come l'età post-mestruale in settimane e giorni.

(Esempio: per 23 settimane si intende il periodo compreso tra le 23 settimane e 0 giorni e le 23 settimane e 6 giorni; il feto ha finito le 23 settimane e sta vivendo la 24° settimana di età gestazionale)

Il calcolo dell'età gestazionale può essere effettuato con indagini ultrasonografiche tra le 8 e le 12 settimane con una maggiore accuratezza.

**Raccomandazioni assistenziali**

Quanto di seguito enunciato sono raccomandazioni per le cure da prestare alla gravidanza ed al neonato di età gestazionale compresa tra le 22 e le 25 settimane.

L'assistenza a queste gravidanze ed a questi neonati richiede un approccio multidisciplinare perinatale tra ostetrico-ginecologo, neonatologo, anestesista, ostetrica, infermiere ed altro personale. Tale collaborazione deve essere programmata, quando possibile, anticipatamente, stante il carattere di complessità che assume l'assistenza alla gravidanza ed al parto estremamente pretermine.

Sebbene il limite di vitalità al di fuori dell'utero si assesti intorno alle 24 settimane di età gestazionale, essendo in tale periodo che progredisce il processo di alveolizzazione polmonare, esiste, per la maturità di tale organo, come per qualunque altro evento biologico, una notevole variabilità individuale. Deve quindi essere chiaro che ogni progetto terapeutico, sia nel senso di inizio di manovre rianimatorie e cure intensive ovvero della loro limitazione, può essere rivisto ed adeguato caso per caso, una volta valutate le condizioni cliniche del neonato alla nascita.

**Prima del parto****Considerazioni generali**

1. Il travaglio ed il parto di un feto in queste fasce di età gestazionali deve essere considerato una emergenza che richiede il coinvolgimento di personale particolarmente esperto.
2. L'ostetrico ed il neonatologo hanno il dovere di informare i genitori sugli atti diagnostico-terapeutici, loro vantaggi e svantaggi, possibili alternative, per l'assistenza alla gravidanza, al parto ed alle cure del neonato. Le ragioni delle scelte debbono essere riportate obbligatoriamente dal medico in cartella insieme all'attestazione dell'avvenuta informazione dei genitori.
3. Il processo di informazione deve essere comprensibile, accurato e continuato nel tempo.
4. Stante il carattere straordinario delle cure, l'opinione dei genitori deve essere tenuta in massima considerazione. Il medico deve, comunque, attenersi alle evidenze scientifiche disponibili e deve porre attenzione nel non imporre le proprie opinioni.
5. In particolare devono essere date ai genitori informazioni sui rischi per la madre nel continuare la gravidanza, modalità di espletamento del parto, future gravidanze, prognosi a breve ed a lungo termine per i feti ed i neonati in relazione al luogo di cura, al peso, all'età gestazionale, al numero di feti e alla eventuale patologia associata.
6. Va comunque messo in evidenza che eventi estremamente precipitosi possono impedire un corretto processo informativo.

**Cure ostetriche**

1. L'utilizzo dei corticosteroidi prenatali non si è dimostrato efficace nelle fasce di età gestazionale inferiori alle 24 settimane, mentre è altamente raccomandato (in un unico ciclo) sopra le 24 settimane;
2. in caso di parto imminente, il trasferimento in utero presso un centro di cure per le gravidanze ad alto rischio non è indicato al di sotto delle 22 settimane, tra le 22 e le 24 settimane può essere appropriato;
3. dalle 24 settimane in poi il trasporto in utero ad un centro di elevata specialità è fortemente consigliato

**Cure neonatali e modalità del parto****Età gestazionale: 22 settimane (da 154 - 160 giorni)**

Le decisioni di trattamento devono basarsi sullo stato di salute della madre. Il taglio cesareo deve essere praticato unicamente per indicazione clinica materna, e le madri che lo richiedono per altri motivi, devono essere informate degli svantaggi e dissuase. Al neonato devono essere offerte solo le cure confortevoli.

## Bibliografia

1. Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes. 1998 Z. Geburtsh. Neonatol.;202:261-263
2. Federation Nationale des Pediatres Neonatologistes 2000 Dilemmes éthiques de la période périnatale. Recommandations pour le décisions de fin de vie. Document issu des travaux de la Commission Ethique
3. CPS, Fetus and newborn Committee, SOGC, Maternal Fetal Medicine Committee. 2000 Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age. CMAJ
4. Gee H, Dunn P. 2000 For the BAPM Executive Committee. Fetuses and newborn infants at the threshold of viability. A framework for practice.
5. Thames Regional Perinatal Group 2000. Guidelines relating to the birth of extremely immature babies (22-26 weeks gestation)
6. ACOG 2002. Perinatal care at the threshold of viability Practice bulletin 100, 3:617-624
7. AAP Clinical Report 2002 Perinatal Care at the Threshold of viability Pediatrics 110:1024-1027
8. FIGO Committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. 2003 Recommendations on ethical issues in Obstetrics and Gynecology
9. Swiss Society of Neonatology. 2003 Guidelines. Recommendations for the care of infants born at the limit of viability (gestational age 22-26 weeks) Neonet.ch
10. Asociacion Espanola De Pediatria 2004 Recomendaciones en reanimacion neonatal. Grupo de Reanimacion Cardiopulmonar de la Sociedad Espanola de Neonatologia. An Pediatr Barc. 60,1:65-74
11. American Heart Association 2005. Neonatal Resuscitation Guidelines. Circulation 112:188-195

### Età gestazionale: 23 settimane (161-167 giorni)

Non si raccomanda il taglio cesareo su indicazione fetale. L'inizio della rianimazione e le successive cure intensive neonatali non sono generalmente indicate.

### Età gestazionale: 24 settimane (168 a 174 giorni)

Il taglio cesareo può eccezionalmente essere preso in considerazione per motivi fetali. Il trattamento intensivo del neonato è indicato sulla base di criteri clinici obiettivi durante e dopo le manovre rianimatorie, quali sforzi respiratori spontanei, frequenza cardiaca, ripresa del colorito cutaneo.

### Età gestazionale: 25 settimane (175 a 180 giorni)

Il taglio cesareo può essere effettuato anche per indicazione fetale. I neonati devono essere rianimati e sottoposti a cure intensive.

### Età gestazionale incerta

Nell'incertezza dell'età gestazionale, assume fondamentale importanza la valutazione clinica del neonato ad opera del neonatologo, che dovrà tenere conto soprattutto delle condizioni del neonato alla nascita, della storia ostetrica e della risposta alle manovre rianimatorie, in particolare ripresa della frequenza cardiaca e del colorito cutaneo.

### Cure confortevoli

Il neonato non sottoposto a cure intensive, perché considerato non vitale, ha diritto a cure confortevoli. Deve essere trattato con rispetto, amore e delicatezza. Alle cure confortevoli è anche candi-

dato il neonato, pur rianimato inizialmente, che non dimostri possibilità di sopravvivenza e per il quale il trattamento venga considerato non efficace ed inutile (provisional intensive care).

Ai genitori deve essere offerto il massimo supporto sul piano psicologico.

### Morte fetale e neonatale

Alla morte del feto o del neonato i medici che hanno seguito la famiglia devono favorire l'esecuzione di una autopsia, analisi cromosomiche e radiografie, secondo la direttive del gruppo di studio italiano sul neonato morto e in accordo con la volontà della famiglia.

Incontri successivi con i genitori dopo l'evento sono utili anche per fornire supporto e consulenza per eventuali future gravidanze.

### Follow-up del neonato

I bambini dimessi dalle terapie intensive neonatali devono essere seguiti attentamente almeno fino all'età scolare con l'intento:

- di una diagnosi precoce delle possibili disabilità;
- della istituzione precoce di terapie abilitative;
- di offrire l'assistenza globale e multidisciplinare di cui hanno bisogno;
- della valutazione delle cure fornite.

Il presente documento è stato redatto sulla scorta delle conoscenze scientifiche attuali e dovrà essere sottoposto a revisione in relazione alla loro evoluzione.

## Raccomandazioni pratiche di trattamento per i nati in età gestazionali estremamente basse in vari Paesi europei ed extraeuropei

Country	22 <sup>10</sup> ⇨ 22 <sup>18</sup>	23 <sup>10</sup> ⇨ 23 <sup>18</sup>	24 <sup>10</sup> ⇨ 24 <sup>18</sup>	25 <sup>10</sup> ⇨ 25 <sup>18</sup>	26 <sup>10</sup> ⇨ 26 <sup>18</sup>
<b>GERMANY 1998</b>	Trattamento in rapporto ai desideri dei genitori ed alle condizioni del neonato alla nascita		CPR per i neonati, se non altri fattori di rischio, anche contro i desideri dei genitori		
<b>BAPM - UK 2000</b>	MT può essere considerato; CS raramente per motivi fetali			CS anche per indicazione fetale	
<b>TRPG - UK 2000</b>	MT sì/no CS per ragioni materne CPR sperimentale PLT per i neonati	MT può essere considerato. CS raramente per ragioni fetali, CPR dipendente dalle condizioni del neonato e consistente con i desideri dei genitori.		MT sì, CS anche per motivi fetali. CPR per il neonato.	
<b>NUFFIELD COUNCIL OF BIOETHICS - UK 2006</b>	Nessuna CPR a meno che i genitori insistano	Precedenza ai desideri dei genitori.	CPR a meno che non sia contro l'interesse del neonato	CPR normalmente a tutti i neonati	
<b>SWITZERLAND 2002</b>	MT sì/no. CS solo per indicazione materna. PLC per il neonato.		MT indicato, CS raramente per indicazione fetale, CPR solo su base individuale	MT indicato, CS anche per indicazione fetale. CPR su base individuale	
<b>ILE-DE-FRANCE-PORT-ROYAL 2004 - F</b>	PLC per il neonato		MT indicato, PLC per il neonato a meno che i genitori insistano, CPR dipendente dagli sforzi resuscitativi del neonato	CPR per il neonato, in accordo al contesto della nascita, ai desideri dei genitori, alle condizioni alla nascita	
<b>SPAIN 2004</b>	CPR non indicato				
<b>THE NETHERLANDS 2005</b>	CS solo per indicazione materna, PLC per il neonato.		MT sì, AS può essere considerato, CS solo per indicazione materna, PLC a meno che CPR non sembri più giustificabile.	MT e AS sì, CS raramente per motivi fetali, CPR per il neonato a meno che PLC sembri più giustificabile	MT, AS, CS sì. CPR per il neonato a meno che non sembri ingiustificabile
<b>CARTA DI FIRENZE I - 2006</b>	MT no/sì. AS no, CS solo per ragioni materne. PLC per il neonato	MT sì, AS no, CS solo per ragioni materne, PLC per il neonato a meno che altrimenti indicato, con il consenso dei genitori	MT sì, AS sì, CS raramente per ragioni fetali, CPR per il bambino solo quando mostra capacità di sopravvivenza	MT, AS, CS sì. CPR per il neonato a meno che PLC non sembri più indicata	
<b>CANADA 2000</b>	CS solo per ragioni materne PLT per i neonati CPR solo se i genitori, ben informati, insistono	CS raramente per problemi fetali Assistenza al neonato in accordo con i desideri dei genitori		CS sì, CPR per tutti i neonati senza anomalie	
<b>AAP - 006 2002</b>	PLT per i neonati		Management dipendente dalle condizioni del neonato alla nascita, dalla valutazione dell'EG		
<b>ACOG - 006 2002</b>	MT sì/no Assistenza individualizzata al feto		AC sì, MT può essere considerato Assistenza individualizzata al feto		
<b>Australasia 2006</b>	Cure di supporto. Nessun CTG. PLT per il neonato e per la famiglia		CS solo per motivi materni. No CTG. CPR possibile.	AC sì, supporto medico e CS possibili, CPR per quasi tutti i neonati	AC sì, CS per ragioni fetali, CPR per tutti i neonati
<b>NST - 006 Australia 2006</b>	MT non appropriato RCP non appropriata	CPR può essere discusso, ma deve essere scoraggiato	MT indicato. Deve essere offerta l'opzione per il PLT	usualmente RCP ma deve essere offerta l'opzione a PLT, soprattutto se IUGR, Twin-twin, chorioamniotite...	RCP ai neonati a meno che non si tratti di circostanze eccezionali
<b>ILCOR 2006</b>	CPR not indicated, compassionate care for the infant		CPR in accordo ai desideri dei genitori.		CPR quasi sempre indicate, a meno che ci sia evidenza di compromissione fetale e di malformazioni congenite.

### Legenda

**AS:** steroidi antenatali  
**MT:** trasporto materno  
**CS:** taglio cesareo  
**PLC:** cure palliative  
**CPR:** rianimazione cardiopolmonare  
**Aree graticcio:** non discusse nei documenti relativi

Fonte: Pignotti M.S. Recenti Progressi in Medicina. *In press*

**Età gestazionali estreme** di Valeria Dubini

# “Non tutto quello che può essere fatto deve essere fatto”

Affrontare l'argomento dei neonati estremamente pretermine, e delle cure che ad essi possono o devono essere riservate, significa inevitabilmente addentrarsi in un terreno difficile, scivoloso, dove conoscenze scientifiche, avanzamento della ricerca, convinzioni etiche e aspirazioni degli operatori e dei genitori si intersecano e talora confliggono

Questo è il motivo principale per cui, fino ad ora, nel nostro Paese si è preferito non dare alcun tipo di indicazione, lasciando alle coscienze dei singoli operatori e alle convinzioni dei singoli centri, la decisione del “cosa fare”. Questo atteggiamento, che ha l'indubbio vantaggio di non sollevare conflitti, ove inevitabilmente si ripropongono posizioni ideologiche preconcepite che inficiano il dialogo, ha tuttavia un grave svantaggio: quello di non fornire indicazioni a chi, in emergenza, si trova ad affrontare la difficile scelta di come trattare un piccolo nato pretermine e di quale counselling offrire ai suoi genitori.

Sono convinta che “rispetto” e “umiltà” siano le due parole chiave per affrontare queste difficili problematiche, insieme a quel “senso del limite” di cui si è molto discusso a proposito dell'utilizzo della tecnologia in medicina, specie nell'ambito della riproduzione. Quel senso del limite che, per dirla con la bella frase di Rita Levi Montalcini, ci deve far riflettere sul fatto che “non

tutto quello che può essere fatto deve essere fatto”.

La Carta di Firenze è certamente un importante riferimento, perché si basa su un lavoro di ricerca su quanto è disponibile in letteratura e su quanto in altri Paesi si è cercato di fare in questo ambito. Ma la validità di questo documento risiede anche nelle modalità con cui è stato svolto questo lavoro, ovvero la multidisciplinarietà. È da questo confronto, intenso, tra le varie professionalità rappresentate nel panel di esperti costituitosi, che sono scaturite queste raccomandazioni che, se pur suscettibili di revisione, in relazione all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e al dibattito in corso, sono sostanzialmente in linea con gli indirizzi degli altri Paesi e dunque rappresentano un punto di riferimento importante.

I punti cardine su cui dovremmo incentrare il nostro percorso di riflessione riguardano essenzialmente le problematiche di seguito sintetizzate.



## ■ La sofferenza del neonato

Il neonato, per quanto piccolo, ha delle percezioni ed è dunque necessario offrirgli cure “amovibili”, volte a limitare stimoli dolorifici, ipotermia e tutto ciò che possa comportare sofferenza. Si deve tenere presente che le manovre rianimatorie comportano un'invasività che può

essere causa di discomfort e di danni iatrogeni, e pertanto devono essere riservate a quei piccoli che hanno probabilità di riceverne reale vantaggio.

## ■ La volontà dei genitori

Le scelte dei genitori devono essere sempre tenute al centro del nostro operato: sono loro i veri “tutori” del bambino e laddove la scienza non aiuta nelle previsioni, il peso della loro volontà è ancor più forte. La loro scelta va supportata da informazioni oneste, il più possibile concrete, sulla scorta dei dati disponibili in letteratura e possibilmente anche su quelli del Centro di ricovero.

## ■ L'opportunità delle raccomandazioni assistenziali

Raccomandare dei criteri di intervento non significa imporre dei modelli comportamentali rigidi per tutti i centri, cosa che del resto non sarebbe possibile nell'ampio territorio del nostro Paese, specie in emergenza. Vuol dire invece fornire delle indicazioni assistenziali a cui è possibile fare riferimento. La variabilità biologica fa sì che la possibilità di sopravvivenza possa talora non essere direttamente dipendente dalle manovre rianimatorie attuate. Adottare dei criteri d'intervento non significa impedire i “miracoli”, pur sempre possibili in natura, ma semplicemente garantire un uso razionale delle tecniche.

## ■ Saggezza e senso del limite

In assenza di evidenze scientifiche, il terreno su cui dobbia-

mo lavorare è quello della buona pratica clinica ed eventuali sperimentazioni dovrebbero essere chiaramente dichiarate come tali. Il vero obiettivo della nostra attività, cioè il bene e la salute del paziente, non dovrebbe essere mai fuorviato dall'uso della tecnica fine a se stessa. La disponibilità di tecnologie sempre più aggressive richiede appropriatezza e senso del limite.

## ■ Informazione

È importante che gli operatori, i genitori e tutti i nostri utenti vengano messi in condizione di conoscere le reali possibilità dei nostri mezzi tecnici, al fine di evitare false quanto inutili aspettative che si risolvono in un boomerang per tutti. La diffusione dei dati dei centri dovrebbe essere considerata un ulteriore, importantissimo, elemento di chiarezza e di onestà. Infine solo un accenno ad un altro argomento, che per complessità e delicatezza merita un approfondito discorso a parte: l'interruzione tardiva di gravidanza. Qualcuno ha voluto vedere in questo dibattito aperto delle ricadute per la legge 194: non facciamoci prendere dalla tentazione di riaprire laceranti quanto inutili discussioni. Ricordiamo innanzitutto che la legge non sancisce il diritto ad interrompere la gravidanza tardivamente a causa di una malformazione, ma solo per le conseguenze che la conoscenza di tale diagnosi comporta sulla salute della donna. Il fatto poi che non definisca un limite temporale per la possibilità di sopravvivenza autonoma mostra ancora oggi tutta la sua attualità e validità. Come ha sottolineato il ministro della Salute Livia Turco in un suo recente intervento: “In realtà la 194 ha previsto in anticipo i potenziali sviluppi della scienza in questo campo, affidando alla medicina e ai suoi progressi gli ambiti temporali di applicazione della legge. E in questo senso mi sento di chiedere, prima di tutto ai medici, di tenere in considerazione quanto sia cruciale, soprattutto in questo passaggio della vita, la relazione umana e di fiducia con il paziente”.

## Bioetica:

### i documenti di riferimento essenziali

- Convenzione dei diritti dell'uomo e della biomedicina di Oviedo 1997, ratificata nel 2001 dall'Italia
- Principi di etica biomedica di T.L. Beauchamp e J.F. Childress (1994)

- Convenzione dei diritti del bambino 1989

- Dichiarazione di Helsinki, adottata nella diciottesima Assemblea Generale della World Medical Association (WMA), nel giugno del 1964

- Dichiarazione dei diritti dell'uomo 1948

di Nicola Natale

## L'assistenza ai nati in età gestazionale bassa

**B**en vengano le linee guida, i protocolli terapeutici, i percorsi diagnostico terapeutici, le raccomandazioni e tutto quanto può essere utile ad agevolare le scelte diagnostiche e terapeutiche del medico, offrendogli un percorso che indirizzi alla migliore assistenza al paziente. Ciò facilita il comportamento quotidiano, indicando la via più semplice, più sicura e, perché no, meno costosa in termini di sofferenze, tempo, utilizzo delle risorse umane, tecniche ed economiche. Ciò facilita la soluzione di problemi in condizioni di emergenza, quando non vi è

■ **Il progresso scientifico e tecnologico, che segue tempi e modi non di certo prevedibili, spinge a una periodica revisione delle proposte assistenziali che, dunque, non possono essere definite in un atto legislativo per sua natura rigido e statico. Per questo la Carta di Firenze è un documento "utile per le indicazioni che propone, pericoloso se imponesse doveri"**

tempo per discutere o per ricercare suggerimenti utili per uscire da situazioni difficili. Facilita anche il dialogo con i pazienti, rendendo più chiaro e documentato l'iter che il medico seguirà e facilita, infine, il compito delle istituzioni, che potranno disporre di elementi che miglio-

rano la programmazione delle risorse. Perché le linee guida possano raggiungere il loro scopo è necessario che siano realizzate da una équipe multidisciplinare in cui siano rappresentate anche le istituzioni (che tuttavia non possono essere prevaricanti). Occorre inoltre che siano con-

testualizzate, mantenendo la "forza" delle proposte autorevoli ma non necessariamente la "rigidità" della legge. Il contesto in cui le linee guida vanno applicate, infatti, è di fondamentale importanza.

Non si può non tener conto dell'inevitabile quanto ovvia disuguaglianza tra i vari ospedali, una disuguaglianza legata alla disponibilità delle risorse economiche, tecnologiche, culturali e umane. Non si può prescindere dalla disparità esistente tra le strutture ospedaliere.

Non tutti i Punti nascita dispongono della stessa équipe in ter-

mini numerici, non sempre al loro interno è disponibile una sala operatoria 24 ore su 24. Non tutti i Punti nascita hanno sangue a disposizione, e così via... ma soprattutto, dato l'argomento, non tutti i Punti Nascita hanno la fortuna di avere un'Unità di rianimazione neonatale ben preparata e attrezzata, tanto che sono previsti i trasporti in utero o i trasporti del neonato.

Infine, le proposte vanno periodicamente riviste alla luce del progresso, i cui tempi e modi non sono sempre prevedibili, e che un decreto legislativo rende sicuramente più ingessato e poco facilmente modificabile.

In quest'ottica va letto il documento preparato in Toscana e ora al vaglio delle Società scientifiche nazionali, del ministero della Salute e del Comitato nazionale di Bioetica. Utile per le indicazioni che propone, pericoloso se imponesse doveri.

Sappiamo quanto è difficile decidere, quando la vita sembra sfuggire tra le mani e la sofferenza prevale su ogni altro aspetto della vita, ma lo diventa ancor più se si vogliono applicare proiezioni probabilistiche ad un evento attuale, in cui la sofferenza non è ancora in essere e il futuro è rappresentato da percentuali. **Y**

Intervista alla neonatologa Maria Serenella Pignotti\*, relatrice della "Carta di Firenze"

## I "miracoli" della medicina I "bambini del miracolo"

**Dottoressa Pignotti, come si inserisce il caso della bambina della Florida, nata di soli 280 grammi dopo una gravidanza di 21,6 settimane, nel dilemma etico e scientifico sul tipo di cure da offrire ai bambini nati in fasi precocissime di gravidanza?**

I media hanno dato un notevole risalto a questo caso, ma le statistiche di sopravvivenza e di morbidità di questi bambini rimangono la base su cui impostare consulenza e approccio terapeutico. Il rischio insito nei messaggi veicolati dai media è che un fatto "miracoloso", come ve ne sono, da sempre, in medicina, venga recepito come un "successo" di quel medico o di quell'ospedale e che possa essere messo a confronto con casi che "successi" non sono, e che potrebbero invece essere interpretati come "malasanità".

Il medico ha a che fare con la vita, che è un processo in divenire, non esattamente quantizzabile, descrivibile e definibile e, soprattutto, non programmabile. Esiste una meravigliosa "variabilità biologica" con cui si esprime la natura per permettere la sopravvivenza sul pianeta, adattando le specie, generazione dopo generazione, alle modificazioni

ambientali. Per questo motivo la medicina non sarà mai una "scienza". Ma starà sempre a cavallo tra scienza, arte e dottrina umanistica.

**Dunque, si può dire che i medici si confrontano costantemente con la variabilità biologica dei loro pazienti e che le loro scelte si fondano su questo confronto?**

Tutti i medici si confrontano giornalmente con la variabilità biologica dei loro pazienti, ognuno di noi è rimasto sorpreso davanti alla rapida ripresa o guarigione di pazienti dai quali ci si aspettava solo un peggioramento o addirittura la morte, e viceversa si è sentito spiazzato davanti a pazienti per i quali avrebbe giurato su un miglioramento o una guarigione e che, invece, sono addirittura arrivati a morte. La capacità di un bravo medico sta, secondo me, nel confrontarsi, con grande umiltà, proprio con questa enorme variabilità biologica individuale, identificando chi può beneficiare di una terapia e chi no.

**La piccola Amillia è una bimba "del miracolo"...**

Anche se trattato da medici bravi e da strutture all'avanguardia,

sicuramente, questo caso – su cui peraltro sarebbe necessario possedere informazioni più complete – rappresenta un evento fortuito in medicina. La quasi totalità dei piccoli di quell'età gestazionale va a morte già durante l'evento nascita, che di per sé è evento asfissiante e difficile, cui il feto/neonato viene preparato nei mesi di vita intrauterina. Questo deve essere detto chiaramente, altrimenti si ri-

schia di fare del male a tutti quei genitori che hanno perso il loro bambino in queste fasce precocissime di età gestazionale. E anche a tutti quei medici che hanno cercato di fare del loro meglio nel curare bambini così piccoli, anche se curare ha significato assistere un esserino e sua madre in un processo di morte inevitabile, dovere deontologico di ogni medico. E si

fa del male anche a chi ha visto sopravvivere il proprio bambino, ma a spese di gravissime disabilità, peraltro molto frequenti nei sopravvissuti a mesi di terapie intensive, aggressive e spesso sperimentali. Il futuro da adulti di questi prematurissimi è totalmente un'incognita. **Y**

\* Azienda ospedaliera A. Meyer, Università di Firenze



Ida Chiacchio, Antonio Chiàntera, Giovanni Cammardella\*

# Management delle infezioni vaginali

■ Negli ultimi anni la loro incidenza è aumentata, tanto che oggi rappresentano la più frequente causa di consultazione ginecologica

**N**egli ultimi anni si è assistito ad un aumento esponenziale dell'incidenza di infezioni vaginali, dovuto, principalmente, a fattori sociali come la promiscuità sessuale e l'abbassamento dell'età del primo rapporto sessuale, con conseguente aumento del numero dei partner sessuali. Inoltre, l'uso di contraccettivi orali ha contribuito in maniera considerevole alla diffusione di questi disturbi, favorendo l'attività sessuale non protetta da "barriere" (profilattico) e interferendo con i meccanismi di difesa messi in atto dall'organismo femminile. Anche la possibilità di viaggiare ha facilitato la promiscuità con popolazioni diverse incrementando i contatti tra aree altamente sviluppate e altre a basso sviluppo socio-economico, con il risultato della recrudescenza di alcune forme infettive non più usuali.

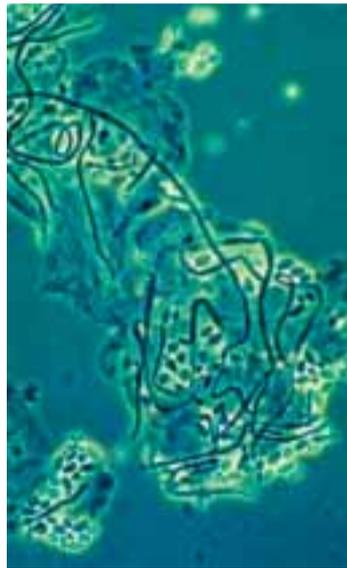
La vagina risulta colonizzata da flora batterica fin dalle prime ore di vita, variando in composizione e arricchendosi principalmente in seguito alle modificazioni di clima ormonale e di fattori ambientali.

L'ecosistema vaginale di una donna fertile in situazione fisiologica è costituito da una collettività di microrganismi in equilibrio tra loro (flora vaginale) e il fluido vaginale, mistura presente nel lume vaginale costituito da trasudato plasmatico, muco cervicale, piccole quote di liquido endometriale, tubarico e peritoneale con più cellule provenienti dal torrente sanguigno. Le ca-

ratteristiche dell'ambiente vaginale risentono delle variazioni dell'ecosistema della vagina e l'omeostasi di questo equilibrio è mantenuto da due fattori principali: la stimolazione ormonale e la presenza nella flora batterica di lattobacilli acidofili. È ben conosciuta la estrogeno dipendenza dell'epitelio squamoso vaginale. Questo tessuto, sotto l'influsso ormonale, risponde con produzione di glicogeno che è trasformato dai lattobacilli in acido lattico e ioni idrogeno. Gli ioni idrogeno si legano all'acqua dando origine al perossido di idrogeno che risulta tossico per un gran numero di specie batteriche. I principali agenti patogeni coinvolti nella etiopatogenesi delle vaginiti sono i miceti come *candida albicans*, *c. glabrata Tropicalis*, i batteri come stafilococchi streptococchi, enterococchi e proteus v., e i protozoi come il *trichomonas vaginalis*. Le principali manifestazioni cliniche delle infezioni vaginali sono leuxantorrea, prurito, bruciore

## Definizione

**Per vaginite si intende un'inflammatione delle pareti vaginali che può coinvolgere le strutture anatomiche circostanti (infezioni del distretto vulvo-vestibolo-vaginale). Anche se il processo infiammatorio poco frequentemente è limitato ad un solo distretto, le manifestazioni cliniche più eclatanti sono quelle che interessano la vagina**



Una maggior attenzione verso questi disturbi potrà prevenire gran parte delle patologie ostetrico-ginecologiche

e dispareunia. La candidosi vulvovaginale si manifesta nel 75% delle donne come un singolo episodio nella vita, il 50% presenta un secondo episodio ed il 5% lamenta forme ricorrenti croniche. Per la diagnosi occorre valutare segni come eritema vaginale e dell'aditus, dermatite vulvare; sintomi come prurito, bruciore, dispareunia e aumento della secrezione vaginale ed inoltre la presenza di fattori predisponenti come abitudini personali e igieniche errate, stati dismetabolici e/o disendocrini, deficit immunitari e non ultimo la gravidanza. La vaginosi è una patologia dell'ambiente vaginale piuttosto che dei tessuti indotta da microrganismi anaerobi correlata all'attività sessuale e al numero dei partners. È l'infezione più frequente in età fertile dopo la candidosi vulvovaginale, essendo responsabile del 30% delle affezioni vulvovaginali sintomatiche. Le caratteristiche principali delle vaginosi batteriche sono legate alla presenza di va-

di vaginite e la vaginosi batterica seguono le linee guida CDC che tengono conto in particolare del tipo di secrezione differenziandola per quantità, colore e consistenza (vedi tabella 2) e per il pH, esame microscopico e test al KOH (vedi tabella 3). Citiamo infine la sindrome da alterazione dell'ecosistema vaginale (VED) che da alcuni anni richiama maggiore attenzione con caratteristiche peculiari. Segni e sintomi di infezione vulvovaginale sono caratterizzati da assenza di sviluppo di Candida e/o Trichomonas, non rispondenza ai criteri di Amsel, alterazione dell'ecosistema vaginale senza aumento dei germi anaerobi e con costante presenza di batteri provenienti dal serbatoio intestinale. La paziente lamenta solitamente lieve infiammazione, leucorrea giallastra, moderato bruciore e/o arrossamento anche cervicale, con negatività al test KOH ma presenza di sgradevole odore di marcio; il valore del pH è variabile. In questi casi si isola con più frequenza E.Coli, Enterococchi, S. Agalactiae dan-

do vita ad una nuova realtà patologica di vaginite aerobia. Se ne possono distinguere gradi diversi: una forma moderata, in cui i parametri quali arrossamento, prurito, bruciore e dispareunia sono assenti, o di lieve entità ed una forma più grave, caratterizzata da leucorrea abbondante e sintomatologia più evidente, spesso con valori di pH maggiore di 6. In conclusione, la maggiore attenzione dello specialista alle infezioni vaginali (diventate il principale motivo di consultazione del ginecologo) porterà alla prevenzione di una parte notevole della patologia ostetrico-ginecologica. **Y**

\*Clinica Santa Patrizia, Napoli

**Tabella 1. Criteri di Amsel**

- Secrezioni vaginali con pH > 4,5
- Perdite con aspetto omogeneo e tendenti ad aderire alle pareti vaginali
- "Fish odor" dopo aggiunta di KOH al 10%
- Presenza di "clue cells" all'osservazione microscopica a fresco

**Tabella 2. Correlazione tra tipo di secrezione e patologia**

Tipo di secrezione	Vaginosi batterica	Vaginite da candida	Vaginite da trichomonas
Quantità	Moderata	Moderata	Profusa
Colore	Bianco/grigio	Bianco	Giallo
Consistenza	Omogenea	Variabile	Omogenea

**Tabella 3.**

	Vaginosi batterica	Trichomonas	Candida
pH	> 4,5	> 4,5	< 4,5
Esame a fresco	Clue cells	Protozoo flagellato mobile	Pseudoife Blastospore
KOH	KOH test positivo		

## Per saperne di più

- Witkin SS. Immunology of recurrent vaginitis. Am J Repr Immunol 1987; 15:34
- Witkin SS. Immunologic factors influencing susceptibility to recurrent candidal vaginitis. Clin Obstet Gynecol 1991; 34:662-68
- Witkin SS, Jeremias J, Ledger WJ. A localized vaginal allergic response in women with recurrent vaginitis. J Allergy Clin Immunol 1988; 81:412-16
- Bartlett JG, Polk. Normal vaginal flora in relation to vaginitis. Obstet Gynecol Clin North Am 1989; 16:329-36
- Biswas MK. Bacterial vaginosis. Clin

- Obstet Gynecol 1993;36:166-76
- Cibley LJ. Cytolytic vaginosis. Am J Obstet Gynecol 1991; 165:1245
- Eschenbach DA et al. Prevalence of hydrogen peroxide producing lactobacillus species in normal women and women with bacterial vaginosis. J Clin Microbiol 1989;27:251
- De Carvalho, Cunha, Silva, Sopenete, Urzedo et al. IgA, IgE and IgG subclasses in serum and vaginal fluid from patients with vulvovaginal candidiasis. Rev Ass Med Bras 2003 Oct-Dec; 49 (4):434-8
- Boselli, Chiossi, Garutti, Mattelli, Montagna, Spinillo. Preliminary results of the Italian epidemiological study on vulvo-vaginitis. Minerva Ginecol 2004 April; 56(2):149-53 Italian

- Eschenbach DA. Bacterial vaginosis: resistance, recurrence, and/or reinfection? Clin Inf Dis 2007 Jan 15; 44(2):220-1 Epub 2006 Dec 13
- Keane F, Ison CA, Noble H, Estcourt C. Bacterial vaginosis. Sex Trans Infect 2006 Dec; 82 Suppl 14:IV16-IV18
- Oyarzum, Gomez, Montiel. Bacterial vaginosis. History, Microbiology and Diagnosis. Rev Chil Obstet Ginecol 1995; 60(1):51-62 Review Spanish
- Di Rosa R, Mastrantonio P. Anaerobi e infezioni ginecologiche. Recenti Prog Med 1993;84:794-800
- Foster DC: Vulvitis and vaginitis. Curr Opin Obstet Gynecology 1993;5:726-732

## LE DELIBERE DELL'AOGOI

Portiamo all'attenzione degli iscritti due recenti delibere della nostra Associazione. La prima, di particolare interesse per la nostra attività professionale, riguarda i provvedimenti disciplinari da adottare nel caso di perizia, di ufficio o di parte, prodotta da un proprio iscritto, la quale risulti infedele sotto il profilo sia scientifico che clinico. La seconda definisce alcuni aspetti dell'accordo Aogoi-Sigo attinenti la suddivisione e destinazione dei proventi derivanti dalla consulenza scientifica per l'organizzazione del Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui

### Provvedimenti disciplinari in caso di perizia infedele prodotta da un proprio iscritto

(Delibera C.P. 3/4/07)

IL CONSIGLIO DI PRESIDENZA A.O.G.O.I.

preso atto del parere del consulente legale Aogoi, Avv. Moshi, riguardo la proposta di OdG da sottoporre al Consiglio Direttivo Sigo, qui di seguito riportato:

"...La Società ha dichiarato scopo scientifico e annovera tra i soci solamente medici e ostetrici che hanno svolto prolungata attività scientifica, anche a livello internazionale. È quindi giusto che difenda il proprio ruolo e la propria reputazione escludendo chi esercita con infedeltà l'attività scientifica, in special modo se messa a disposizione dell'amministrazione della giustizia.

Lo statuto Sigo tace in merito ai poteri disciplinari del Consiglio Direttivo o del Collegio dei Proviviri. In mancanza di una previsione statutaria si dovrà far riferimento all'art. 24 c.c. che prevede l'esclusione del socio, da parte dell'assemblea, solo per gravi motivi. Sicuramente l'aver svolto l'attività di consulente, soprattutto se del giudice, con provata infedeltà ai doveri di informazione e lealtà professionale può integrare grave motivo. L'esclusione dovrà comunque essere limitata ai casi abnormi e non cer-

to colpire legittime opinioni, pur divergenti rispetto alla letteratura maggioritaria. Sarà anche necessaria una maggiore "comprensione" per le posizioni dei consulenti di parte che, spesso, si vedono trascinati in una direzione da clienti e avvocati. In ogni caso l'OdG prospettato prevede solamente un deferimento al Collegio dei Proviviri che, per statuto, è demandato a risolvere le controversie con i soci. Ritengo quindi che l'OdG possa essere sottoposto all'approvazione del Consiglio Direttivo"

ravvisatane la necessità, approva all'unanimità la seguente delibera:

**"In caso di perizia o consulenza tecnica, di ufficio o di parte, prodotta da un proprio iscritto, la quale risulti palesemente infedele, sia dal punto di vista scientifico che clinico, è fatto obbligo agli organi statutari dell'Associazione di differire il proprio Socio al Collegio dei Proviviri Aogoi proponendone l'espulsione dall'Associazione.**

**A tal fine il Consiglio di Presidenza Aogoi invita il Collegio dei Proviviri dell'Associazione, nei casi di giudizio disciplinare, ad avvalersi della consulenza e della collaborazione di illustri colleghi notoriamente esperti nelle materie trattate."**

Il Segretario Nazionale Aogoi informa che analoga delibera sarà presentata al Consiglio Direttivo Sigo e sollecita i membri Aogoi del Consiglio a favorirne l'approvazione in difesa della categoria tutta.

### Accordo economico Aogoi-Sigo

(Delibera C.P. 3/4/07)

Il Presidente Aogoi illustra al Consiglio la proposta di accordo economico stilato congiuntamente dai Tesorieri Sigo, Aogoi e Agui nella Riunione tenutasi a Napoli il 24 febbraio 2007, su mandato dei rispettivi Consigli Direttivi, e già approvato dal Consiglio Direttivo Sigo tenutosi a Roma il 31 marzo 2007.

"Alla luce della buona situazione finanziaria della Sigo si ritiene che i proventi derivanti dalla consulenza scientifica per l'organizzazione del congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui vengano impiegati di comune accordo per la formazione e l'aggiornamento degli iscritti.

Per tale ragione tali proventi vengono messi nella disponibilità della Sigo e delle sue Confederate secondo il seguente criterio: alle confederate Aogoi e Agui viene riconosciuto un contributo pari alla quota da ciascuna annualmente versata alla Sigo; a quest'ultima viene riconosciuta una quota pari al corrispettivo delle quote delle iscrizioni alla Sigo. La somma che residua dopo tale attribuzione, verrà suddivisa in 3 parti uguali tra Sigo, Aogoi e Agui per analoghi scopi di formazione e aggiornamento con particolare riguardo ai giovani ginecologi.

Tale contributo potrà essere sospeso qualora si evidenzino situa-

zioni di gravi difficoltà finanziarie della Sigo ovvero per motivazioni eccezionali, su concorde decisione delle confederate".

Letto, confermato e sottoscritto  
Napoli, 24 febbraio 2007

Carlo Maria Stigliano  
Angelo Careccia  
Luca Maranghi

Si apre la discussione:

- il Segretario Nazionale, Prof. Antonio Chiantera, fa' presente che l'assoluta preponderanza numerica degli iscritti Aogoi nella Federazione Sigo, pari al 93% dei Soci della Società stessa, legittimerebbe ben altro tipo di suddivisione dei proventi in questione.
- Il Vice Presidente, Prof. Roberto Secli, chiede che, nell'interesse dello spirito federativo sempre rispettato e auspicato dall'Aogoi, l'accordo venga ratificato, limitatamente all'anno in questione.
- Il Prof. Chiantera aderisce alla proposta del Prof. Secli.
- Il Presidente Aogoi, preso atto di quanto sopra, invita il Consiglio a ratificare l'accordo economico Aogoi-Sigo.

Il Consiglio di Presidenza Aogoi approva all'unanimità, l'accordo economico proposto dai Tesorieri Sigo-Aogoi-Agui limitatamente all'anno 2007, nell'interesse dello spirito federativo che l'Aogoi ha da parte sua sempre rispettato.

### 9 mosse per dar scacco a tumore al seno ed endometriosi

Il documento presentato il 9 maggio scorso dalla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato identifica 9 azioni concrete per contrastare due gravi patologie che colpiscono la donna. L'iniziativa, condivisa dal ministro della Salute, assume un rilievo particolare nell'Anno europeo delle Pari Opportunità

"Il passo che oggi compie con questo documento la Commissione Igiene e Sanità del Senato, frutto di ben due anni di lavoro, dimostra non solo la sensibilità su questi temi dei senatori Tomassini e Marino che si sono avvicinati nella presidenza della Commissione, ma di tutti i suoi componenti". Così si è espressa la senatrice Laura Bianconi, promotrice del documento presentato dalla Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama, presieduta da Ignazio Marino, che ha come obiettivo 9 azioni per contrastare il tumore al seno e l'endometriosi. Il testo, diviso in nove punti, è il risultato di due indagini conoscitive svolte dal Senato: "Iniziativa di prevenzione del tabagismo e del tumore al seno in Italia" e "Fenomeno dell'endometriosi", conclusesi rispettivamente nel luglio del 2005 e nel gennaio del 2006.

Per quanto riguarda l'endometriosi, un particolare merito va attribuito alla Sigo che dal 2005 si è battuta per il suo riconoscimento come "malattia sociale" e all'impegno di Giorgio Vittori, già presidente della Società di endoscopia ginecologica, che ha rappresentato la Sigo, in qualità di esperto, in seno al gruppo di lavoro della Commissione parlamentare.

Per quanto riguarda il tumore al seno, che ogni anno nel nostro Paese colpisce 33 mila donne, quattro sono i punti previsti nel documento: il primo prevede di istituire un tavolo per delle nuove linee guida a cui partecipino gli esperti delle società europee di senologia, i rappresentanti degli oncologi medici e della scuola di senologia; il secondo punto vede la trasformazione degli screening di massa in percorsi individuali di diagnosi precoce sulla base dei fattori di rischio; ancora, un'opera di svecchiamento da parte di oncologi e senologi per smettere le prassi obsolete in modo da ridurre la spesa e impiegare le risorse "liberate" per abbassare l'età di accesso gratuito alle tecniche diagnostiche. E infine, informare sui benefici dell'allattamento al seno in termini di prevenzione e stimolare l'Aifa a fare ricerca sull'Herceptin, farmaco utilissimo ma costoso, dunque disponibile solo per un ristretto numero di pazienti.

Sull'endometriosi invece sono cinque le azioni previste per avere una fotografia più completa di questa patologia che in Italia colpisce 4 milioni di donne. Il documento propone di revisionare il Drg usato per la malattia, chiedere all'Aifa la revisione del modulo terapeutico della nota 51 sui farmaci, attivare registri regionali e nazionali, istituire una giornata nazionale sull'endometriosi e un rapporto annuale dall'osservatorio nazionale sulle sperimentazioni cliniche dell'Aifa.

Quanto alla realizzazione pratica di queste azioni, ha affermato la senatrice Bianconi: "parte sarà fatta dal ministro Turco, nelle parti che coincidono con il suo Piano d'azione sulla salute della donna, e parte la faremo noi, intervenendo di volta in volta sui vari provvedimenti collegati che arriveranno in commissione al Senato".

**Sicurezza | Libera professione | Esclusività di rapporto** di Carmine Gigli

## Il disegno di legge "Turco" visto dalla Fesmed

■ Il Consiglio dei Ministri di venerdì 11 maggio 2007 ha approvato il disegno di legge sulla sicurezza delle strutture sanitarie, la libera professione intramoenia e l'esclusività di rapporto. Il testo è stato trasmesso alle Camere per l'iter parlamentare. Il ministro Turco ha tenuto a precisare che, anche a seguito dei gravissimi episodi di cui hanno dato ampia notizia i mass-media, ha ritenuto

opportuno inserire nel provvedimento, originariamente predisposto solo per disciplinare la professione intramuraria e il rapporto di esclusività, tre articoli relativi alla sicurezza delle cure, che sono stati collocati in posizione prioritaria rispetto agli altri e con i quali ha inteso assicurare criteri di maggior rigore nei controlli delle attività e delle

apparecchiature destinate agli interventi e alle prestazioni erogate dalle strutture del Ssn. "Il provvedimento - ha proseguito il Ministro - interviene anche sul sistema della esclusività del rapporto di lavoro per i primari responsabili di strutture complesse e per tutti i responsabili di articolazioni organizzative rilevanti. Con questa norma abbiamo inteso: assicurare

la presenza costante e continuativa del personale medico nelle strutture ospedaliere, a maggior tutela delle esigenze dei pazienti, anche in riferimento alla riduzione delle liste d'attesa; garantire la concreta possibilità della libera scelta del medico da parte del paziente; consentire, da parte del medico, un più ampio ambito di esercizio della sua professione".

### Come si è arrivati a questo Ddl

La presentazione del Ddl da parte del ministro della Salute Livia Turco conclude la prima parte di una vicenda iniziata circa un anno fa, nel luglio 2006, quando lo stesso ministro della salute, dopo

aver promesso la proroga per tre anni della libera professione intramoenia allargata agli studi medici, si limitò a presentare un emendamento al cosiddetto "decreto Bersani", con il quale stabiliva "l'obbligo del completamento degli interventi strutturali

li necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge". Nel novembre 2006 presero inizio una serie di incontri con le Oo.Ss. nel corso dei quali il ministro Turco ribadì con

fermezza che la data del 31 luglio 2007 era da considerarsi una data perentoria, non ulteriormente prorogabile, per la libera professione esercitata secondo la modalità nota come "intramoenia allargata agli studi medici". Le Oo.Ss. sollevarono delle obiezio-

ni e richiesero delle garanzie, le Regioni non risposero all'appello del Ministro e non si dotarono di uno specifico piano regionale, come richiesto, naturalmente neanche le aziende sanitarie si dotarono del corrispondente piano attuativo aziendale. Nonostante questo, lo scorso 2 maggio il ministro della Salute presentò alle Oo.Ss. della dirigenza medica e sanitaria, un disegno di legge che prevedeva "il definitivo passaggio al regime ordinario della libera professione intramurale", entro il termine di otto mesi. Inoltre, prevedeva l'esclusività di rapporto per la direzione delle strutture complesse e semplici, pur coinvolgendo le Regioni nella identificazione di quelle strutture semplici che richiedevano un responsabile a rapporto esclusivo. Le critiche avanzate dalle Oo.Ss. hanno portato a un'importante riflessione sul testo del disegno di legge, il quale è stato presentato al Consiglio dei Ministri in una versione apprezzabilmente rivisitata, con l'accoglimento di molte delle nostre osservazioni.

### Le critiche al Ddl

Nella parte dedicata alla gestione del rischio clinico spicca la mancata istituzione del più volte richiesto osservatorio sui rischi sanitari, con l'indispensabile database nazionale degli errori medici e sanitari. Senza questo strumento continueremo a non avere dati certi, sul numero e sul tipo degli eventi avversi che si verificano nel Servizio sanitario ita-

## Il testo del Ddl

**"Disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico nonché di attività libero professionale intramuraria e di esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale"**

### Articolo 1 - Sicurezza delle cure

1. Le Regioni e Province autonome assicurano le condizioni per l'adozione, presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del Servizio sanitario nazionale, di un sistema per la gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, incluso il rischio di infezioni nosocomiali, prevedendo, nell'ambito delle disponibilità delle risorse aziendali, l'organizzazione in ogni Azienda sanitaria locale, Azienda ospedaliera e Azienda ospedaliera universitaria, di una funzione aziendale permanentemente dedicata a tale scopo. I singoli eventi del rischio clinico e i dati successivamente elaborati sono trattati in forma completamente anonima.

2. Le regioni e province autonome, nell'ambito delle rispettive funzioni istituzionali, assicurano in ogni Azienda sanitaria, o in ambiti sovrazionali individuati dalle Regioni, al cui interno operino uno o più ospedali, il servizio di ingegneria clinica che garantisca l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti, i quali devono essere sottoposti a procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, funzionalità e qualità secondo lo stato dell'arte. Il servizio di ingegneria clinica contribuisce alla programmazione delle nuove acquisizioni e alla formazione del personale sull'uso delle tecnologie.

### Articolo 2 - Responsabilità civile delle strutture e del personale sanitario

1. La responsabilità civile per danni a persone causati dal personale sanitario medico e non medico, ivi compresa la dirigenza, occorsi in Aziende Ospedaliere (A.O.), Aziende Ospedaliere Universitarie (A.O.U.), Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) e in strutture sanitarie private accreditate è posta anche a carico della struttura stessa, conformemente alla disciplina della responsabilità civile.

2. La responsabilità riguarda tutte le prestazioni, anche quelle relative alle attività libero professionali intramurarie.

3. In alternativa alla copertura assicurativa, con riferimento ai

rischi derivanti dalla responsabilità di cui al comma 1, per le strutture sanitarie pubbliche possono essere istituite forme di garanzia equivalenti, purchè non comportino maggiori costi.

### Articolo 3 - Definizione stragiudiziale delle controversie

1. Le Regioni e le Province autonome adottano, presso le Aziende sanitarie, nei limiti delle risorse umane e strumentali complessivamente disponibili, misure organizzative atte a garantire la definizione stragiudiziale delle vertenze aventi ad oggetto danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Servizio sanitario nazionale, fermo restando il contenimento delle spese connesse al contenzioso. Le Regioni e le Province autonome verificano annualmente, con riferimento agli ultimi tre esercizi, il concreto conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.

2. La costituzione e il funzionamento dei servizi di cui al comma 1 si uniformano ai seguenti principi e criteri direttivi:

- a) previsione della non obbligatorietà della conciliazione, quale strumento di composizione stragiudiziale delle controversie;
  - b) garanzia della imparzialità, professionalità, celerità delle procedure e adeguata rappresentatività delle categorie interessate.
3. E' esclusa la possibilità di utilizzare gli atti acquisiti e le dichiarazioni della procedura di conciliazione come fonte di prova, anche indiretta, nell'eventuale successivo giudizio.
4. In caso di accordo tra le parti la conciliazione è definita con un atto negoziale ai sensi dell'articolo 1965 e seguenti del codice civile.

### Articolo 4 - Attività libero-professionale intramuraria

1. Per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, le regioni e province autonome assumono tutte le più idonee iniziative volte ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia, presso le aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliere universitarie, per rendere disponibili i locali destinati a tale attività.

2. L'adozione delle iniziative di cui al comma 1 dovrà essere completata in un arco temporale non superiore a mesi dodici a partire dalla data del 31 luglio 2007, durante il quale, mentre restano in vigore i provvedimenti già adottati per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sono affidate l'individuazione e l'attuazione delle misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali delle categorie interessate e nel rispetto delle vigenti disposizioni contrattuali, il definitivo passaggio al regime ordinario del sistema della attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale e del personale universitario di cui all'arti-

colo 102 del d.P.R. 11 luglio 1980, n. 382.

3. Tra le misure di cui al comma 2, le Regioni e le Province autonome, con le risorse disponibili, possono, ove necessario, acquisire altri spazi ambulatoriali esterni, valutati anche dal Collegio di direzione, idonei allo scopo tramite l'acquisto, la locazione, la stipula di convenzioni; esse sono tenute a disporre, altresì, che le aziende sanitarie, in tale circostanza, gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'attività libero professionale intramuraria, al fine di assicurarne il corretto esercizio in particolare nel rispetto delle seguenti modalità: determinazione, in accordo con i professionisti, di un tariffario idoneo ad assicurare la integrale copertura dei costi dei servizi resi; affidamento a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi, della prenotazione delle prestazioni, da eseguirsi in sede o tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi che non debbono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro; modalità, con caratteristiche di terzietà, per la riscossione degli onorari relativi alle prestazioni erogate. Le Regioni e Province autonome dovranno definire le modalità per garantire l'effettuazione da parte dei dirigenti veterinari del Servizio sanitario nazionale delle prestazioni libero-professionali che per la loro particolare tipologia e modalità di erogazione esigono una specifica regolamentazione.

### Articolo 5 - Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario

1. Il comma 4 dell'articolo 15-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni è sostituito dal seguente:

"4. La direzione di struttura complessa comporta l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico prevista dal contratto individuale. La direzione di struttura semplice non comporta l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico previsto dal contratto individuale, salvo che per le strutture semplici dipartimentali con autonomia gestionale. Per gli altri incarichi dirigenziali è consentito, a domanda, al termine dell'impegno assunto con il contratto individuale, transitare dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e dal secondo al primo con effetti giuridici ed economici che decorrono dal primo giorno del mese successivo."

2. Le disposizioni di cui al comma 1 decorrono dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana della presente legge per gli incarichi assegnati successivamente, e al momento del rinnovo degli incarichi per quelli attualmente in vigore.



liano. Riguardo all'esercizio della libera professione intramuraria, la proroga di dodici mesi è un passo avanti rispetto agli otto mesi precedenti, ma potrebbe non bastare in mancanza di un reale impegno delle Regioni.

La frase "acquisire altri spazi ambulatoriali esterni" è certamente più chiara rispetto alla dizione precedente, che prevedeva solo "l'acquisto, la locazione, la stipula di convenzioni di locali esistenti". Dal nostro punto di vista sarebbe stato preferibile un più esplicito riferimento agli studi medici già operanti, con i quali si potrebbero stipulare convenzioni tali da consentire all'Azienda di gestirne la conduzione, per quanto attiene alle prenotazioni ed alla riscossione degli onorari. Non prevedere la difesa di questa rete di studi medici, che oggi costituiscono gli avamposti dell'Azienda, costituirebbe un grave danno per i professionisti ed anche per le Aziende, specialmente per quelle ospedaliere. È doveroso non dimenticare, inoltre, che durante tutti questi anni di proroghe all'utilizzo degli studi privati, i dirigenti medici si sono impegnati a rin-

novarne le attrezzature degli studi e ad acquistarne di nuove, a loro spese e senza avere neanche la possibilità di detrarre fiscalmente i costi. Nulla dice il Ddl sull'utilizzo futuro delle apparecchiature sanitarie di proprietà dei medici. I nuovi "locali" saranno attrezzati di tutto punto ex novo o le Aziende, attraverso una convenzione, potranno anche acquisire le apparecchiature esistenti negli studi medici? In caso di rientro all'interno dell'Azienda, il professionista potrà continuare ad utilizzare "in esclusiva" le proprie apparecchiature? Ritengo che sia indispensabile inserire nel ddl delle indicazioni al riguardo, onde evitare un ulteriore danno ai dirigenti medici.

In considerazione dei nuovi vincoli che il Ddl introduce per l'attività libero professionale intra-

muraria e per l'esclusività di rapporto, ritengo che sia includibile un impegno contestuale del Governo a un adeguamento dell'indennità per l'esclusività di rapporto, non inferiore alla perdita del suo potere d'acquisto a partire dalla data della sua istituzione, oltre alla strutturazione di detta voce stipendiale fra quelle comprese nel trattamento fondamentale, della retribuzione dei dirigenti medici.

### Il giudizio sul Ddl

Sotto certi aspetti la formulazione del disegno di legge presentato al Consiglio dei Ministri è più accettabile, rispetto alla bozza preliminare che era stata presentata alle Oo.Ss., tuttavia sarà necessario insistere ancora per ottenere ulteriori garanzie, soprattutto economiche.

Solo sul testo che verrà approvato dal Parlamento sarà possibile esprimere un giudizio definitivo. Non di meno dobbiamo riconoscere che, anche grazie alla ferma opposizione delle Oo.Ss. il primo passo è stato fatto ed è caduto quello che sembrava il muro invalicabile: "mai più proroghe".

## Cosa prevede in sintesi

### Sicurezza delle cure

1. l'adozione da parte delle Regioni e Province autonome di un sistema per la gestione del rischio clinico finalizzato alla sicurezza dei pazienti nel percorso di diagnosi e cura, incluso il rischio di infezioni ospedaliere, e ciò attivando una specifica funzione aziendale in ogni Asl e in ogni Ospedale;
2. l'istituzione di un servizio di ingegneria clinica che garantisca l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti sanitari, prevedendo procedure specifiche e più stringenti per il collaudo, la manutenzione e le verifiche periodiche di sicurezza;
3. norme per facilitare la soluzione stragiudiziale delle vertenze per danni derivanti da prestazioni fornite dagli operatori sanitari, in linea con quanto già sperimentato positivamente in alcune Asl e in altri Paesi europei e ciò per consentire al cittadino forme più celeri di risarcimento.

### Esercizio della libera professione intramuraria

1. che le Regioni si impegnino comunque, in modo prioritario, per la realizzazione degli spazi interni alle strutture per garantire pienamente l'esercizio della libera professione intramuraria. Per far questo le Regioni avranno tempo fino al 31 luglio 2008;
2. la possibilità per le Regioni, in alternativa alla realizzazione di spazi specifici interni alla struttura

sanitaria, di acquisire spazi ambulatoriali esterni, tramite acquisto, locazione o convenzione, per l'esercizio della libera professione da parte dei dirigenti che hanno scelto l'esclusività di rapporto con il Ssn (la cosiddetta "intramoenia"). L'attività libero professionale in questi spazi sarà comunque gestita dalle Asl in maniera diretta, secondo i seguenti principi organizzativi: un tariffario equo e adeguato a garantire la copertura dei costi dei servizi resi; l'affidamento a personale dell'Asl della prenotazione, da eseguirsi in tempi e sedi diversi rispetto a quelli ordinari, e della fatturazione delle prestazioni erogate in regime di libera professione. Ciò per evitare abusi e illeciti; per garantire che i volumi di prestazioni libero professionali non superino quelli eseguiti nell'orario di lavoro e per la piena trasparenza del percorso di accesso e riscossione degli onorari in regime di libera professione.

### Esclusività del rapporto di lavoro

1. che la direzione di struttura complessa e di struttura semplice dipartimentale da parte dei dirigenti del ruolo sanitario, comporti l'esclusività di rapporto di lavoro per la durata dell'incarico prevista dal contratto individuale del dirigente (di norma tra i 5 e 7 anni);
2. che per tutti gli altri incarichi dirigenziali del ruolo sanitario (sia medici che altre professioni) è consentita la scelta tra rapporto esclusivo e non esclusivo, e viceversa, alla scadenza dei contratti individuali (di norma tra i 3 e 5 anni).



# M.A.M.M.A AOGOI

Movement Against Medical Malpractice and accident  
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

WWW.GINECOLOGIAFORENSE.IT

Questo modulo può essere utilizzato per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI". Dopo averlo compilato, dovete ritagliarlo ed inoltrarlo alla Segreteria nazionale AOGOI, via G. Abamonti, 1 - 20129 Milano, per posta, oppure via fax (02.29525521). In maniera più semplice, potrete compilare il modulo "on line", andando al sito



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

SOCIO	nome	cognome	indirizzo	
	città	provincia	cap	sede di lavoro
	e-mail	mobile	telefono	fax

TIPO  evento sanitario avverso  atti della magistratura  contenzioso amministrativo

EVENTO	

descrivere in modo sintetico l'evento per il quale si richiede assistenza

ASSISTENZA  parere legale  parere sindacale o amministrativo  altro  parere di esperto clinico  verifica della linea difensiva già in atto

DESCRIZIONE	

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

CONTATTO  telefono  e-mail  fax  mobile *Indicare la modalità con cui si preferisce essere contattati*

CONSENSO il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni generali di funzionamento del servizio di "tutela legale" pubblicate sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it) e sulla rivista dell'associazione "GynecoAogoi"

data \_\_\_\_\_ il socio \_\_\_\_\_

## Lettere



## Lavoro a rischio

Da molti anni ho la buona abitudine, che vorrei maggiormente condivisa, di donare sangue. L'ultima volta mi è stata sottoposta una nuova, più complicata, versione del questionario con cui si raccolgono notizie sulle abitudini a maggior pericolo d'infezione, come i viaggi all'estero (ma congressi sponsorizzati se ne fanno sempre meno!), o la promiscuità sessuale (ma come farsi un'amante se con il nostro stipendio da solo a stento si riesce a mantenere decentemente una famiglia?!), e nuove altre voci, tra le quali il "lavoro a rischio". Chissà perché mi è venuto subito da pensare al nostro lavoro. Per il rischio non tanto di beccarsi una malattia, legato più che altro alla sfiga, se si mettono in atto tutte le procedure di sicurezza, quanto proprio per come ci tocca ormai operare giorno per giorno, e ancor più per quanto poco siamo tutelati.

Scrivo dalla Puglia, una regione che tra destra e sinistra ha avuto negli ultimi anni una riforma e una controriforma, mai condotte fino in fondo, chiusure e aperture, più per antipatie e simpatie politiche che per oculati motivi tecnici, di divisioni di ostetricia che nella maggior parte dei casi ancor oggi non hanno i requisiti essenziali previsti dal P.O.M.I. (il Progetto Obiettivo Materno Infantile), soprattutto per quel che riguarda l'assistenza neonatale e la guardia anestesiológica. Così, per garantire qualche possibilità di sopravvivenza a neonati molto piccoli si va sempre più lontano, e tra non molto bisognerà andare fuori regione, mentre con gli attuali organici di anestesisti i buoni propositi di garantire a tutte le donne un travaglio privo di dolore resterà ancora a lungo una chimera. Se a questo si aggiunge tutto quanto è immaginabile in tema di carenze di apparecchiature e

di personale legate alla stretta finanziaria che nel tempo ha ridotto sempre più le risorse disponibili, per lo più poi bruciate da una spesa farmaceutica fuori controllo, si comprende come sia potenzialmente a rischio qualsiasi cosa si faccia, non tralasciando l'imponderabile che non va mai sottovalutato. Di conseguenza diventa sempre più difficile trovare un'adeguata copertura assicurativa che garantisca realmente se stessi, i propri cari e i propri averi. Avevo un'assicurazione (non la sola) non tanto d'epoca con la compagnia più importante d'Italia che mi copriva per un miliardo delle vecchie lire pagando cinquecento euro l'anno. A fine contratto, una cortesemente fredda lettera mi ha comunicato che, malgrado non avessi mai avuto incidenti, non era più interesse della società continuare a proteggermi. Di fronte alla mia richiesta di rinegoziare la polizza,

mi veniva detto che per le stesse condizioni avrei dovuto versare dieci volte tanto, cioè cinquemila euro per anno. Non è che siano diverse le tariffe delle altre società. Ma vi pare normale che occorra buttare quasi una busta paga e mezzo per una copertura oggi del tutto insufficiente e col rischio, reale e non ipotetico, di essere piantati in asso alla prima denuncia di sinistro e non solo dopo un'eventuale riconoscimento di colpa? Fortuna che c'è il nuovo contratto! Così penseremmo tutti, giudicandolo positivo non tanto per i benefici economici (da tempo ormai non recuperiamo più il potere d'acquisto) quanto per quelli normativi. L'assicurazione cumulativa aziendale è una bella cosa. Ma quando sarà davvero operante? Con la crisi di fondi che ci attanaglia le procedure per attivarla già andavano molto a rilento, poi sono arrivate le fusioni per costituire le Asl di

provincia e tutto è da rifare. E molto più complicato. Bisognerà comunque lottare per tetti di risarcimento abbastanza alti, considerando i più alti pagati sinora, e per evitare in assoluto la franchigia, che costringerebbe il singolo a una controassicurazione di garanzia. Non mancano inoltre amenità come quella che certi direttori generali non vorrebbero coprire l'intramoenia allargata, sebbene autorizzata per mancanza (diffusa) di spazi idonei! Sono solo alcuni esempi di come la nostra vita professionale (e non) invece di semplificarsi si complica sempre di più. Non è più sufficiente rispettare le regole dell'arte e agire con la cautela del buon padre di famiglia per evitare guai seri. Il nostro lavoro è sempre più "a rischio". Una soluzione è possibile?

Giuseppe Gragnaniello

Pubbllichiamo con piacere la lettera del dottor Gragnaniello perché questi stessi problemi sono stati segnalati con insistenza da più parti. L'Aogoi da anni ne ha fatto un cavallo di battaglia e a più riprese *GynecoAogoi* li ha discussi nelle sue pagine. Conosciamo bene la situazione degli ospedali pugliesi e la loro storia degli ultimi dieci anni. Siamo convinti

che è proprio la scorrettezza (in senso politico e in senso generale) il brodo di coltura della crisi manageriale degli ospedali italiani. L'indifferenza da parte dei Direttori generali verso questi problemi, il menefreghismo politico su temi come la copertura assicurativa, la miseria narcisista di non allestire spazi idonei per l'intramoenia e così via, non fanno certamente parte della fa-

migerata managerialità dei nostri Direttori. Fossimo più tenaci e intransigenti forse le cose andrebbero meno peggio...o forse ci converrebbe "andare tutti a casa" come viene proposto in modo provocatorio nel Corsivo a pagina 15 di questo numero.

La redazione

## Grave lutto per la ginecologia italiana

## È mancato Giorgio Pardi

A 67 anni scompare un maestro della moderna ginecologia. Insieme all'eredità professionale, vogliamo serbare il ricordo della sua sensibilità umana e della grande onestà intellettuale. Al collega Pardi l'affettuoso addio di tutta l'Aogoi, che si unisce al dolore della famiglia

È morto improvvisamente a Venezia, nella notte tra lunedì 30 aprile e martedì 1° maggio, Giorgio Pardi, nato a Milano nel 1940. Era direttore della prima Clinica di Ostetricia e ginecologia dell'Università degli Studi di Milano e direttore del Dipartimento per la salute della donna, del bambino e del neonato della Fondazione Policlinico. Allievo di Giovanni Battista

Candiani, aveva svolto i suoi studi prevalentemente in campo ostetrico sviluppando tra i primi in Italia lo studio del battito cardiaco fetale. Ha ricoperto numerosi incarichi societari: Presidente Associazione Ginecologi Universitari Italiani, Presidente Società Italiana di Medicina Perinatale, Presidente Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia, presidente della

Commissione Hiv e Gravidanza della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Era stato insignito della medaglia d'oro della Aogoi, di cui era socio onorario, in riconoscimento della collaborazione e amicizia dimostrata verso i colleghi ospedalieri. La sua opera come scienziato e come medico è largamente riconosciuta sia in Italia sia



all'estero, tanto che nell'ottobre dello scorso anno è stato nominato membro onorario della

American Society of Obstetrics and Gynecology, primo italiano a ricevere tale riconoscimento. L'ostetricia italiana gli deve molto per lo sviluppo delle conoscenze da Lui realizzate e per l'insegnamento ai numerosi studenti e specializzandi dell'Università di Milano. Non ha esitato a confrontarsi con posizioni culturali anche diverse dalle sue scelte etiche, mostrando apertura mentale e disponibilità non comune. La cerimonia funebre è stata celebrata nella Clinica da Lui diretta lo scorso venerdì 4 maggio.



# 83°

**Congresso Nazionale SIGO**  
48° Congresso AOGOI 15° Congresso AGUI

# DONNA E AMBIENTE

14 - 17 ottobre 2007 Napoli, Mostra d'Oltremare

Presidenti: **Antonio Cardone - Antonio Chiàntera**

*CON IL PATROCINIO DELLA REGIONE CAMPANIA*

## TOPICS

IMPATTO DELL' AMBIENTE SULL' EVOLUZIONE DELLA GRAVIDANZA

PIANIFICAZIONE FAMILIARE TRA ESIGENZE PERSONALI E INTERFERENZE AMBIENTALI

PATOLOGIA GINECOLOGICA E CORRELATI SOCIO-AMBIENTALI

PROMOZIONE DEL PARTO SPONTANEO TRA INDICAZIONI MEDICHE ED ESIGENZE AMBIENTALI

INQUINAMENTO AMBIENTALE E RIPRODUZIONE

LE NUOVE TECNOLOGIE AL SERVIZIO DELLA SALUTE DELLA DONNA (Biotecnologie, Nanotecnologie, Telemedicina)

CUORE E DONNA

CUORE E DONNA IN GRAVIDANZA

L' IDEA DEL BENESSERE IN UNA REALTÀ MULTIETNICA

IL BENESSERE DELLA DONNA: DALL' ADOLESCENZA ALLA MATURITÀ

IL BENESSERE DELLA DONNA: DALLA PREMENOPAUSA ALLA TERZA ETÀ

LA VIOLENZA SULLE DONNE

ECOSISTEMA BATTERICO E CORRELATI GINECOLOGICI

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

S.E.L. CONGRESSI & TRIUMPH CONGRESSI

S.E.L.: gestione sponsor, prenotazioni alberghiere, transfer

Via Arangio Ruiz, 107 - 80122 Napoli

Tel: 081 - 666733 Fax: 081 - 661013 e-mail: info@selcongressi.it

TRIUMPH: gestione relatori, iscrizioni, atti, ECM

Via Lucilio, 60 - 00136 Roma

Tel: 06 - 355301 Fax: 06 - 35340213 e-mail: sigo2007@gruppotriumph.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dipartimento di Scienze Ginecologiche

Ostetriche e della Riproduzione

Largo Madonna delle Grazie 1 - 80138 Napoli

Tel: 081 - 5665602 / 5665599 Fax: 081 - 5665610

e-mail: sigo2007.scient@tiscali.it

TUTTE LE INFORMAZIONI AGGIORNATE  
SONO DISPONIBILI SU  
[WWW.SIGO2007.IT](http://WWW.SIGO2007.IT)