

**Contratto.
Subito!**

**Sciopero nazionale della Sanità
lunedì 22 luglio 2013**

4 ore all'inizio di ciascun turno
sit in a Roma al ministero dell'Economia ore 10.00

**AOGOI E SIGO INCONTRANO
IL MINISTRO DELLA SALUTE LORENZIN**

**"SPOSTARE I TEMPI
DELLA NORMA
SULL'OBBLIGO
ASSICURATIVO"**

■ SCIOPERO SSN

Il 22 luglio la Dirigenza del Ssn incrocerà le braccia contro il nuovo blocco del contratto previsto dal Governo, ma non solo. Ecco gli 8 punti al centro della protesta

■ RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Allo studio della Camera il nuovo testo sulla responsabilità professionale proposto dal deputato Pdl e ginecologo Benedetto Fucci

■ ANALGESIA DEL TRAVAGLIO

Protossido d'azoto: un metodo analgesico sicuro, semplice e veloce da utilizzare. Che può essere somministrato anche dal personale non medico



levofolene[®]

Calcio Levofolinato Pentaidrato



ALFA WASSERMANN

IL 22 LUGLIO LA SANITA' IN SCIOPERO PER IL CONTRATTO

Dopo lo sciopero dei ginecologi e delle ostetriche e quello degli ortopedici del 1° luglio, si ferma la dirigenza del Ssn. Medici, veterinari, farmacisti, amministrativi e tutte le altre professioni sanitarie dirigenti incroceranno le braccia contro il nuovo blocco del contratto previsto dal Governo

Gli oltre 115 mila medici e veterinari dipendenti insieme ai 20 mila dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali del Ssn davanti al collasso del servizio sanitario pubblico, risultato della drastica riduzione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate ai cittadini italiani, di conflitti istituzionali, della mortificazione e penalizzazione dei professionisti, sciopereranno il prossimo lunedì 22 luglio dalle ore 08.00 alle ore 12.00.

Otto i punti al centro della protesta finalizzata a:

- la difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale
- la stabilizzazione dei precari e l'occupazione dei giovani
- la riforma della formazione medica pre e post laurea
- una legge specifica sulla responsabilità professionale
- il diritto a contratti e convenzioni ed il ripristino delle prerogative sindacali
- un sistema di emergenza urgente efficace, dignitoso, sicuro
- la definizione di livelli essenziali organizzativi
- una progressione di carriera sottratta alla politica e ai tagli lineari.

Lo sciopero nazionale della dirigenza del Ssn sarà anticipato inoltre da una serie di iniziative sindacali a partire da lunedì 8 luglio, che prevedono: il blocco degli straordinari; l'astensione da tutte le attività non comprese nei compiti di istituto; l'avvio di contenziosi legali; la richiesta di pagamento e/o recupero delle ore effettuate in turni di guardia eccedenti il debito orario contrattuale; la ri-

chiesta di godimento delle ferie arretrate; assemblee in tutti gli ospedali e luoghi di lavoro il 15 luglio.

Queste le sigle che hanno indetto lo sciopero e le altre iniziative: Anao Assomed - Cimo-Asmd - Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici - Fvm - Fassid - Cisl Medici - Fesmed - Anpo-Ascoti-Fials Medici - Uil Fpl Medici - Sds Snabi - Aupi - Fp Cgil Spta - Uil Fpl Spta - Sinafo - Fedir Sanità - Sidirss - Ugl Medici - Federspecializzandi

Le ragioni della protesta

Il 18 giugno scorso l'intersindacale rappresentativa dei Medici, dei Veterinari, dei Dirigenti sanitari e amministrativi dipendenti del Ssn aveva articolato le ragioni della sua protesta contro lo "Schema di decreto del Presidente della Repubblica recante regolamento in materia di proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per i pubblici dipendenti" in una lettera inviata al Governo e alle Regioni. Nella lettera l'intersindacale esprime "netta contrarietà nei confronti delle disposizioni, ipotizzate nel Regolamento in oggetto, con le quali il Governo vorrebbe estendere a tutto il 2014 gli effetti, perversi e penalizzanti, dell'articolo 9 della legge 122/2010". "Il decreto - specificano i medici - proroga di un ulteriore anno non solo il blocco del Contratto Nazionale, che perdura dal 2009, ma anche la mancata applicazione di istituti contrattuali consolidati in precedenti contratti di lavoro. Si determina, di fatto, una so-

spensione per legge di diritti sanciti dalla contrattazione, lo svuotamento del Ccnl 2013-2015, dopo la cancellazione della tornata 2010-2012, il rinvio a tempo indeterminato della contrattazione nel pubblico impiego. Senza contare il blocco delle dinamiche di carriera, delle retribuzioni individuali e dei fondi contrattuali, e quindi della contrattazione integrativa periferica (art. 9, co. 2 bis), lungo 5 anni, due tornate contrattuali, che aggrava in modo perverso le conseguenze della crescente riduzione dei dirigenti sanitari dipendenti, per quiescenza e per blocco del turnover, minando ulteriormente la reale funzionalità della sanità pubblica".

"Gli effetti - ribadisce l'Intersindacale - sono particolarmente rilevanti nei riguardi dei Dirigenti del ruolo sanitario, dipendenti del Ssn, cui le disposizioni della legge 122/2010 sono già costate un prezzo medio pro capite di circa 30.000 Euro (quasi il debito medio individuale di un cittadino italiano)".

Il blocco delle procedure contrattuali e negoziali impedisce, tra l'altro, "il recepimento di norme legislative pregresse e di riforme strutturali annunciate, amplificando ed incattivendo un quadro già drammatico per cittadini ed operatori, i primi, vittime di un defianziamento che provoca diminuzione dei servizi, gli altri, gravati da un progressivo peggioramento delle condizioni di un lavoro spesso svolto ai limiti della sicurezza. Tali restrizioni peraltro non sembrano estendibili alle categorie speciali non contrattualizzate del pubblico impiego, che hanno già

Gli 8 punti al centro dello sciopero

1 Per la difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale

2 Per la stabilizzazione dei precari e la occupazione dei giovani

3 Per la riforma della formazione medica pre e post laurea

4 Per una legge specifica sulla responsabilità professionale

5 Per il diritto a contratti e convenzioni ed il ripristino delle prerogative sindacali

6 Per un sistema di emergenza urgente efficace, dignitoso, sicuro

7 Per la definizione di livelli essenziali organizzativi

8 Per una progressione di carriera sottratta alla politica e ai tagli lineari

eluso il blocco retributivo che perdura dal 2009".

"Il Governo - per i medici - ha diritto, e dovere in alcuni casi, di predeterminare il finanziamento della contrattazione dei propri dipendenti ma non certo quello di sottrarsi al confronto contrattuale, ancorché a risorse limitate, dimostrando di considerare i contratti di lavoro un mero costo e non uno strumento di innovazione, di governo e di rilancio dei servizi essenziali, come ritiene la stessa Conferenza delle Regioni dichiarata favorevole alla apertura di un tavolo contrattuale. L'inevitabile contenzioso e la conflittualità sindacale che verrà a determinarsi rischiano di deteriorare ulteriormente il funzionamento dei servizi pubblici attraverso la costante umiliazione dei dipendenti della pubblica amministrazione".

Queste le motivazioni per cui le organizzazioni sindacali chiedono "di consentire lo svolgimento delle procedure contrattuali e negoziali, con risorse per l'anno 2014 predeterminate dal Governo e di eliminare la estensione al 2014 per la Dirigenza del Ssn perlomeno degli effetti dell'art. 9, comma 1, 2 e 2 bis, della legge 122/2010, il che, diversamente delle altre aree e comparti, non determina aumento della massa salariale media pro capite.

A sostegno di tale richiesta le organizzazioni sindacali attiveranno a partire dai prossimi giorni una serie di iniziative di protesta che potranno culminare in uno sciopero nazionale delle categorie interessate da tenersi entro il mese di luglio 2013". **Y**

La Sanità italiana
è senza contratto
di lavoro dal 2009

Contratto. Subito!

Sciopero nazionale della Sanità lunedì 22 luglio 2013

**4 ore all'inizio di ciascun turno
sit in a Roma al ministero dell'Economia ore 10.00**

L'astensione dal lavoro riguarda oltre 115 mila medici e veterinari dipendenti e i 20 mila dirigenti sanitari, amministrativi, tecnici e professionali del Ssn.

Per la difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale

Per la stabilizzazione dei precari e la occupazione dei giovani

Per la riforma della formazione medica pre e post laurea

Per una legge specifica sulla responsabilità professionale

Per il diritto a contratti e convenzioni ed il ripristino delle prerogative sindacali

Per un sistema di emergenza urgenza efficace, dignitoso, sicuro

Per la definizione di livelli essenziali organizzativi

Per una progressione di carriera sottratta alla politica e ai tagli lineari

**A partire da
lunedì 8 luglio**

Il blocco degli straordinari

L'astensione dalle attività non comprese nei compiti di istituto

L'avvio di contenziosi legali

La richiesta di pagamento e/o recupero delle ore effettuate
in turni di guardia eccedenti il debito orario contrattuale

La richiesta di godimento delle ferie arretrate

Assemblee in tutti gli ospedali e luoghi di lavoro il 15 luglio

Nei prossimi giorni daremo vita ad una campagna di comunicazione rivolta ai cittadini ed alle più alte cariche dello Stato per far conoscere le nostre preoccupazioni e chiedere l'appoggio di tutti coloro che hanno a cuore le sorti del Ssn che si salva solo insieme a coloro che, pur tra enormi difficoltà, riescono ancora a garantire la esigibilità di un diritto costituzionale.

ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FP CGIL MEDICI - FVM - FASSID - CISL MEDICI -
FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL MEDICI - SDS SNABI - AUPI - FP CGIL SPTA - UIL FPL SPTA -
SINAFO - FEDIR SANITA' - SIDIRSS - UGL MEDICI - FEDERSPECIALIZZANDI

Contratti e convenzioni nel Patto per la Salute

Montaldo: "Subito confronto con tutti gli attori"

■ Si comincerà dalla parte normativa. Nella cornice del nuovo Patto della Salute. È questa l'intenzione delle Regioni che apriranno a breve un vasto confronto con il Governo e i rappresentanti sindacali. Intervista al presidente del Comitato di settore e presidente della Regione Liguria che ci ha anticipato le mosse delle Regioni

La coperta economica è cortissima e sperare di avere risorse economiche per chiudere contratti e convenzioni è impensabile. Se qualche cambiamento arriverà, riguarderà solo la parte normativa. Un cambiamento che sarà comune il frutto di un confronto con tutti gli attori coinvolti nella partita contrattuale e che si inserirà nella cornice del nuovo Patto della Salute. È quanto ha annunciato Claudio Montaldo, presidente del comitato di set-

tore delle Regioni e assessore alla sanità della Liguria, in un'intervista a *Quotidiano Sanità* il 13 giugno scorso a margine della seduta della Conferenza delle Regioni, che aveva all'ordine del giorno la bozza di atto di indirizzo per l'adeguamento degli accordi collettivi nazionali.

Assessore Montaldo, a che punto è la partita sui rinnovi contrattuali?

La conferenza dei Presidenti ha deciso di aprire un confronto vasto sul tema della situazione con-

trattuale. Un confronto che coinvolgerà l'intero mondo di quanti operano nel Ssn, quindi sia il personale in convenzione, ossia medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti, sia quello dipendente, ossia dirigenza medica e comparto. Questo perché è nostra intenzione confrontarci con il Governo per collocare la discussione dei rinnovi contrattuali nella cornice del nuovo Patto della Salute. È chiaro che dovremo muoverci nella consapevolezza di un'assenza di risorse. Uno scenario di cui non possiamo non prendere atto, e che ovviamente ha ricadute non solo sugli scenari nazionali, ma anche sui livelli regionali e aziendali.

Questo comporterà un intervento sul Decreto che interviene sul blocco contrattuale?

Il confronto con il Governo deve portare a verificare la possibilità di una eventuale modifica al Decreto per far sì che il blocco sia riferito alla sola parte economica, consentendo invece la via del confronto almeno sugli aspetti normativi. È evidente che un rinnovo delle condizioni contrattuali può aiutare, agevolare, creare delle condizioni per favorire i processi di riorganizzazione che sono in atto e di cui la sanità ha ancora bisogno. Questo richiederà tempo, ma vogliamo dare un segno di attenzione al mondo del lavoro, in questo caso particolare al mondo della sanità, per collocarlo in modo attivo nel processo di riorganizzazione che è rappresentato proprio dal Patto della salute sul



quale speriamo di ricominciare presto a discutere.

Che tempi prevede?

Abbastanza rapidi. Abbiamo intenzione di aprire i primi confronti già dalle prossime settimane. Cominceremo da quello con il Governo, con il quale siamo già in contatto, per calendarizzare i primi incontri. Il passaggio successivo sarà il confronto con il Comitato di settore.

Rimane il fatto che fino al 2014 le condizioni economiche per il personale non potranno cambiare?

Mi pare evidente che il Paese non è nelle condizioni di poterlo fare. È anche vero che dopo un periodo di blocco così consistente e così lungo, nel corso del quale sono cambiate tantissime cose, discutere delle convenzioni e dei contratti richiederà tempo. E in questo tempo cercheremo di capire se il Paese è nelle condizioni di non reiterare il blocco anche per il 2015. Oppure nel caso si dovesse prolungare questa stasi, capire come affrontarla. Ritengo comunque che questo sia un fatto positivo: voglio scommettere su un futuro migliore per il Paese, e noi ci faremo trovare pronti con una nuova struttura contrattuale. **Y**

Responsabilità professionale. Il nuovo testo allo studio della Camera

Il Parlamento torna ad affrontare il tema della responsabilità professionale dei sanitari. E lo fa dando il via all'iter di esame, in Commissione Affari Sociali, del disegno di legge proposto dal deputato del Pdl, e ginecologo, Benedetto Fucci. In tutto si tratta di cinque articoli che cercano di mettere mano ad un tema, quello della responsabilità professionale, delicato e complesso oltre che estremamente oneroso per il Servizio sanitario.

Nel tentativo di offrire risposte a queste tematiche il disegno di legge dell'onorevole Fucci si propone di definire, all'**articolo 1**, la natura del rapporto tra medico e paziente, mediante l'introduzione, il modello è preso in prestito dalla Francia, di un contratto che espressamente non comporti per il medico l'obbligo di guarire il paziente, bensì quello di prestargli le cure appropriate e necessarie, in conformità con le conoscenze scientifiche acquisite.

L'articolo 2 prevede l'obbligo, per tutte le strutture sanitarie, pubbliche o private, di stipulare una copertura assicurativa per responsabilità civile a vantaggio sia del personale medico che di quel-

■ **Obbligo di assicurazione per le strutture e di conciliazione prima di avviare azioni nei confronti dell'assicuratore. Obbligo per Asl e ospedali di istituire uffici legali di supporto per il personale. Queste alcune delle norme previste dal testo sulla responsabilità professionale firmato dal collega parlamentare e segretario della Commissione Affari Sociali della Camera Benedetto Fucci**

lo sanitario e infermieristico. "Ciò comporta - spiega Fucci nella sua proposta - il principio secondo cui la responsabilità civile per eventuali danni subiti a causa di imperizia da parte del personale



Benedetto Fucci

sanitario sia posta a carico delle strutture in cui è avvenuto l'intervento medico. Di conseguenza, colui che si ritenga danneggiato da un intervento sanitario e che giudichi tale violazione contraria a quanto stipulato nel contratto deve obbligatoriamente rivolgersi all'assicuratore".

L'articolo 3 introduce il concetto dell'obbligatorietà della conciliazione stragiudiziale prima di avviare l'azione civile nei confronti dell'assicuratore. Se la conciliazione dovesse fallire allora si può avviare l'azione civile diretta nei confronti dell'assicuratore.

L'articolo 4 prevede l'obbligo di istituire nelle Asl e negli ospedali appositi uffici legali di sup-

porto al personale sanitario sul piano legale nel momento in cui questo debba prendere, nell'arco di poco tempo, decisioni di estrema delicatezza per la necessità di intervenire in situazioni di emergenza. "Di conseguenza - spiega ancora Fucci - ove sia accertato che il sanitario ha seguito tali indicazioni, esso non può essere accusato o subire penalizzazioni sul piano disciplinare o economico".

I 5 articoli del disegno di legge proposto dall'On. Fucci in tema di responsabilità medica e copertura assicurativa soddisfano gran parte delle richieste dei medici più esposti al rischio professionale

Infine l'articolo 5 istituisce obbligatoriamente, presso ogni regione e P.A., "un ufficio di valutazione del rischio di responsabilità civile del personale sanitario, composto da esperti con l'obiettivo di prevenire i contenziosi offrendo alle Asl e agli ospedali indicazioni di natura vincolante sul piano organizzativo. Inoltre, anche per fare chiarezza sulle cifre e sulle dimensioni del fenomeno e per ovviare alla mancanza di fonti certe di cui si accennava all'inizio, questi uffici hanno il compito di raccogliere i dati sul contenzioso in campo sanitario emersi nei territori di competenza, inviando una relazione sia al Ministero della salute che alle competenti Commissioni parlamentari". **Y**

Ricerca Agenas

Un milione di accessi in meno al Pronto Soccorso. Ma l'inappropriatezza sfiora l'80%

■ **L'Agenzia pubblica una ricerca che indaga sugli sviluppi dell'Assistenza primaria nelle diverse Regioni e le ricadute sul fenomeno degli accessi impropri al Pronto Soccorso, che in alcune realtà sfiorano l'80% del totale. Ma che complessivamente tra il 2011 e il 2012 sono calati**

Oltre 300 milioni di euro per finanziare progetti regionali innovativi nel settore delle Cure primarie. Era questa la cifra stanziata nel Psn 2009, che assegnava proprio a questo settore il 25% dei finanziamenti complessivamente assegnati agli obiettivi prioritari. L'obiettivo era quello dell'assistenza H24 sul territorio, che avrebbe dovuto migliorare i servizi e, in particolare, ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso. Ora Agenas pubblica i risultati di una ricerca condotta proprio per monitorare l'andamento dei progetti regionali realizzati con quel finanziamento, in un Quaderno monotematico della sua rivista Monitor: Assistenza h24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso. Come sottolineano nell'editoriale che introduce la rivista Giovanni Bissoni e Fulvio Moirano, rispettivamente presidente e direttore dell'Agenzia, la riduzione di accessi al PS è solo un aspetto del complessivo progetto di riordino: "il riordino dell'assistenza primaria, nello sviluppare programmi di medicina d'iniziativa per il trattamento della cronicità e della non autosufficienza e nel potenziare il rapporto fiduciario tra la persona e una rete di servizi territoriali, potrà anche apportare senza escludere possibili benefici in termini di riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso, seppure secondari rispetto agli obiettivi specifici dei programmi di assistenza primaria". L'accesso di pazienti al Pronto Soccorso per problemi non urgenti è una costante di tutti i sistemi sanitari, essendo "attestata tra il 9% ed il 54,1% negli Usa, tra il 25,5% ed il 60% in Canada, tra il 19,6% ed il 40,9% in Europa". In Italia la variabilità di questi accessi "impropri" è significativa nelle diverse aree geografiche: se il valore medio nazionale è del

24,18%, al sud e nelle isole sale al 30,94%, al centro invece scende al 17,98%, mentre il nord registra un 23,85%. Resta il dato complessivo, elaborato sulla base dei dati trasmessi dalle Regioni al sistema informativo Emur del Ministero della salute, che nel 2012 fa registrare un milione di accessi in meno nei dipartimenti di emergenza-urgenza in Italia rispetto al 2011, passando dai 14.479.595 del 2011 ai 13.433.427 del 2012. Un dato che appare sorprendente anche in considerazione del fatto che la situazione di crisi economica spinge i cittadini a scegliere, anche in ambito sanitario, le solu-

zioni meno costose e il Pronto Soccorso ha anche questa caratteristica. La riduzione degli accessi al P.S. potrebbe allora discendere proprio dalle politiche di rafforzamento dei servizi territoriali, sostenute anche con i finanziamenti del Psn 2009, come indica il monitoraggio realizzato da Agenas. In particolare

sono stati realizzati monitoraggi molto sofisticati per quattro "casi studio", in Calabria, Emilia-Romagna, Toscana e Veneto, che hanno consentito di misurare come all'aumento dell'offerta di servizi della Medicina Generale corrisponda una riduzione di accessi "impropri" nei P.S. della stessa area.

In Calabria si è indagato il caso di Lamezia Terme, dove si è sperimentato un modello organizzativo di Assistenza Territoriale Integrata, prima H12 e poi H24, dal 2011. In Emilia-Romagna si è analizzata la situazione di Parma, con un accordo con i Mmg che ha

In Italia la variabilità degli accessi "impropri" al Pronto Soccorso nelle diverse aree geografiche è significativa. A fronte di un valore medio nazionale di 24.18% può arrivare fino all'80%

prolungato gli orari di apertura degli ambulatori di medicina Generale. In Toscana il monitoraggio ha riguardato la Ausl di Empoli, dove la Casa della salute Sant'Andrea fornisce un servizio H24, alternando medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale. In Veneto infine la realtà esaminata è quella del comune di Maserà, dove opera una Equipe territoriale di assistenza primaria (Etap) che garantisce un servizio H12. L'analisi dei ricercatori Agenas mette in evidenza come tutti questi interventi abbiano prodotto risultati, riducendo gli accessi impropri ai P.S. della zona, ma che ciò avviene in modo più incisivo quando sono gli stessi medici di medicina generale a garantire la continuità del servizio ai cittadini.

"L'analisi statistica condotta sulle quattro sperimentazioni selezionate dal progetto ministeriale per valutare l'impatto di alcuni specifici modelli organizzativi delle Cure primarie sull'appropriatezza del ricorso al Pronto soccorso - scrivono i ricercatori Agenas - evidenzia risultati già indicativi anche se non ancora del tutto consolidati a causa della durata al momento limitata di tali esperienze". Comprendere limiti e punti di forza delle esperienze già realizzate è uno strumento essenziale per prendere decisioni e proprio questo è lo scopo del monitoraggio Agenas: "Questa ricerca - sottolineano Bissoni e Moirano presentandola - offre alcuni spunti di miglioramento per l'attivazione e lo sviluppo delle iniziative nell'ambito dell'assistenza primaria, utili tanto ai decision maker di diverso livello istituzionale nella programmazione e controllo quanto ai professionisti per lo svolgimento della pratica clinica".

Spesa sanitaria privata

"Non è più alta dove il pubblico funziona meno"

■ **A favorire il ricorso alle prestazioni sanitarie private sembra essere piuttosto una buona condizione economica e non il basso livello qualitativo dei sistemi sanitari pubblici regionali. È quanto emerge dai primi risultati dell'Osservatorio sui consumi privati in sanità della SDA Bocconi che sfatano un luogo comune**

La spesa delle famiglie per la sanità non è compensativa della qualità dei sistemi pubblici, come emerge dai primi risultati dell'Osservatorio sui consumi privati in sanità della SDA Bocconi presentati il 18 giugno scorso. La spesa sanitaria privata delle famiglie, la cosiddetta spesa "out of pocket" è stata nel 2011 di quasi 28 miliardi di euro, il 20% del totale della spesa sanitaria in Italia (140 miliardi di euro) e in quell'anno ha inciso per il 4% sulla spesa totale delle famiglie. Analizzando i differenziali regionali nella spesa privata pro capite, l'analisi condotta dall'Osservatorio ha evidenziato come l'entità della spesa privata sanitaria sia correlata positivamente più con il reddito pro capite che con la bassa qualità dei sistemi sanitari pubblici.

La classifica della spesa privata pro capite mostra come nelle primissime posizioni si trovino Trentino Alto Adige, con 707 euro pro capite nel 2011, il Veneto con 666 euro, il Friuli con 588 e l'Emilia-Romagna

con 564. In fondo alla classifica la Sardegna, con 350 euro pro capite di spesa privata, la Basilicata (325), la Sicilia (289) e la Campania (239). "L'idea che i differenziali tra regioni nella spesa privata siano essenzialmente il risultato dei differenziali nel funzionamento dei sistemi pubblici trova scarso riscontro nelle evidenze", spiega Mario Del Vecchio, direttore dell'Osservatorio sui consumi privati in sanità (Ocps). "I dati mostrano come le regioni del sud, che difficilmente potrebbero essere considerate come le migliori nel contesto nazionale, siano anche quelle in cui si spende meno in sanità privata".

L'analisi dell'Ocps si è poi concentrata sullo studio dei comportamenti delle famiglie italiane riguardo ai consumi sanitari privati, che ha permesso di identificare quattro diversi cluster. Il primo è quello delle famiglie che spendono poco, con una media di 68,8 euro mensili per famiglia e 15,5 euro pro



► Segue a pagina 8



Corte dei conti

Personale Ssn: "Cala spesa e numero occupati"

■ **La relazione 2013 sul costo del lavoro mostra una flessione sia degli occupati (-1,5%) che della spesa (-1,4%) per il Ssn. Il calo dovuto alle diverse manovre economiche e al blocco del turnover e dei contratti. Indicate anche le retribuzioni medie annue: medici 74.130 euro, altri dirigenti 65.877 e non dirigenti 30.200 euro**

Il personale del comparto sanità (717.670 unità complessive), assorbito per il 93% dal personale delle aziende sanitarie e concentrato nelle strutture con un numero di dipendenti compreso tra 1.000 e 5.000, accentua la riduzione registrata nel precedente anno (-1,5%). Lo rileva la Corte dei conti nella sua Relazione annuale sul costo del lavoro che spiega il fenomeno "in relazione alle misure di contenimento della spesa, previste dalla legge finanziaria per il 2007 (art. 1, com-

ma 565) e confermate dal Patto per la salute per il periodo 2010-2012 e dalla legge finanziaria per il 2010 (legge n. 191 del 2009), nonché all'ulteriore impegno alla riduzione della consistenza di personale in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera". "Coerente con tali politiche - spiega ancora la Corte - si presenta la riduzione della dirigenza esterna (direttori generali e direttori sanitari, amministrativi e dei servizi socia-

li) che si contrae, nel triennio considerato, del 10,2%. Il 2011 segna una maggior riduzione, rispetto agli anni considerati, della dirigenza medica (-1,5%) e del personale non dirigente (-0,7%) che mostra una maggiore dinamicità nell'ambito del personale tecnico e amministrativo ri-

spetto al personale infermieristico, sostanzialmente stabile nel triennio. Contribuiscono, inoltre, all'equilibrio numerico del comparto anche gli effetti delle politiche di stabilizzazione avviate (oltre 2.500) che, tuttavia, non hanno evitato un significativo ricorso al personale a tempo de-

terminato (4% del complesso del personale), indice di una sofferenza nel garantire la continuità nell'erogazione dei servizi". "Il servizio sanitario nazionale - sottolinea la relazione - mostra una diminuzione di spesa dell'1,4% per un totale di spesa di 27,325 miliardi, riferibile alle voci stipendiali che assorbono più del 70% del complesso (oltre l'84% per il personale non dirigente). La variazione registrata, che si ridimensiona se depurata dalla componente arretrati percepita nel 2010 dalla dirigenza a seguito del rinnovo relativo al biennio economico 2008-2009, è in linea con la diminuzione di personale". "Significativa appare, comunque - scrive ancora la Corte nella sua relazione - la diminuzione della spesa per il personale dirigente che risente inoltre, come già ricordato, del blocco del turnover nelle Regioni in piano di rientro, delle politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle Regioni non sottoposte ai piani di rientro e dell'applicazione delle ulteriori misure di contenimento previste per tutto il personale pubblico".

Le retribuzioni medie del Ssn (2011)

CATEGORIA	RETRIBUZIONE 2011				VARIAZIONI 2011 SU 2010		
	Voci stipendiali	Voci accessorie	Totale retribuzione	% voci stipendiali su retribuzione totale	Voci stipendiali	Voci accessorie	Totale retribuzione
Servizio sanitario nazionale⁽¹⁾							
Dirigenti medici	48.817	25.313	74.130	65,9%	-0,5%	1,4%	0,1%
Dirigenti non medici	45.726	20.151	65.877	69,4%	-0,1%	4,5%	1,3%
Personale non dirigente	25.461	4.760	30.220	84,3%	0,3%	1,2%	0,5%

⁽¹⁾ Esclusa indennità di esclusività.

► **Segue da pagina 7**

"Non è più alta dove il pubblico funziona meno"

capite. Rappresentano il 79% del campione, ma solo il 27% della spesa sanitaria privata. Il secondo cluster è quello di chi spende molto solo per le spese dentali: circa 535 euro mensili a famiglia in media, 171 pro capite. Sono il 4% del campione e valgono il 17% della spesa. Il terzo rappresenta le famiglie che spendono per malattia, il 15% del campione e il 36% della spesa complessiva, con 257

euro di spesa a famiglia e 96 pro capite. Infine, il cluster di chi spende di più, ovvero le famiglie alla ricerca del benessere, che sono il 2% ma rappresentano il 20% della spesa. La loro spesa ammonta in media a 1.071 euro mensili a famiglia, 396 pro capite.

La regione di appartenenza influisce su chi spende dal dentista e tra coloro che spendono per il benessere. Le famiglie appartenenti al cluster che spende dal dentista, infatti, risiedono per quasi il 50% in sole 4 regioni (Piemonte, Veneto, Lombardia, Trentino), mentre il 30% delle famiglie del cluster alla ricerca benessere vive in

Lombardia, Veneto e Piemonte. Attenzione però, se è vero che a livello macro le spese private appaiono correlate al reddito, nel dettaglio delle famiglie chi spende molto per il dentista o per il proprio benessere non è per forza ricco: il 40% del cluster 2 è formato da coppie con 1 o 2 figli, mentre il 36% del cluster 4 è rappresentato da persone sopra i 65 anni e il 34% da famiglie con

bambini. "In genere si pensa che le spese private legate al benessere siano solo voluttuarie", aggiunge Del Vecchio. "In questo cluster, invece, rientrano molte persone con patologie importanti che spendono, affiancando la spesa pubblica, per migliorare la propria qualità di vita".

Altro aspetto sul quale ha fatto luce l'indagine è quanto siano diversificati i parametri di scel-

ta delle strutture in base alla tipologia di prestazioni. I tempi di attesa, ad esempio, sono ritenuti importanti per le visite dermatologiche o pediatriche, ma non per la visita oculistica. La prossimità, poi, è rilevante per le analisi di laboratorio o per la fisioterapia, ma non per la diagnostica per immagini. La convenienza del prezzo, invece, conta solo per alcune categorie di servizi, come la parafarmacia, l'ottica o per i servizi socio-sanitari, mentre appare in genere più rilevante (sia come media, sia come numero di prestazioni per cui è considerata rilevante) la trasparenza nel prezzo.

La classifica della spesa privata pro capite mostra come nelle primissime posizioni si trovino Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli ed Emilia Romagna

I rappresentanti della ginecologia italiana incontrano il ministro della Salute

AOGOI e SIGO chiedono al ministro lo slittamento dell'obbligatorietà assicurativa

Una delegazione composta dal Presidente Aogoi **Vito Trojano**, dal Segretario nazionale **Antonio Chiantera**, dal Presidente Sigo **Nicola Surico** e dal collega ginecologo, on. **Benedetto Fucci**, Segretario della Commissione Affari Sociali della Camera, è stata ricevuta il 4 luglio scorso dal Ministro della salute. Obiettivo dell'incontro "stabilire un rapporto diretto con il Ministero per avviare un percorso comune all'insegna del confronto e dell'operatività sulle problematiche della categoria". Responsabilità professionale, contenzioso, medicina difensiva, assicurazioni sono tutti temi interconnessi che possono essere risolti solo lavorando in sinergia con le società scientifiche, hanno ribadito i ginecologi. Da parte sua il Ministro ha offerto "la massima disponibilità a individuare insieme ai rappresentanti delle società scientifiche le soluzioni più idonee ad affrontare e risolvere i problemi. Sono a disposizione della categoria - ha detto Lorenzin - Come ministro e come donna sono sensibile ai temi della salute femminile e alle istanze che provengono dai ginecologi, i medici della donna" e ha accennato ad alcune iniziative che intende avviare o potenziare, come la messa in rete di centri di riferimento d'eccellenza per patologie femminili (ospedali della donna).

Tra i temi affrontati nel corso dell'incontro, uno spazio particolare hanno avuto le problematiche assicurative. "L'avvicinarsi della scadenza del 13 agosto, data in cui scatterà l'obbligo di copertura assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie, preoccupa fortemente la nostra categoria" hanno detto i ginecologi chiedendo una proroga di questo termine e l'impegno del Ministero a risolvere il problema assicurazioni.

"Conosco bene la gravità delle problematiche assicurative e siamo all'opera per trovare una soluzione - ha assicurato il Ministro. È un problema grave per

"Le compagnie fuggono dal settore e i premi assicurativi per i ginecologi non sono più sostenibili" affermano i ginecologi nel corso dell'incontro con il Ministro Lorenzin, che assicura: "massimo impegno e disponibilità. Siamo al lavoro per individuare le soluzioni più idonee a risolvere le problematiche della categoria"



hanno sottolineato i ginecologi, è necessario fissare quanto prima un tetto minimo e massimo ai risarcimenti ed equiparare le tabelle di indennizzi nelle varie Regioni. Importante inoltre valutare anche le esperienze di autoassicurazione (Fondi regionali) avviate da alcune Regioni, come Piemonte ed Emilia Romagna.

Altri punti al centro dell'incontro quelli connessi alla responsabilità professionale: "Bruciamo denaro su due altari, quello della medicina difensiva e del contenzioso medico legale, con i costi dei tribunali" hanno detto i ginecologi ribadendo il diritto "a lavorare con serenità senza il fantasma della Procura della Repubblica in sala parto". In tempi di crisi come questa, la medicina difensiva e il contenzioso medico legale fanno sprecare miliardi, denaro sufficiente a fare una finanziaria. Ma se il problema della responsabilità medica non verrà affrontato a livello legislativo il fenomeno non verrà mai risolto". I tagli cesarei sono un esempio

Fissare quanto prima un tetto minimo e massimo ai risarcimenti ed equiparare le tabelle di indennizzi nelle varie Regioni. Questi per i ginecologi i primi passi da fare per abbattere contenzioso e premi assicurativi

tutti i medici, e in particolare per le categorie più a rischio, come i ginecologi e gli ortopedici". "Abbiamo aperto dei ta-

Lorenzin: "Massima disponibilità a individuare insieme ai rappresentanti delle società scientifiche le soluzioni più idonee ad affrontare e risolvere i problemi"

voli su responsabilità professionale e assicurazioni, con l'ANIA, e inoltre sono al vaglio delle strutture ministeriali com-

petenti una serie di misure per colmare varie lacune anche con il coinvolgimento del Ministero per lo sviluppo economico". Il Ministero inoltre ha avviato dei contatti anche con alcuni broker assicurativi stranieri specializzati in RC sanitaria e sta valutando alcune esperienze positive di altri Paesi che potrebbe fungere da modello di riferimento.

Tra i primi passi a riguardo,

emblematico di medicina difensiva e anche misure come l'equiparazione dei costi tra parto naturale e cesareo fatta dalla Regione Lombardia si sono dimostrate deludenti in termini di riduzione di Tc. "Per disinnescare il meccanismo perverso del contenzioso - hanno ribadito Aogoi e Sigo - occorre affrontare con forza la colpa medica, a partire dall'articolo 3 della Legge Balduzzi. **Y**

L'obiezione di coscienza al centro della discussione all'Aula della Camera

Sei mozioni e una risoluzione impegnano il governo sulla 194

Obiezione di coscienza, tavolo tecnico di monitoraggio con le regioni, Ivig anche farmacologica, attenzione verso le donne straniere, centralità dei consultori. Sei mozioni e una risoluzione approvate dalla Camera il 12 giugno scorso impegnano il governo a garantire la piena applicazione della 194 su tutto il territorio nazionale. Al centro del dibattito dell'Aula l'obiezione di coscienza che coinvolge gran parte degli operatori sanitari



Il 12 giugno scorso l'Aula della Camera dei Deputati ha discusso fino a tarda sera di interruzione volontaria di gravidanza, a partire da una mozione presentata dal gruppo di Sinistra ecologia e libertà a garanzia del rispetto e della piena applicazione della legge n. 194 del 1978 su tutto il territorio nazionale. Tema centrale del dibattito in seno alla Commissione Affari Sociali, l'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario, di "particolare importanza per le sue ricadute socio-sanitarie sulle donne e sulla stessa funzionalità del servizio sanitario nazionale".

I dati dell'ultima relazione sullo stato di attuazione della legge, secondo i firmatari della mozione di Sel, impongono "con forza una seria riflessione sulla garanzia e la qualità del servizio per l'interruzione della gravidanza". In questo senso la mozione nel suo testo iniziale (poi modificato nel corso della seduta) impegnava il Governo "ad assumere tutte le iniziative finalizzate all'assunzione di personale non obietto". Sull'onda di questa richiesta del partito di Vendola si sono aggiunte, da parte di tutti gli altri partiti, altre mozioni su cui si è sviluppato un animato dibattito parlamentare che

a partire dal primo pomeriggio ha visto l'Aula di Montecitorio impegnata fino a tarda sera. Chiamato ad intervenire anche il governo che, a sorpresa, ha dato parere favorevole alla mozione Migliore (nella sua nuova formulazione) e ad altre cinque riconoscendo che in effetti c'è un problema con l'obiezione di coscienza e per questo, ha riferito la ministra Lorenzin, quanto prima sarà attivato "un tavolo tecnico di monitoraggio degli assessori regionali" in modo da poter presentare a luglio, nel corso della consueta relazione annuale sulla legge 194 lo stato di attuazione della legge".

Quando si è andati al voto, con procedimento elettronico, l'Aula di Montecitorio si è praticamente astenuta sulla mozione di Sel, che comunque è stata approvata (votanti 253, astenuti 254, maggioranza 127, hanno votato sì 230, no 23) insieme a quella del Pd, presentata da Lenzi, quella del Pdl, presentata da Brunetta, quella del M5S, presentata da Lorefice, quella di Scelta Civica, presentata da Tinagli e quella del Misto-Centro Democristiano, presentata da Formisano. Respinte invece le mozioni della deputata dell'Udc, Binetti, della Meloni, Fratelli d'Italia e della Lega Nord, a prima firma Rondini.

Approvata infine anche una risoluzione sullo stesso tema, presentata dalla deputata Locatelli, del gruppo Misto.

Le sei mozioni impegnano fortemente il governo sulla 194. Diversi i problemi che i gruppi parlamentari sottolineano al governo e su cui chiedono un impegno dell'esecutivo affinché - è il fil rouge che unisce i documenti - sia data piena applicazione alla 194 che

quest'anno compie 35 anni. Ogni gruppo a suo modo pone l'accento su tematiche che sentite più vicine e vede come esigenze. La mozione di Sel chiede tra l'altro, il rispetto della procedura dell'Ivig farmacologica. Mentre in quella del Pdl c'è un'attenzione verso le donne straniere "che devono essere informate". Sull'informazione e l'educazione da fare già nelle scuole è il richiamo della mozione del Pd. Di

natura "partecipativa" è invece l'impegno che chiede la mozione del M5S, che vorrebbe che il monitoraggio per verificare l'attuazione della legge coinvolgesse anche i rappresentanti dei cittadini. Scelta civica chiede di adottare "dove necessario" una revisione dell'organizzazione delle mansioni e del reclutamento delle strutture sanitarie che faccia leva su mobilità del personale e che preveda forme di reclu-

La Risoluzione

"La Camera, al termine del dibattito sulla mozione relativa al diritto all'obiezione di coscienza in ambito medico-sanitario,

premessi che: la legge n. 194 ha avuto il merito di togliere il velo di ipocrisia sull'aborto clandestino affermando il principio dell'autodeterminazione delle donne; il bilancio di questi 35 anni di vita della legge presenta luci ed ombre; tra le prime si annovera l'emersione dell'aborto clandestino, la diminuzione degli aborti, l'azione di informazione e di formazione svolta dai consultori; tra le

secondo l'alto numero degli obiettori di coscienza tra gli operatori sanitari ed il costante smantellamento dei consultori in diverse aree del Paese, il loro funzionamento zoppo, la loro irregolare distribuzione geografica, con penalizzazione soprattutto delle regioni meridionali; i dati relativi all'obiezione di coscienza sono sorprendenti per la loro consistenza numerica: mediamente 7 ginecologi su 10 sono obiettori di coscienza; con l'eccezione della Valle d'Aosta, che pare presenti percentuali fisiologiche (16 per cento), non vi è realtà nel Paese dove la percentuale sia inferiore al 50

per cento con punte estreme nel Sud e nelle Isole dove 3 su 4 medici sono obiettori; il principio dell'obiezione di coscienza va difeso, quando esso venga da vero convincimento morale e non sia dettato da ragioni diverse; l'esercizio dell'obiezione di coscienza non deve impedire l'applicazione della legge n. 194 in tutte le sue parti,

impegna il Governo mentre si afferma la difesa del diritto all'obiezione di coscienza, a svolgere una rigorosa indagine conoscitiva sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, con un'attenzione particolare al tema



Aborto e obiezione di coscienza

AOGOI: "La libertà professionale di scelta non è contrattabile"

■ Preoccupazione per la messa in discussione della libertà di scelta individuale del medico in tema di aborto e obiezione di coscienza è stata espressa dal presidente Aogoi **Vito Trojano** e dal segretario nazionale **Antonio Chiantera** che in una nota hanno ribadito che "il ruolo sanitario non può che essere svolto con esclusiva libertà professionale".

La nostra presa di posizione si è resa tanto più necessaria, ha spiegato il presidente Aogoi, alla luce di quanto inizialmente contemplato dalla mozione di Sinistra Ecologia e Libertà (Sel) che nel suo testo, poi modificato nel corso del dibattito parlamentare, impegnava il Governo "ad assumere tutte le iniziative finalizzate all'assunzione di personale non obiettore" e in particolare "a prevedere che il requisito della non obiezione sia condizione all'espletamento delle funzioni apicali nelle strutture di ostetricia e ginecologia dei presidi ospedalieri".

Per questo l'Aogoi "interpretando anche la volontà di tutte le altre Società scientifiche di categoria, in difesa delle scelte individuali del medico" ha voluto evidenziare "con estrema determinazione che il ruolo sanitario non può che essere svolto con esclusiva libertà professionale". Come abbiamo chiarito nel nostro comunica-

to ha affermato Trojano: "appoggeremo tutte le istituzioni che difenderanno questo ruolo contrastando e condannando invece chi vuol minare uno dei più importanti pilastri della democrazia: la libertà professionale di scelta".

Sulla mozione di Sel era intervenuto con forza anche l'on. **Benedetto Fucci**, il collega ginecologo segretario della Commissione Affari Sociali della Camera, definendo i contenuti della mozione "inaccettabili e del tutto contrari sia al rispetto della libertà del medico di esercitare la propria professione in accordo con la propria coscienza, sia al reale rispetto della legge 194".

"Nessuna persona, ospedale o istituzione può essere discriminata per la il suo rifiuto a effettuare o assistere a operazioni di interruzione di gravidanza" - si legge nel suo comunicato. "Confido che durante l'esame parlamentare della mozione della sinistra radicale, che esplicitamente intende impedire ai medici obiettori di raggiungere le funzioni apicali nei presidi ospedalieri e allo stesso tempo fissare una quota minima di ginecologi ostetrici non obiettori, si possa ragionare in modo consapevole sulla pericolosità di un discorso che, in sostanza, ha il fine di costringere una parte dei medici obiettori di coscienza a praticare l'abor-

to. Il che sarebbe un controsenso rispetto alle finalità e anche al contenuto normativo della Legge 194, che già oggi rende possibile attuare sia forme di mobilità del personale, sia forme di reclutamento differenziato, per una applicazione reale ed equilibrata della disciplina sull'interruzione di gravidanza e, al tempo stesso, sulla tutela sociale della maternità". Nel corso del suo intervento alla Camera Fucci ha più volte richiamato "i precisi riferimenti normativi" in materia di obiezione di coscienza: l'art. 9 della Legge 194; la "Risoluzione 1763 (2010), dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, sul diritto all'obiezione di coscienza nell'ambito delle cure mediche legali; Il parere del Cnb del 12 luglio 2012 sul tema: "Obiezione di coscienza e bioetica", rinnovando l'appello a non sprecare l'occasione offerta da questo dibattito "cedendo alla tentazione di un confronto tutto ideologico" ma invece ad utilizzare "questa occasione per un dibattito concreto e reale su un tema di straordinaria rilevanza scientifica, etica e umana".



"ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri di monitorare l'applicazione della legge", dare "piena centralità ai consultori familiari", assumere iniziative affinché "le competenti federazioni nazionali degli ordini professionali del personale sanitario si adoperino per garantire uniformità sul territorio nazionale in ordine agli indirizzi deontologici relativi all'esercizio dell'obiezione di coscienza".

Cancellata, invece, nella versione

finale della mozione, la parte relativa alla preclusione di incarichi apicali ai ginecologi obiettori, presente nella prima versione.

La mozione del Pdl chiede di "garantire sempre il diritto all'obiezione di coscienza, costituzionalmente fondato, così come previsto dalla normativa vigente" e allo stesso tempo chiede di "garantire il pieno accesso al servizio sanitario su tutto il territorio nazionale, nel rispetto della normativa vigente". Il Pdl chiede al governo di "assumere ogni iniziativa volta ad eliminare qualsiasi discriminazione fra lavoratori obiettori e non obiettori di coscienza" e di "assumere ogni iniziativa per la piena applicazione della legge in tutte le sue parti, compresa quella preventiva a tutela della maternità". Attenzione poi verso le donne straniere che devono essere informate "sulle opportuni-

tà e sulle modalità di accesso ai servizi di salute della donna, compresa l'Ivg, per evitare il ricorso a strutture clandestine". Promuovere "l'accesso totale alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione del servizio relativo all'Ivg e le modalità di attuazione dell'intero percorso dell'Ivg, ivi compreso il monitoraggio regionale dedicato alle modalità di aborto con RU486".

Il Pd nella sua mozione prevede "di dare piena attuazione alla legge nel rispetto del diritto

tamento differenziato per riequilibrare il numero di obiettori e non obiettori. Infine, dal gruppo Misto-centro democratico arriva la richiesta di "promuovere un potenziamento della presenza sul territorio del nostro Paese dei consultori familiari".

In sintesi le sei mozioni e la risoluzione approvate.

La mozione di Sel chiede al governo di "garantire piena appli-

cazione della legge n. 194 del 1978 su tutto il territorio nazionale" e insiste affinché l'esecutivo si attivi "per assicurare il reale ed efficiente espletamento delle procedure e degli interventi di Ivg chirurgica e farmacologica". L'accreditamento di ogni struttura "pubblica o privata accreditata", secondo Sel, deve essere concesso solo a fronte del "pieno rispetto della legge da parte di ogni struttura". C'è poi una richiesta al governo di attivarsi perché l'Ivg "farmacologica sia garantita come opzione a tutte le donne che devono poter scegliere", Ivg farmacologica, anche in day hospital. Il governo deve inoltre costituire un "tavolo tecnico di monitoraggio con gli assessori per verificare la piena e corretta attuazione della legge" per "evitare discriminazioni fra operatori sanitari, obiettori e non obiettori". Inoltre si chiede: l'intervento degli

"I dati relativi all'obiezione di coscienza sono sorprendenti per la loro consistenza numerica: mediamente 7 ginecologi su 10 sono obiettori di coscienza. Con l'eccezione della Valle d'Aosta, che pare presenti percentuali fisiologiche (16%)"

del ricorso all'obiezione di coscienza che coinvolge la gran parte degli operatori sanitari; a verificare se, su tutto il territorio nazionale, la legge n. 194 del 1978 sia applicata nella sua interezza e la prestazione del servizio della IVG sia garantita; a rilevare la consistenza della rete nazionale dei consultori, la loro organizzazione, distribuzione territoriale, dotazione in termini di strutture e personale; ad informare tempestivamente sui risultati di questa indagine, al fine di individuare tutte le iniziative amministrative ed organizzative necessarie per assicurare l'applicazione della legge n. 194 in tutte le sue parti."

del singolo all'obiezione di coscienza" e per far questo vuole da governo un impegno "a predisporre tutte le iniziative necessarie affinché nelle regioni si attui l'obbligo di controllare e garantire l'attuazione del diritto della donna alla scelta libera e consapevole, anche attraverso una diversa gestione e mobilità del personale, garantendo la presenza di un'adeguata rete di servizi sul territorio". C'è poi l'attenzione verso i consultori che devono essere distribuiti equamente "sul territorio nazionale", "tenendo conto della necessità di rivolgersi anche alle donne immigrate da altri paesi". Anche il Pd chiede l'attivazione affinché "l'Ivg farmaceutica sia proposta come opzione alle donne, che devono poter scegliere quale percorso intraprendere". Si auspica "d'intesa con le autorità scolastiche, attività di informazione ed educazione alla salute nelle scuole, con particolare riferimento alle problematiche connesse alla tutela della salute sessuale e riproduttiva anche in collaborazione con la rete dei consultori". Infine c'è la richiesta al governo "a presentare al più presto la relazione annuale al Parlamento così come prevista dalla legge n. 194 del 1978".

I cinque stelle hanno particolare attenzione verso forme partecipative. Per questo sollecitano il governo "ad assumere iniziative con le regioni allo scopo di istituire tavoli di monitoraggio a livello locale, anche con la partecipazione di rappresentanti di associazioni per la tutela della salute delle donne, per verificare l'attuazione della legge n. 194 del 1978, allo scopo di avere dati periodici e certi, in particolare sul numero dei consultori sul territorio, nelle loro attività, sulla formazione degli operatori presenti nei consultori, nelle strutture ospedaliere che effettuano interruzione volontaria di gravidanza, sul numero di operatori coinvolti nell'interruzione volontaria di gravidanza per ogni struttura ospedaliera, sul numero delle strutture nelle quali non si effettuano attività di interruzione volontaria di gravidanza".

Scelta civica chiede "un'analisi conoscitiva approfondita sull'impatto dell'obiezione di coscienza sull'applicazione della legge". Analisi condotta "a livello di struttura e che si basi su dati e indicatori sufficientemente articolati in grado di affrontare il problema dell'interdipendenza tra presenza di

personale non obiettore e lunghezza delle liste di attesa". Inoltre per garantire il rispetto e la piena attuazione della legge si chiede "una revisione dell'organizzazione delle mansioni e del reclutamento delle strutture sanitarie che faccia leva sugli strumenti di mobilità del personale previsti dalla legge e che preveda forme di reclutamento differenziato atti a riequilibrare il numero di obiettori e non obiettori, così come raccomandato dal Cnb". Il sistema di monitoraggio, secondo Scelta Civica, deve essere fatto "in tutte le strutture operanti sul loro territorio, collegando a tali risultati meccanismi di premialità e penalizzazione". Occorre poi "rafforzare l'attività dei consultori, monitorando l'effettiva disponibilità del

personale che vi opera a erogare tutti i servizi legati alle richieste di interruzione volontaria della gravidanza e ad emettere le necessarie documentazioni, promuovendo una maggiore interazione tra questi e le strutture ospedaliere e definendo percorsi integrati secondo standard e procedure che consentano di seguire e supportare la donna in tutte le fasi legate all'interruzione volontaria della gravidanza e di valutarne poi i risultati (già previsto dal progetto obiettivo materno-infantile del 2000)".

La mozione del gruppo Misto-centro democratico fa riferimento "alle indicazioni dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa" a cui chiede di attenersi. In più c'è la ri-

chiesta all'esecutivo di "attivarsi al fine di assicurare, pur nel rispetto del diritto all'obiezione di coscienza, il pieno ed efficiente espletamento da parte degli enti ospedalieri delle procedure necessarie per le eventuali richieste di interruzione volontaria di gravidanza". Per questo è necessario "promuovere un potenziamento della presenza sul territorio del nostro Paese dei consultori familiari, quali strutture in grado di aiutare la donna nella difficile scelta che ha di fronte, ed anche strumento indispensabile per le politiche di prevenzione, oltre che come strumento essenziale di attivazione del percorso per l'Ivg". Infine la risoluzione della deputata Locatelli (vedi box). Il gruppo

Misto chiede al governo una rigorosa indagine conoscitiva sull'applicazione della 194 "con un'attenzione particolare" al ricorso "all'obiezione di coscienza che coinvolge la gran parte degli operatori sanitari" e chiede di verificare se "su tutto il territorio nazionale, la legge sia applicata nella sua interezza e la prestazione del servizio della Ivg sia garantita". Attenzione poi alla rete nazionale dei consultori di cui si chiede la consistenza, l'organizzazione, la distribuzione, la dotazione in termini di strutture e personale".

■ **Sul sito www.aogoi.it, in allegato a questo articolo, il testo integrale delle sei mozioni approvate il 12 giugno scorso**

Lorenzin: "Il problema dell'obiezione di coscienza esiste. Governo accoglie le mozioni"

Estratto dell'intervento del ministro della Salute in conclusione del dibattito alla Camera sulle mozioni riguardanti l'obiezione di coscienza

"Noi ci troviamo ad affrontare, come è accaduto anche in altre situazioni, un argomento che, per delicatezza e per l'ambito che ricopre, spesso desta e ha destato nel passato, anche in questa Aula, sentimenti, pensieri, concetti, questioni e principi di natura diversa. Devo dire che nelle mozioni che sono state presentate dai colleghi - nonostante la differenza culturale che esprimevano, soprattutto nella parte del dispositivo, in cui i diversi gruppi parlamentari hanno presentato idee, posizioni ed espressioni culturali a volte anche contrapposte - ho trovato una linea di condivisione comune che si ritrova proprio nella parte esplicitata negli impegni; tutti i gruppi, posso dirlo, hanno



lavorato per addivenire ad impegni nei confronti del Governo che io trovo assolutamente condivisibili.

Li trovo tutti condivisibili perché ho ritrovato, nella differenza delle appartenenze culturali, aspetti che ci uniscono e che hanno unito la formulazione degli estensori delle varie mozioni: in primis, devo dirlo, la questione che sta a cuore sicuramente a tutti i gruppi parlamentari, ovvero quella di garantire la piena applicazione della legge n. 194 del 1978 che, a 35 anni dalla sua approvazione, ancora oggi nel nostro Paese desta spesso situazioni di criticità o volontà di riforma ma che poi, alla prova dei fatti, si è dimostrata una legge estremamente equilibrata che ha permesso, e i numeri questo ce lo dimostrano, di risolvere l'annosa e drammatica questione degli aborti clandestini nel nostro Paese. La piena applicazione, quindi, della legge n. 194 del 1978 in

tutti i suoi aspetti, dall'aspetto che riguarda la tutela della maternità alla formazione dei consultori familiari, all'accompagnamento della donna in un momento così difficile e sofferente per tutte le donne come quello di un'interruzione di gravidanza.

E devo dire che l'aspetto sollevato nella mozione presentata dai colleghi di SEL è un aspetto specifico che riguarda proprio l'obiezione di coscienza. Anche l'obiezione di coscienza è una delle questioni che fanno parte proprio della legge n. 194 del 1978 all'articolo 9, con cui il legislatore ha disciplinato la possibilità per il personale sanitario di esercitare il diritto all'obiezione di coscienza in ordine agli interventi per l'interruzione della gravidanza. Va detto però che, all'interno della stessa legge n. 194 del 1978, il diritto inviolabile e riconosciuto dalla nostra Costituzione di effettuare l'obiezione di coscienza si contempera nella necessità che la legge venga applicata nella parte in cui si permetta all'organizzazione territoriale di compensare, anche prevedendo la mobilità del personale ed altre misure che sono previste dalla norma, e di garantire poi che nelle regioni il servizio sia effettivamente effettuato nei termini e nei modi previsti dalla legge. Quindi questa questione dell'obiezione di coscienza, che è stata sollevata da alcuni dei

gruppi presentatori della mozione, è una questione che sentiamo di dover accogliere, soprattutto nella parte in cui si invita il Governo e la sottoscritta a monitorare in modo attento - come è previsto da più di una mozione - l'applicazione della norma anche in questo settore, affinché non ci siano effetti di discriminazione rispetto agli operatori obiettori o non obiettori all'interno delle singole strutture regionali. È ovvio che noi abbiamo dovuto ottemperare, poi, anche a quelle che sono le competenze, cioè le competenze di indirizzo che può dare il Parlamento, rispetto alla normativa e all'autonomia regionale. Ma credo che lo spirito di tutti sia stato quello di poter verificare, sui territori e nelle singole strutture sanitarie, che i principi della legge siano effettivamente applicati. Per questo io ci terrei anche a sottolineare il fatto che dovrò venire in quest'Aula nel mese di luglio a presentare l'annuale relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194 e già da adesso mi attiverò perché possa essere istituito - come è previsto da alcune mozioni - un tavolo tecnico degli assessori regionali in modo da poter avere e poter presentare a questo Parlamento lo stato di attuazione della legge nella parte non discriminatoria per quanto riguarda gli obiettori e i non obiettori proprio nelle singole regioni. (...)"

"Ringrazio tutti i gruppi che hanno cercato di arrivare ad una soluzione che fosse condivisibile, perché dare un segnale unitario nel Paese su questi temi è un fattore importantissimo"

**L'Aogoi incontra la neopresidente della Commissione Sanità del Senato
Emilia Grazia De Biasi**

Trojano: "Un incontro costruttivo in un clima di cordialità e collaborazione"

Il primo incontro ufficiale con la presidente De Biasi è stato anche "occasione per affrontare i problemi che affliggono la nostra categoria. In particolare le quattro problematiche che abbiamo posto al centro del nostro sciopero del 12 febbraio: sicurezza dei punti nascita, contenzioso medico legale, assicurazioni, riduzione e gestione dei rischi"

"Abbiamo portato alla senatrice De Biasi i rallegramenti dell'Aogoi per la sua nomina, manifestandole l'augurio di proseguire nel clima di stretta collaborazione che negli ultimi anni ha caratterizzato il nostro rapporto con le Commissioni Sanità del Senato e della Camera, e più in generale con le istituzioni e i politici della sanità" ha affermato il professor Trojano al termine del primo incontro ufficiale con la neopresidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato Emilia Grazia De Biasi, a cui ha partecipato insieme al segretario nazionale Antonio Chiantera.

Ma, "lungi dall'essere una mera formalità, l'incontro è stato occasione per affrontare con la senatrice Di Biase i problemi che affliggono la nostra categoria" ha spiegato Trojano. "Abbiamo espresso alla senatrice, di cui ho apprezzato le doti di ascolto e il pragmatismo, il gravissimo disagio dei ginecologi che lo scorso febbraio sono stati costretti al loro primo sciopero nazionale. Una protesta necessaria, per smuovere l'inerzia delle forze politiche e portare all'attenzione dell'opinione pubblica le questioni più stringenti che stanno mettendo in ginocchio l'assistenza sanitaria in settori chiave come quello del percorso nascita, impedendone anche la messa in sicurezza. In primis, la riorganizzazione e il potenziamento della rete materno infantile, i provvedimenti legislativi necessari per il superamento del contenzioso medico legale in campo sanitario, l'obbligatorietà assicurativa



da alcuni Paesi hanno risolto molti dei problemi che la nostra categoria da anni pone sul tappeto". "Sconsolante", per il presidente Aogoi, la situazione della ginecologia italiana nel raffronto con altri paesi dell'Unione e dunque "improrogabile" la necessità di una nuova normativa di respiro europeo.

Un altro tema caldo affrontato con la presidente De Biasi è stato quello della medicina difensiva. Costi insopportabili per il nostro Paese che ammonterebbero, come quantificato dalla stessa Commissione Errori sanitari del Senato, a 12/14 miliardi di euro, che se ne vanno in esami e interventi inutili effettuati di fatto solo per "auto protezione" da parte dei sanitari, in vista di possibili contenziosi futuri con i pazienti e i loro avvocati.

Ma è sulla mancata tutela assicurativa (le compagnie fuggono dal comparto sanità e soprattutto dai ginecologi) e in particolare sui

premi assicurativi, particolarmente esorbitanti per i ginecologi, "primi soci del club dei medici a rischio", che Trojano e Chiantera hanno lanciato un vero e proprio grido d'allarme in vista dell'obbligatorietà assicurativa che scatterà dal prossimo 12 agosto. "La nostra preoccupazione più seria - ha spiegato il segretario nazionale Chiantera - riguarda soprattutto i giovani. I premi assicurativi sono ulteriormente lievitati negli ultimi mesi e sono insostenibili per un giovane ginecologo che si sta affacciando alla professione, con stipendi minimi

o addirittura non remunerato, come nel caso dei medici in formazione specialistica. E questo non potrà che accelerare il sempre più preoccupante abbandono delle Scuole di specializzazione!". "Con la presidente De Biasi abbiamo avviato un dialogo costruttivo, nel solco dell'ottima collaborazione con questa Commissione del Senato, per molti anni presieduta dal collega ginecologo Antonio Tomassini" - ha ricordato Trojano, sottolineando come "avere dei punti di riferimento istituzionali è importante soprattutto in questo mo-

mento denso di incognite e incertezze. La proclamazione dello sciopero del 22 luglio da parte della Dirigenza medica e lo sciopero del 1° luglio degli ortopedici, che rilanciano i punti nodali della nostra protesta, sono solo gli ultimi appelli di una classe medica disperata, che sta tentando con tenacia di salvare dal collasso il nostro sistema sanitario pubblico".

Tra le proposte e iniziative che la presidente della Commissione Sanità si è detta subito pronta ad avviare, vi è l'ipotesi di una breve indagine conoscitiva su alcuni punti specifici e la costruzione di una Risoluzione che impegni il Governo ad affrontare e risolvere le quattro problematiche che abbiamo posto al centro del nostro sciopero del 12 febbraio, ha concluso Trojano esprimendo apprezzamento per "l'approccio costruttivo e pragmatico della presidente De Biasi e soprattutto per l'intenzione manifestata di sensibilizzare e coinvolgere su questi temi i parlamentari di altre Commissioni, come la Commissione Giustizia, per quanto riguarda le norme sulla responsabilità professionale, e la Commissione Industria, sul problema delle assicurazioni".

Uno dei temi che abbiamo posto in evidenza, anche in vista dell'obbligatorietà assicurativa che scatterà dal prossimo 13 agosto, riguarda i costi proibitivi dei premi assicurativi: insostenibili soprattutto per i giovani ginecologi

delle strutture e dei sistemi di monitoraggio, riduzione e gestione dei rischi e degli eventi avversi. Molte di queste problematiche, come abbiamo sottolineato, andranno affrontate anche in ambito europeo". Un percorso "necessario non solo per l'esigenza di conformarsi alle attuali direttive europee in materia, ma anche perché le norme adottate



Emilia Grazia De Biasi

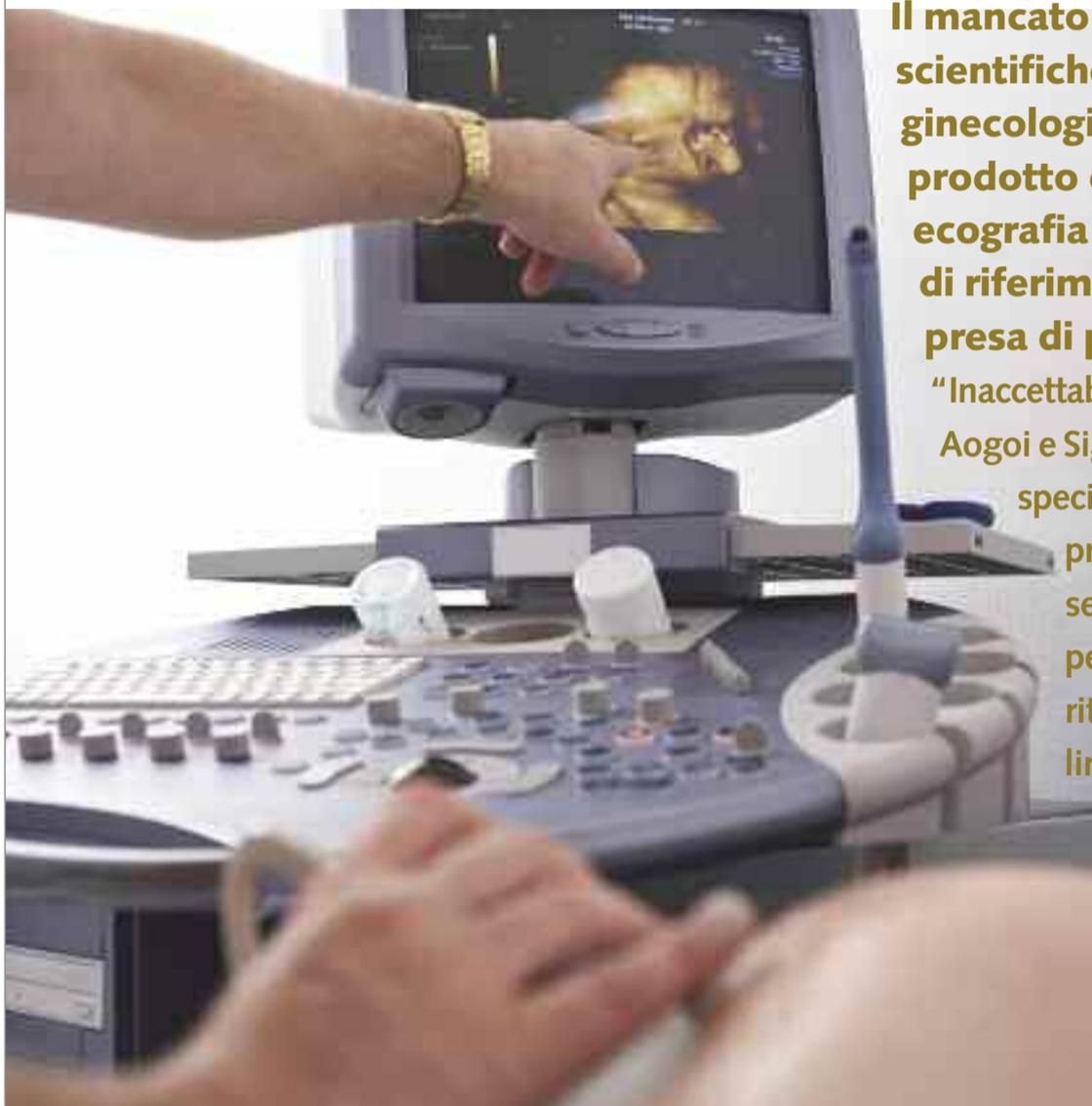


Vito Trojano



Antonio Chiantera

Linee Guida su Diagnosi Prenatale ed Ecografia in Gravidanza: l'Agenas fa retrofront dopo la presa di posizione Aogoi



Il mancato coinvolgimento ufficiale delle società scientifiche di riferimento nazionale della ginecologia italiana nella stesura del documento prodotto dall'Agenas: "Diagnosi prenatale ed ecografia in gravidanza - Linee guida nazionali di riferimento 2013" ha provocato l'immediata presa di posizione dell'Aogoi.

"Inaccettabile non coinvolgere società scientifiche come Aogoi e Sigo, che annoverano tra i loro iscritti illustri specialisti nell'ambito ecografico e della diagnosi prenatale" hanno ribadito il presidente e il segretario nazionale Aogoi ai vertici dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali che alla fine ha ritirato definitivamente la pubblicazione delle linee guida.

Dopo il chiarimento con il Direttore Agenas Fulvio Moirano, l'Aogoi ha immediatamente incaricato una commissione che sta già lavorando insieme alla Sigo all'elaborazione di un documento aggiornato e condiviso dai ginecologi italiani.

■ Dal 19 al 22 giugno 2013 si è tenuto a Mosca il XI Congresso della World Association of Perinatal Medicine (Wapm), con la presenza di oltre 2500 Ginecologi e Neonatologi di 85 nazionalità, durante il quale Giovanni Monni, Primario Ginecologo all'Ospedale Mi-

Giovanni Monni eletto vicepresidente WAPM

Il prestigioso incarico gli è stato conferito in occasione dell'XI Congresso della World Association of Perinatal Medicine, tenutosi a Mosca il giugno scorso. Presenti oltre 2500 ginecologi e neonatologi di 85 nazionalità e il premier russo Vladimir Putin, intervenuto alla cerimonia di chiusura

crocitmico di Cagliari, è stato eletto vicepresidente WAPM. Questo incarico internazionale giunge a coronamento della attività degli ultimi anni, in cui Giovanni Monni ha ricoperto la carica di Membro del Direttivo e del Comitato Educazionale della Wapm. Il prestigioso ri-

conoscimento premia il lavoro di Giovanni Monni e del suo team del Microcitmico, soprattutto per i risultati scientifici internazionali e per l'attività tutoriale rivolta a oltre 150 medici di oltre 50 diverse nazionalità, che hanno frequentato il Microcitmico per apprendere le tecniche innovative di ecografia e di diagnosi prenatale invasiva e terapia materno-fetale.

Il Congresso della Wapm si è concluso alla presenza del Primo Mini-

stro Russo Vladimir Putin. In questa occasione Putin, oltre a riferire sugli sforzi che la sua Russia sta compiendo per il miglioramento della Medicina Perinatale ha ampiamente sottoscritto il documento "Women and Children First" presentato nel 2008 a New York dalla nostra Accademia Internazionale di Medicina Perinatale, alla Assemblea Generale dell'Onu, che sottolinea l'impegno delle nazioni per la salvaguardia della salute delle madri e dei bambini.



Sopra: il premier russo Vladimir Putin interviene alla cerimonia di chiusura del congresso della WAPM. A sinistra: il professor Monni con il Past President WAPM Frank Chervenak (New York) e l'attuale Presidente WAPM Aris Antsaklis (Atene)

Un ricordo del Maestro Adriano Bompiani

Lascia un patrimonio di contributi e di innovazioni scientifiche, un'eredità di modelli di vita sobria, di studio continuo e di comportamenti esemplari

Salvatore Mancuso

Presidente del Comitato

Etico Policlinico A. Gemelli

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Chi è stato Adriano Bompiani, Professore Emerito di Ginecologia e Ostetricia e Presidente Onorario del Comitato Nazionale di Bioetica, e quale sia stata la Sua statura e il Suo prestigio fino a pochi giorni fa, quando un gravissimo incidente della strada lo ha strappato improvvisamente e brutalmente all'affetto e al rispetto di noi tutti? Non farò qui un elenco dei Suoi meriti, delle benemeritenze, dei traguardi di carriera, delle moderne intuizioni scientifiche e delle straordinarie qualità di professionista e di scienziato, perché il Suo Curriculum Vitae è un documento consegnato alla Storia e accessibile a tutti. Ne parlerò invece come mio Maestro, al quale mi sento legato da filiale gratitudine, perché da Lui ho attinto la cultura ginecologica, ho ereditato l'amore e l'attaccamento per la vita che nasce, ho mutuato i Suoi severi e inderogabili co-

dicci di comportamento verso i collaboratori e verso le pazienti incontrate e seguite nel tempo per le loro richieste di soccorso, in lunghi anni di lavoro comune e di silenzioso e sempre misurato travaso di sentimenti.

L'incontrai la prima volta a Pavia all'inizio degli anni Sessanta, in occasione di un seminario di studio da Lui stesso predisposto e guidato sul tema degli "Pseudo-ermafroditismi" e fui affascinato dalla straordinaria competenza dimostrata nella Genetica, nella Clinica e negli aspetti socio-antropologici di questa materia oltre che dalla Sua chiarezza espositiva, dono di chi è assoluto padrone della materia. Mi ha insegnato allora che un ginecologo deve essere esperto oltre che nella propria area culturale anche su temi e argomenti che apparentemente esulano dallo specifico campo di interesse professionale e di applicazione quotidiana. Lo rividi qualche anno dopo a Stoccolma, in visita al Laboratorio di ricerche ormonali dell'Ospedale Karolinska, dove svolgevo ricerche sull'Unità fetoplacentare e sorprese

il Direttore Egon Diczfalusy e tutti noi, i numerosi ricercatori, per l'attualità delle sue conoscenze bibliografiche e per i suggerimenti dati a ciascuno di noi su alcuni spunti e temi di ricerca, che poi noi stessi applicammo con successo nei nostri studi. Ci ha insegnato allora che il sapere italiano deve confrontarsi con quello degli esperti stranieri, perché lo scambio reciproco delle idee e della cultura è un elemento essenziale di progresso e di avanzamento della Scienza ed è patrimonio universale. Fu allora che mi chiese di collaborare, quando fresco di nomina alla guida della Clinica Ostetrica e Ginecologica della Facoltà medica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore si apprestava a formare il Suo gruppo di lavoro.

Era la primavera del 1967 quando il Maestro dava inizio al rinnovamento della medicina ostetrica italiana, improntandola su una base di fisiopatologia e di medicina molecolare, attingendo a piene mani dalla Biochimica, dalla Genetica, dall'Immunologia, dall'Endocrinologia, dalla Semeiotica biofisica, per svelare quell'area, fino a quel tempo in gran parte sconosciuta, dei misteri della vita prenatale e della simbiosi materno-

chirurgia conservativa della capacità procreativa della donna. Adriano Bompiani fu il vero innovatore, il pioniere di quelle nuove risorse culturali della dottrina ginecologica, che suscitarono interesse e consensi nello scenario internazionale e Lui stesso fu comprimario nel panorama scientifico fuori dei confini del nostro Paese, invitato e apprezzato nei Simposi e Congressi mondiali di grande rilevanza culturale.

Sul piano personale non posso fare a meno di ricordare quando per la prima volta mi affidò l'esecuzione di un intervento chirurgico piuttosto complesso, promettendomi la sua presenza dietro di me per tutta la sua durata e poi mi accorsi che dopo i primi tempi operatori si era allontanato e dall'altra sala mi rassicurò dicendomi che potevo andare avanti da solo. Mi ha insegnato così che un Maestro deve fidarsi dei suoi allievi ma soprattutto deve infondere loro fiducia in se stessi e consapevolezza delle proprie capacità e così io stesso ho fatto negli anni seguenti con i collaboratori, seguendo il Suo esempio.

Sono stati anni di intensa comunione di idee, di propositi, di innovazioni e di insegnamenti negli aspetti più avanzati della Sua

L'Aogoi esprime il suo profondo cordoglio per la scomparsa del professor Adriano Bompiani e ringrazia il professor Mancuso per averci offerto il suo ricordo di uno dei padri più illustri della moderna ginecologia

aveva dato grande impulso agli studi sui meccanismi naturali della riproduzione, quando gran parte dell'interesse dell'Endocrinologia e della terapia dell'infertilità in Italia e all'Estero si rivolgeva alle tecnologie della procreazione assistita. I Suoi insegnamenti allora hanno dato vita ad una Scuola che ha sviluppato e approfondito le tematiche della fisiopatologia dell'ovulazione, della funzione del corpo luteo e dei meccanismi dell'annidamento e di questo fanno fede i Suoi numerosi lavori e quelli della Sua Scuola pubblicati sulle più autorevoli riviste scientifiche nazionali e internazionali.

Lascia un patrimonio di contributi e di innovazioni scientifiche, un'eredità di modelli di vita sobria, di studio continuo (frequentava assiduamente la biblioteca centrale della nostra Facoltà), di regolare assunzione di impegni, di presenza costante in corsia e in Istituto, in sala operatoria e nelle aule didattiche, di comportamenti esemplari. Non ricordo di averGli mai sentito esprimere frasi o termini irrispettosi rivolgendosi o riferendosi a colleghi, ad alunni o a sottoposti né si è mai lasciato andare a scatti di insofferenza o di animosità anche quando ne avrebbe avuto buona ragione. Preparava da solo le Sue lezioni e le relazioni ai Congressi e ci sorprendevo sempre per la lucidità dei Suoi dati e dei Suoi scritti e per le innumerevoli citazioni che denotavano una profonda cultura umanistica di gran lunga al di sopra della media. Tutto questo serberemo nella nostra memoria, oltre alla mole di conoscenze e di nozioni teoriche e pratiche relative alla Scienza ostetrica e ginecologica, che ha trasmesso a tutti noi giorno dopo giorno e conserveremo per Lui l'affetto più sincero, la gratitudine più profonda e il costante e commosso ricordo. **Y**

Adriano Bompiani fu il vero innovatore, il pioniere di quelle nuove risorse culturali della dottrina ginecologica che suscitarono interesse e consensi nello scenario internazionale

fetale. Dietro la Sua guida anche la Ginecologia si arricchì di elementi di studio nuovi per quel tempo, come la diagnostica oncologica, le disfunzioni della fertilità di coppia, la

materia ma soprattutto nelle aree ancora poco note dei meccanismi naturali della riproduzione umana. Era stata pubblicata da poco la Lettera Enciclica Humanae Vitae dal Pontefice Paolo VI, con l'accurato appello del Santo Padre alla comunità scientifica internazionale di approfondire le conoscenze sulla fecondità umana e il Maestro





XI Congresso Nazionale SIGiTE

“Climaterio: femminile, plurale”

■ Dal 26 al 28 maggio si è svolto ad Altavilla Micilia (Palermo) l'XI Congresso Nazionale SIGiTE “Climaterio: femminile, plurale”. L'accattivante titolo è stato scelto per sottolineare la molteplicità degli aspetti che un fenomeno pur fisiologico come la menopausa ci impone di attenzionare, modulando di conseguenza le opzioni terapeutiche

Francesca Nocera
Presidente SIGiTE

Sotto la presidenza di Francesca Nocera e Marina Pandolfo, il Congresso è tornato dopo 22 anni nella stessa città che ha visto la fondazione della Società (gemmata dall'Aogoi), fortemente voluta da Pietro Ragonese e Antonio Cisternino nel 1991. Nel corso di questo ventennio, la clinica del climaterio è molto cambiata così come è cambiata la società che genera i bi-

sogni e talvolta anche i desideri delle nostre donne. Per tale motivo sono state inserite delle sessioni apparentemente non allineate al tema della menopausa, quali quella della infertilità e delle tecniche di procreazione assistita in fase riproduttiva tardiva o in menopausa chirurgica, coinvolgendo cultori di bioetica e ginecologi che si occupano di sterilità. È noto infatti che oggi giorno 1 donna su 100 va in menopausa prima dei 40 anni senza avere concluso il progetto ripro-

duttivo, spinto sempre più avanti nel tempo da concomitanti esigenze di stabilità economica o di carriera. Si è dato spazio ad un altro tema di grande attualità quale quello delle interferenze tra ambiente e salute in senso lato e in particolare tra alimentazione e salute, coinvolgendo in un “talk-show” responsabili di Slow Food Italia e rappresentanti dell'Assessorato regionale alla Salute. Sono stati focalizzati i punti dolenti della alimentazione moderna che già in età infantile pone le basi di gravi patologie dell'adulto quali diabete e rischio cardiovascolare. Al rischio in particolare si è dato ampio spazio partendo da una sorta di premessa filosofico-matematica per arrivare ai temi caldi della medicina predittiva e della medicina

di genere con una intera sessione dedicata al cardiovascolare e alla salute ossea che ha visto tra i relatori anche rappresentanti di altre branche specialistiche quali cardiologi, internisti e geriatri. Anche il tema della oncologia è stato declinato per la paziente anziana o molto anziana, tradizionalmente vista come paziente da cure quasi esclusivamente palliative, per dimostrare che tutti i trattamenti, da quelli chirurgici a quelli adiuvanti nella maggior parte dei casi possono essere offerti anche in elevate fasce di età senza peggioramento della qualità di vita. Nel campo della sessualità e delle modificazioni della sfera cognitiva si è affrontato il tema caldo, e ancora non presente

nell'anamnesi tradizionale, della omosessualità e della necessità di educazione del medico ad affrontare con opportuna sensibilità anche tematiche non tradizionali. Una intera sessione è stata dedicata alla medicina alternativa, dalla medicina cinese alla fitoterapia. Il Congresso si è concluso con la presentazione di un progetto disegnato congiuntamente da Aogoi, Sigite e Agite per un percorso assistenziale univoco offerto alla donna in climaterio da tre diverse angolazioni: medicina di base, consultorio, ospedale. Nel corso del Congresso si è tenuta l'Assemblea per il rinnovo delle cariche: a Costante Donati Sarti succede per il prossimo triennio Francesca Nocera. **Y**

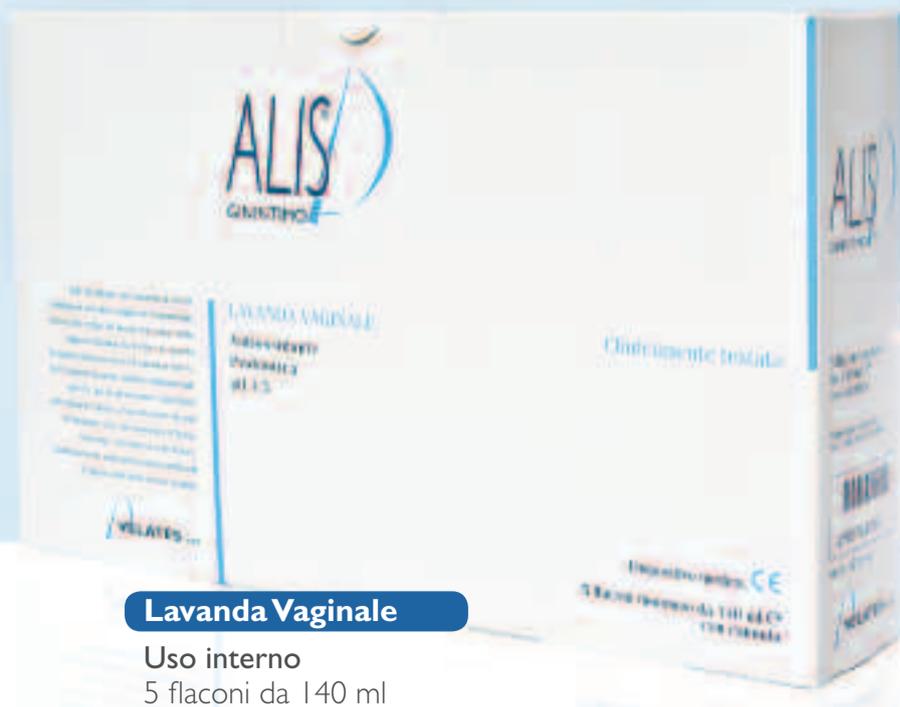


Nel corso del Congresso si è tenuta l'Assemblea per il rinnovo delle cariche: Francesca Nocera succede a Costante Donati Sarti per il prossimo triennio



Detergente eutrofico igienizzante intimo

Uso esterno flacone da 250 ml



Lavanda Vaginale

Uso interno
5 flaconi da 140 ml



Novità

Gel intimo idratante eutrofico igienizzante

Uso esterno
tubetto da 30 ml





Il protossido d'azoto in travaglio di parto: una novità per le nostre sale parto

Francesca Ceroni

Ostetrica, Azienda Ospedaliera di Treviglio (Bergamo)
P.O. di San Giovanni Bianco

Il dolore del travaglio è considerato uno dei più intensi che una donna proverà nella sua vita, ma siamo fortunatamente dotati di parecchi strumenti da offrire alle nostre assistite: dai metodi non farmacologici quali l'uso dell'acqua, le tecniche di respiro e rilassamento, i massaggi ed altri ancora, al classico uso dell'analgisia epidurale; dall'assunzione di oppioidi all'uso di gas analgesici.

Il NICE (2007) raccomanda a tutti gli operatori di sostenere sempre la scelta delle donne su come affrontare il dolore del travaglio, al di là delle proprie convinzioni personali.

Oggi in Italia l'offerta analgesica alle donne in travaglio è ancora insufficiente rispetto alla richiesta e ai bisogni. Per quanto riguarda i metodi non farmacologici ogni ostetrica dovrebbe essere in grado di proporre una metodica, per rispettare i desideri della donna, per variare l'offerta ed anche perché un grande numero di ospedali non è ancora attrezzato per ciò che riguarda quelli farmacologici.

In uno studio della SIARTI è descritto che nel 2010 solamente 239 punti nascita su 580 in Italia praticava l'analgisia epidurale, con ovviamente differenti percentuali di utilizzo rispetto alla regione e al numero di parti dei punti nascita.

Numerose sono le cause di questa insufficienza e probabilmente una delle principali è il costo di questo servizio e la indisponibilità di un numero adeguato di medici anestesisti.

Si può comunque decidere di rivolgere il proprio sguardo altrove, verso metodi analgesici che non necessitano di personale aggiuntivo o particolari tecniche che siano molto più economici. Inoltre le donne devono avere la possibilità di scegliere non solo se avere un'analgisia epidurale o no, ma anche di poter utilizzare metodi analgesici non invasivi e sicuri, anche se dotati di minore efficacia.

È in questo contesto che si inserisce l'uso del protossido d'azoto come metodo analgesico in travaglio. Già da molto tempo usato in Canada e in Inghilterra, per ora in Italia non

■ Un metodo analgesico sicuro, semplice e veloce da utilizzare, che può essere somministrato anche dal personale non medico.

Una giovane ostetrica ci illustra la sua esperienza presso un piccolo presidio ospedaliero della provincia di Bergamo dove dall'inizio di quest'anno è stato introdotto questo sistema di partoanalgesia: una valida opzione laddove non vi sia la disponibilità dell'epidurale o quando la donna preferisca un metodo farmacologico meno invasivo

I nostri punti nascita in un periodo di grave riduzione delle risorse economiche lavorano cercando di garantire il massimo della "buone cure" in termini medici e assistenziali per garantire non solo la sicurezza dell'evento nascita, ma anche un'accoglienza adeguata ad un evento così speciale come il mettere al mondo un nuovo essere.

Negli ultimi decenni le nostre strutture sanitarie hanno visto proliferare a dismisura il personale amministrativo in danno a quello assistenziale. Centinaia di giovani ostetriche, preparate, motivate, vogliose di fare il proprio lavoro con passione e generosità sono costrette

alla precarietà, alla disoccupazione e ora anche all'emigrazione. È veramente una criminosa dissipazione di un grande patrimonio professionale e umano i cui danni saranno di difficile riparazione se non si attivano subito meccanismi di correzione.

Questo articolo di una giovane ostetrica precaria è la sintesi dell'esperienza con un metodo di analgesia farmacologica e rappresenta la testimonianza del valore professionale e umano che le nuove generazioni potrebbero riversare nel nostro sistema sanitario se venisse data loro la possibilità di lavorare.

Claudio Crescini Direttivo AIO

trova ancora un largo uso nelle strutture sanitarie, anche perché commercializzato solo dal 2010 sotto il nome di Livopan.

Il Livopan è un metodo di analgesia ad inalazione che contiene una miscela di 50% di protossido d'azoto e 50% di ossigeno. È facile da somministrare, può essere utilizzato velocemente ed ha effetto in meno di un minuto.

Il NICE afferma che tutti i punti nascita dovrebbero essere dotati di questo tipo di analgesia.

Come si utilizza? Per poter avere il massimo effetto analgesico la donna, con l'aiuto dell'ostetrica che la assiste, deve iniziare ad inalare il gas almeno 30 secondi prima che inizi la contrazione. È inoltre ottimale che la donna, per i successivi 30 secondi dopo la fine della contrazione, continui ad espirare nella maschera in modo tale che il gas venga eliminato dal sistema di recupero e non diffonda nell'ambiente.

È efficace? Il protossido d'azoto è efficace nel ridurre l'intensità del dolore e dona sollievo in travaglio, ma per ciò che riguarda il "quanto" possa aiutare i dati appaiono estremamente variabili.

In generale si può affermare che

Effetti su madre e neonato

Dal punto di vista emodinamico gli studi mostrano, nella popolazione generale, che gli effetti collaterali sono rari ed alcuni sintomi quali ipotensione e riduzione della saturazione di ossigeno non sono attribuibili all'uso del protossido di azoto (Rooks 2011; Likis 2012; Rezaeipour 2007).

Dal punto di vista ostetrico l'uso di protossido d'azoto non sembra alterare il rilascio di ossitocina e quindi interferire sulla normale fisiologia del travaglio (Rooks 2011). Numerosi studi dimostrano che la durata media della fase attiva non è modificata (SU 2002; Rooks 2011; Rosen 2002), non aumenta il rischio di parto strumentale (Klomp 2012) ed anzi sembra ridurre il numero di tagli cesarei (SU 2002; Rooks 2011; Rosen 2002).

Il meccanismo con cui questo farmaco agisce può spiegare questi dati, infatti stimola l'aumento della produzione di endorfine endogene, della dopamina e di altri oppioidi e di neuromodulatori del midollo spinale; aumenta inoltre il rilascio di prolattina e riduce il rilascio di cortisolo, influenzando in modo favorevole la risposta ormonale allo stress (Rooks 2011).

L'uso del protossido d'azoto non influisce sulla presenza di meconio nel liquido amniotico, sul battito cardiaco fetale (SU 2002; Rooks 2011) e nella perdita di sangue nel post partum (SU 2002). Per quanto riguarda il feto non ci sono differenze di Apgar alla nascita e nell'emogasanalisi.

Effetti collaterali. Per ciò che riguarda i possibili effetti collaterali, dei quali le donne devono essere informate prima dell'uso, i più frequenti possono essere: nausea, sensazione di testa leggera, vomito, vertigini e sonnolenza.

Controindicazioni. Le controindicazioni all'uso di Livopan sono poche e relative a condizioni rare non presenti nella comune popolazione ostetrica, tra le quali: instabilità emodinamica e ridotta capacità di ossigenazione, ridotto stato di coscienza, pneumotorace, enfisema o ipertensione polmonare. Tra le controindicazioni relative, riferite però ad un uso cronico del protossido d'azoto come analgesico, vi è il deficit di vitamina B12 e di folati o la presenza di disfunzioni genetiche che riguardano gli enzimi coinvolti nel metabolismo di queste vitamine.

Esposizione degli operatori. Per ciò che riguarda il possibile rischio espositivo per gli operatori, gli studi dimostrano che esso è strettamente correlato con il tempo di esposizione, la presenza o meno di un ambiente ben ventilato e l'utilizzo di mascherine con un sistema di recupero /evacuazione del gas espirato. Le maschere con evacuazione sono dotate di una valvola a depressione che rilascia la miscela gassosa solamente durante la depressione provocata dall'inspirazione. Viceversa durante l'espirazione il sistema crea una pressione negativa che cattura l'espirato contenente il gas e lo trasporta tramite un sistema chiuso al di fuori dell'ambiente.

L'utilizzo di questo sistema è in grado da solo di ridurre il rischio di esposizione degli operatori an-

► **Segue a pagina 18**

Già da molto tempo utilizzato in Canada e in Inghilterra, questo metodo analgesico non ha trovato ancora un largo uso nelle strutture sanitarie del nostro Paese, anche perché commercializzato solo dal 2010



Ufficio legale AOGOI: la nostra presenza sul territorio



PRONTO SOCCORSO LEGALE AOGOI PER TE UNA TUTELA IMMEDIATA E SPECIALIZZATA

- Chiama Aogoi: **02.29525380**
- In caso di urgenza: **334.6975661**
- Puoi anche inviare un fax: **02.29525521**
- Per una **Difesa precoce** e competente in giudizio con il legale AOGOI e il CT AOGOI prenota un appuntamento

Il servizio legale AOGOI si propone di ripristinare un modello di "presenza sul territorio" finalizzata ad assicurare in maniera competente e fattiva un'assistenza legale agli iscritti Aogoi che necessitano di una difesa in giudizio estremamente specializzata o di un tempestivo parere legale sul loro caso.

Come funziona in concreto?

■ Il ricevimento costituisce un **primo orientamento** per fornire una pronta e qualificata risposta a quesiti giuridici e medico legali dei soci comprensibilmente preoccupati di essere oggetto di un'indagine o un processo penale. In tale occasione, o immediatamente dopo, previo accurato esame della

documentazione medico legale e degli atti di causa, il socio riceverà suggerimenti per impostare la più utile strategia difensiva, potendo conferire il mandato difensivo al legale e potendosi avvalere di un consulente tecnico Aogoi. Il primo orientamento nei giorni di ricevimento è a titolo gratuito.

I numeri telefonici dedicati

Per un'efficace tutela dei suoi iscritti Aogoi intende mettere a disposizione una **difesa precoce e competente**. In caso di urgenza, se le forze dell'ordine stanno procedendo al sequestro di cartelle cliniche o occorre partecipare ad esame autoptico per difendersi, il socio potrà

contattare i numeri telefonici **02.29525380** oppure **334.6975661**.

Per avere rapidamente un appuntamento e la sicurezza di avere il suo legale di fiducia e il suo Ct Aogoi al proprio fianco, fin dai primi atti di indagine e di accertamenti tecnici irripetibili, il socio potrà contattare la Segreteria Aogoi.

► Segue da pagina 17

che in ambienti non ventilati. È stato inoltre dimostrato che non ci sono rischi neppure per gli operatori in stato di gravidanza.

La nostra esperienza

L'Ospedale di San Giovanni Bianco è un piccolo presidio ospedaliero della provincia di Bergamo, situato in una zona, la Valle Brembana, con difficoltà di collegamento con l'ospedale del capoluogo. Per questo motivo persiste un punto nascita in cui il numero di parti è limitato a circa 200 all'anno. Fino a questo momento l'unica offerta analgesica alle donne era di tipo non farmacologico e completamente affidato alle abilità ostetriche. Poiché in ospedale non è previsto il servizio di guardia attiva né ginecologica né anestesiológica bensì la reperibilità, dall'inizio del 2013 si è introdotto un sistema di partoanalgesia che non richiede per la gestione la costante presenza medica: il Livopan®. La possibilità di poter offrire alle donne, qualora lo richiedano, un metodo analgesico farmacologico, ci permette di avvicinarci maggiormente alle loro richieste e necessità. Noi operatori abbiamo trovato fin da subito semplice il suo impiego per vari motivi, prima di tutto da un punto di vista pratico: Livopan® è infatti semplice e veloce da utilizzare, non sono necessari esami né visite precedenti e la donna quindi può beneficiar-

ne non appena lo richieda. Trattandosi di un analgesico richiede la prescrizione medica in cartella clinica, ma la somministrazione può essere affidata al personale non medico. Ad oggi tutte le donne a cui abbiamo proposto il protossido d'azoto come metodo analgesico, data la sua assenza di nocività e invasività, hanno accettato di utilizzarlo. Un piccolo numero, dopo aver provato, ha rinunciato all'uso a causa del fastidio della mascherina o perché non ha avuto un immediato beneficio; il livopan® infatti non ha effetto immediato, bensì bisogna attendere qualche

inalazione per aver il massimo risultato. Le gravide che lo hanno utilizzato sono rimaste soddisfatte dal suo utilizzo e hanno ricevuto tutte un beneficio, che è risultato ovviamente soggettivo, ma in ogni caso non indifferente. Si tratta sicuramente di un metodo meno efficace dell'analgesia epidurale nel controllo del dolore da parto, ma trova un suo spazio di impiego dove non vi sia la disponibilità dell'epidurale o quando la donna preferisca un metodo meno invasivo.

Una esperienza di qualità

Pochi mesi dopo la laurea ho co-

minciato a lavorare in questo piccolo ospedale che mi ha permesso comunque di iniziare a fare esperienza. Non l'esperienza di "quantità" dei grandi ospedali, ma l'esperienza di qualità. Questo piccolo ospedale infatti permette a noi ostetriche di stare davvero vicine alle donne ed accompagnarle con cura ed affetto in uno dei momenti sicuramente più importante nella loro vita. Fino all'introduzione del Livopan® nel nostro reparto abbiamo assistito e sostenuto le donne in travaglio senza alcun metodo farmacologico, solo con la nostra volontà e voglia di fare,

nella impossibilità organizzativa di offrire l'analgesia epidurale. Tutte le donne possono partorire senza metodi analgesici, ma non tutte le donne scelgono di farlo. Il primo desiderio di un'ostetrica è quello di poter accompagnare e sostenere le donne che diventeranno madri seguendo il percorso che loro hanno scelto. È inoltre importante avere la possibilità di offrire alle donne un metodo analgesico nel momento in cui la nostra capacità e la nostra buona volontà nell'applicare i metodi non farmacologici non è più sufficiente a soddisfare i desideri materni. **Y**

Per saperne di più

- Collins Michelle R, Starr Sarah A, Bishop Judith T, et al. Nitrous oxide for labor analgesia: expanding analgesic options for women in the United States. *Rev Obstet Gynecol* 2012;5(3-4):e126-31
- Faddys C, Galick SR. A systematic review of the safety of analgesia with 50% nitrous oxide: can lay responders use analgesic gases in the prehospital setting? *Emerg Med J* 2005; 22:901-906
- Rezaeipour A, Idenloo F, Khakbazan Z, Kazemnejad A. The effects of Entonox on implication of painless labor and delivery satisfaction rate among pregnant women, *HA-YAT*,2007;13(4):45-58

- Klomp Trudy, Van Poppel Mireille, Jones Leanne Jones et al. Inhaled analgesia for pain management in labour. Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, 2012 Issue 9
- National Institute for Health and Clinical Care:care of healthy women and their babies during childbirth, clinical guideline n.55. RCOG Press, London. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11837/36275/36275.pdf>
- Pasha Hajar, Basirat Zahra, Hajahmadi Mahmood, et al. Maternal expectation and experiences of labor analgesia with nitrous oxide. *Iran Red Crescent Med J* 2012, December; 14(12):792-7
- Società Italiana di anestesia analgesia rianimazione terapia intensiva. Documento SIAARTI-ONDA: Relazione sull'analgisia epidurale

- per il travaglio ed il parto in Italia. Perugia, 19 luglio 2012. http://www.siaarti.it/documenti/pdf_doc/file_19.pdf?g_q=dati%20analgisia%20epidurale
- Su F, Wei X, Chen X, et al. Clinical study on efficacy and safety of labor analgesia with inhalation of nitrous oxide in oxygen. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2002 October; 37(10):584-7
- Rooks Judith P. Safety and risks oxide labor analgesia. *J Midwifery Womens Health* 2011 Novemeber-December; 56(6):557-65
- Rosen MA. Nitrous oxide for relief of labour pain: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002 May; 186 (5 part 2): S110-126
- Talebi H, Nourozi A, Jamilian M et al. Entonox for labor pain: a randomized controlled trial. *Pak J Biol*

- Sci* 2009 September; 12(17): 1217-21
- Van Der Kooy J, De Graad Jp, Kolder ZM, et al. A newly developed scavenging system for administration of nitrous oxide during labour: safe occupational use. *Acta Anaesthesiol Scand* 2012 August ;56(7):920-5
- Westberg H, Egelrud L, Ohlson CG, et al. Exposure to nitrous oxide in delivery suites at six Swedish hospitals. *Int Arch Occup Environ Health* 2008, Jul; 81(7): 829-36
- Likis Fe, Andrews Jc, Collins MR, et al. Nitrous Oxide for the Management of Labor Pain Comparative Effectiveness Review No. 67. AHRQ Publication No. 12-EHC071-EF Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD), 2012 Aug

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Cattiva educazione

È accaduto tanti anni fa, ma lo ricordo come fosse ieri. Era la prima volta che mi trovavo all'estero. Alla Gare de Montparnasse, smanioso di godermi Parigi, entrai in un'edicola per procurarmi i biglietti della metropolitana. Li chiesi senza badare alle quattro o cinque persone che erano già all'interno. D'un colpo gli occhi di tutti furono su di me, esprimendo un misto di stupore e disprezzo. Credetemi, mai mi son sentito peggio nella vita. Capii subito che, sebbene in ordine sparso, tutti i presenti erano in coda. E quella, almeno fuori d'Italia, è sacra. Eppure non è che non ne fossi abituato. Ricordo le lunghe, interminabili file allo sportello della segreteria di facoltà. Quando ci si inventava di tutto per far passare il tempo, tra un pettegolezza e una

Le code nel tempo son diventate sempre più frequenti. E non c'è volta che non trovi il furbetto di turno che cerca di fregare tutti gli altri. Nemmeno noi medici siamo esenti da queste deprecabili maniere. Pensate per un attimo all'ultimo convegno cui siete stati...

battuta. Difficilmente si litigava. Anzi, spesso c'era l'aspetto piacevole, quando la collega belloccia arrivava all'ultimo minuto e ti implorava di presentare anche il suo statino, lasciandoti sperare chissà quale ricompensa che in realtà mai ci sarebbe stata. Quante volte in quegli anni avevo pensato

che, raggiunta l'agognata laurea, tutto sarebbe cambiato. In meglio, ovviamente. Purtroppo mi sbagliavo... Quello infatti era solo l'inizio. Le code nel tempo son diventate sempre più frequenti. Ormai capita ogni giorno di farne, un po' per tutto. E non c'è volta che non trovi

il furbetto di turno che cerca di fregare tutti gli altri. Tipico chi scala l'intera fila e ti si mette davanti mentre sei fermo al semaforo o ti supera a destra sulla corsia di sorpasso se il traffico è lento. Può anche essere che qualcuno possa aver fretta, ma non proprio tanti. E gli altri, quelli che sopportano con pazienza e rassegnazione, al massimo lasciandosi andare a qualche incauta imprecazione? Tutti stupidi? Nemmeno noi medici siamo esenti da queste deprecabili maniere. Pensate per un attimo all'ultimo convegno cui siete stati. Buoni o brutti che siano, ognuno di essi ha due momenti critici in cui offriamo il peggio di noi stessi: il pranzo a buffet e il ritiro degli attestati. Possibile che i nostri guadagni si siano così assottigliati da dover aspettare queste occasioni per abboffarci all'inverosimile? Appena si aprono le porte dell'apposita sala è una corsa surreale, quasi fantozziana, ai tavoli, senza rispetto di alcun ordine, per accaparrarsi quanto più si può. Per quelli garbati, visti i tempi di crisi e i risparmi conseguenti, c'è il serio rischio di rimanere a digiuno. Ma la gazzarra diventa ancor più insopportabile al momento della consegna del famigerato questionario Ecm e successivo

Buoni o brutti che siano, tutti i convegni hanno due momenti critici in cui offriamo il peggio di noi stessi: il pranzo a buffet e il ritiro degli attestati

ritiro dell'attestato di frequenza. Malgrado vi sia il più delle volte una suddivisione facilitante, in gruppi di lettere dell'alfabeto, al fatidico comando di rompere le righe è un'altra forsennata lotta al banco della segreteria ove, senza alcuna parvenza di fila, ci si spinge, ci si strattona, ci si accavalla pur di arrivare prima degli altri. Perché? Per la stanchezza della giornata? Per il desiderio di tornare a casa? O perché annoiati di sentire fin troppo spesso inutili ripetizioni che poco o nulla aggiungono alle nostre conoscenze? Ma forse è solo cattiva educazione...



Libri



a cura di Carlo Sbiroli

Oltre l'homo oeconomicus

Questo libro è un po' datato. Lo lessi appena pubblicato, alla fine del 2009. Mi è capitato tra le mani alcuni giorni fa. L'ho riletto. Mi è sembrato estremamente attuale. Ve lo propongo. Perché in tempi di grave crisi economica, come quella che stiamo vivendo, la lettura di questo libro dovrebbe farci capire

quali sono i fattori che contribuiscono significativamente alla felicità individuale, al netto dell'effetto concomitante di tutte le altre variabili (leggi crisi economica). Leonardo Becchetti, professore di Economia Politica presso l'Università "Tor Vergata" di Roma si cimenta nel difficile compito di rin-

tracciare e precisare i fattori che rendono felice la persona, qualunque sia il Paese di appartenenza. Ai primi posti troviamo la salute, il tempo speso per le relazioni interpersonali, il reddito, il livello d'istruzione, il godimento dei diritti politici, la stabilità delle relazioni affettive. Tra quelli che hanno effetti negativi sulla realizzazione di vita vi sono: la disoccupazione, la precarietà occupazionale (i suicidi di questi giorni a Civitanova Marche sono indicativi) e i fallimenti delle relazioni affettive. Di fronte a questo elenco verrebbe da chiedersi dov'è la novità? Becchetti risponde dimostrando che l'uomo, che è l'oggetto di osservazione dell'economia (l'homo oeconomicus), va rifondato sulla base dei nuovi risultati provenienti dagli studi sulla felicità e



OLTRE L'HOMO OECONOMICUS
Felicità, responsabilità, economia delle relazioni

LEONARDO BECCHETTI

Città Nuova Editrice (2009)
Pag. 262

Leonardo Becchetti, professore di Economia Politica presso l'Università "Tor Vergata" di Roma si cimenta nel difficile compito di rintracciare e precisare i fattori che rendono felice la persona, qualunque sia il Paese di appartenenza

dalle altre discipline sociali. In sostanza gli studi della felicità appaiono molto più coerenti con il senso comune e molto meno con le prese di posizione degli scienziati

sociali che, nel percorso delle loro rispettive specializzazioni, sono sempre meno comunicanti e hanno finito per creare "riduzionismi" e contrapposizioni. Emerge così che uno dei compiti fondamentali della cultura contemporanea sia quello di integrare la dimensione dell'essere con quella del fare, approfondendo l'importanza dello scambio di doni che collegano il piano delle relazioni a quello dell'operosità individuale e sociale.

**NOVITÀ
30 BUSTINE**

DIKIROGENTM

**Formulazione UNICA ed INNOVATIVA
per il trattamento della PCOS
e delle manifestazioni ad essa correlate**

INGREDIENTI	per 1 bustina	% RDA
myo-inositolo	2000 mg	
d-chiro-inositolo	400 mg	
acido folico	400 µg	200 %
manganese	10 mg	500 %

Senza glutine



Trattamento: 1 bustina al giorno

**DOSAGGI E POSOLOGIA
APPROVATI DAL MINISTERO
DELLA SALUTE**

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Le nozze coi fichi secchi...

Il fatto è che purtroppo – e soprattutto sulla nostra pelle – si sta cercando di raddrizzare la barca dell'economia nazionale dal momento che l'imperativo categorico del governo (e dei nostri 'padroni' di Bruxelles) è "risparmiare"

Non invidio certo la povera Lorenzin, fresca di nomina al ministero della Salute: soldi niente, grane tante, operatori della sanità insoddisfatti e depressi! Il quadro è questo. Certo nessuno può attendersi miracoli e dopo l'esperienza dei tecnici "economisti" (con i risultati che sono sotto gli occhi di tutti) non si possono nutrire illusioni: ormai la vera direzione del comparto sanitario è affidata ai ministeri dell'economia e delle finanze, non servono esperti sanitari bensì solo... ragionieri: tutti si riempiono la bocca del "bene salute come diritto costituzionalmente sancito" ma a conti fatti (... per l'appunto!) ormai la macchina sanitaria va praticamente a scartamento ridotto. È indiscutibile che ci siano stati sprechi e ruberie e che tuttora la sanità sia al centro di interessi non sempre limpidi, ma addossarne la responsabilità a coloro che vi lavorano e farne scontare le conseguenze ai cittadini mi sembra davvero insopportabile. I politici trombati ed incapaci messi da altri politici a dirigere le Asl sono una colpa dei medici? Gli amici degli amici messi ad infarcire gli organici di certi ospedali e Asl ce li abbiamo portati noi? Le mazzettone per gli appalti milionari chi le concordava e poi le spartiva, gli operatori sanitari? Sicuramente noi medici abbiamo sbagliato ad assistere nella maggior parte dei casi senza reagire a questo saccheggio: ma si sa, a noi interessava la professione e poi, salvo un numero proporzionalmente esiguo di casi, la politica di solito la subiamo. Il fatto è che purtroppo – e soprattutto sulla nostra pelle – si sta cercando di raddrizzare la barca dell'economia nazionale dal momento che l'imperativo categorico del governo (e dei nostri 'padroni' di Bruxelles) è "risparmiare". Ecco come si fa: spingendo molti medici ad andare in pensione (Fornero docet) senza rimpiazzarli si lasciano vuoti paurosi negli organici; poi si tagliano di fatto gli stipendi al personale le cui retribuzioni sono quelle del 1999 (cioè del secolo scorso!); ancora e in conseguenza della riduzione del personale, si accorpano le strutture ed i servizi quindi si chiudono ospedali e si sopprimono posti letto; della medicina del territorio di cui



Eliminiamo gli sprechi, razionalizziamo il sistema ma non affossiamolo: non vogliamo, non possiamo tornare indietro al tempo in cui molti non potevano curarsi per mancanza di soldi!

moltissimi (tra cui qualche ex ministro) si erano riempiti la bocca, non si hanno notizie. Alla fine il gioco è fatto! Meno personale, meno strutture ma stessa richiesta di prestazioni, dunque maggiori carichi di lavoro a parità di retribuzione: alè, che bel risparmio! E poi, che magnifica invenzione gli accorpamenti: prima c'erano 3 reparti di maternità con 3 primari? Ora teniamo un solo primario "a scavalco" per 3 strutture con meno collaboratori, così si risparmia un bel po' di soldini, tanto qualche cireneo disposto a portare la croce per amor proprio e per il gusto della professione si trova sempre! Ma con quali vantaggi per le pazienti? Con quanto stress per i medici coinvolti ("accorpati")? Siamo certi che il meccanismo possa funzionare senza danni collaterali? E i rischi professionali dei medici, siamo sicuri che non aumentino a dismisura? Ed ecco che in un triste contesto arriva la notizia: da poco si è scoperto che molti medici italiani soffrono di depressione, di stati ansiosi in una parola sono colpiti dalla sindrome da burnout che in inglese significa "bruciarsi". È questo l'esito patologico di un processo di stress che colpisce le persone che esercitano in generale professioni d'aiuto quando si sentono sovrastati da carichi eccessivi di stress che il loro impiego li porta ad assumere. Il

lavoro viene dapprima percepito come un peso insopportabile, poi si passa alla fase successiva caratterizzata da diminuzione della partecipazione emotiva all'attività professionale e infine si può arrivare al rifiuto, quasi al disgusto per il proprio lavoro. È a questo che devono giungere i medici italiani? È questo che ci chiede il Paese? Siamo sovraccaricati di lavoro, pagati in maniera disomogenea ma sostanzialmente inadeguata rispetto al tenore di vita che ci si aspetta da un professionista; per mancanza di mezzi siamo ormai costretti ad aggiornarci via web nei brevi ritagli di tempo residui rispetto al lavoro (l'obbligo/diritto alle ore di aggiornamento è andato a farsi benedire come altri istituti contrattuali che sembravano ormai consolidati da anni); partecipare di persona a congressi è un sogno irrealizzabile se non per pochi; dobbiamo essere sempre (sempre...!) bravi, perfetti, tempestivi! Siamo spiati dai burocrati, controllati dai manager, vessati da obblighi di ogni genere ed eternamente cortedeicontantati, super tassati e ciononostante guardati con sospetto dal fisco, oggi blanditi dai media come grandi uomini e donne di scienza e l'indomani sparati in prima pagina come tragici responsabili di inaccettabili errori medici; se siamo

bravi e anche in un rapporto privato e personale chiediamo una adeguata ricompensa ci mettono in croce come esosi speculatori sulle malattie del prossimo (ma le conoscete le parcelle milionarie in euro di architetti, avvocati, ingegneri e magistrati consulenti di lodi legali?). Questa è la situazione e le prospettive non sono certo incoraggianti! Dinanzi a tanta difficoltà qualcuno decide di pensionarsi, qualcuno si acconcia a tirare a campare, la gran parte vorrebbe reagire e riaffermare il diritto a svolgere la professione con dignità, rispetto e riconoscimento sociale: ci sono ancora margini per uno scatto di orgoglio per noi che crediamo, nonostante tutto, nel gusto di fare il medico, di impegnarsi in una professione affascinante e (un tempo) gratificante? Dobbiamo risparmiare certo, ma a furia di tagliare furiosamente si corre davvero il rischio di non riuscire più a garantire la qualità, l'impegno e la serenità di chi ha scelto di dedicarsi ad un lavoro assai difficile come è quello di

curare il prossimo. La tutela della salute delle persone è una delle più importanti conquiste di una società civile e negli ultimi 50 anni molto è stato fatto dalle nazioni anche aumentando il debito pubblico: non vogliamo, non possiamo tornare indietro al tempo in cui molti non potevano curarsi per mancanza di soldi; oggi si sta in effetti spostando sul privato a pagamento una parte consistente delle prestazioni sanitarie e questa è purtroppo la premessa (particolarmente in un momento di crisi economica generale) per una Sanità a due volti, uno di serie A e l'altro di serie B. Il welfare non è un'opzione di economisti inflessibili, è una necessità, un diritto e un fondamentale segno di civiltà. Eliminiamo gli sprechi, razionalizziamo il sistema ma non affossiamolo: senza adeguate risorse il servizio sanitario perde il carattere di universalità e di equità che è la base del rispetto della dignità degli individui. Purtroppo le nozze coi fichi secchi non si possono proprio fare!

L'UNIVERSO FEMMINILE: UN INFINITO DA ESPLORARE



88° Congresso Nazionale SIGO

53° Congresso Nazionale AOGOI

20° Congresso Nazionale AGUI

Napoli 6-9 Ottobre 2013

EXPO CENTRO CONGRESSI

Molo Angioino, Stazione Marittima



PRESIDENTI

Giuseppe De Placido
Carmine Nappi
Fabio Sirimacò

A Napoli, per dare più forza e visibilità alla ginecologia italiana

Carissimi colleghi,

tra qualche mese Napoli accoglierà il più importante appuntamento annuale per i ginecologi italiani, sotto il profilo formativo, culturale e della vita associativa. È un momento privilegiato di incontro per tutte le componenti della ginecologia, rappresentate anche dalle nostre società affiliate, che avranno l'occasione di confrontarsi sulle esperienze acquisite e sugli argomenti all'avanguardia in campo clinico, scientifico e della ricerca, nonché sui problemi che riguardano la qualità della nostra vita professionale e della nostra assistenza. Come il contenzioso in ostetricia e ginecologia, la sicurezza dei punti nascita, l'organizzazione delle strutture e la protezione degli operatori: temi che abbiamo clamorosamente portato all'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica con il nostro primo sciopero nazionale del 12 febbraio, che tanto consenso ha riscosso in tutto il mondo medico.

Inoltre, come di consueto, il Congresso Nazionale ci permetterà di aprire un confronto con le altre Scuole di ginecologia e ostetricia: l'incontro con i colleghi stranieri è sempre una grande opportunità per scambiare esperienze e acquisizioni nei vari e differenziati campi della nostra specialità. Non dimentichiamo

che la qualità dei congressi nazionali Sigo-Aogoi-Agui e il confronto scientifico internazionale che abbiamo costantemente promosso negli anni sono stati gli elementi chiave del successo del FIGO 2012, il congresso Mondiale di ginecologia che abbiamo avuto l'onore di ospitare a Roma lo scorso ottobre!

Per dare continuità a questa straordinaria esperienza ci siamo impegnati al meglio per sviluppare un programma scientifico di alto profilo. SIGO 2013 pone l'accento sulle nuove tecnologie e la diagnosi precoce, riservando particolare spazio ai temi più delicati dell'uro-ginecologia, dell'ostetricia, della medicina della riproduzione, della diagnosi prenatale e dell'oncologia ginecologica. Un obiettivo che non perderemo mai di vista nella discussione e nel confronto che animerà le varie sessioni sarà quello della "sicurezza dei punti nascita". Finché non riusciremo a rendere più sicura ed efficiente la rete materno infantile, sia sotto il profilo strutturale che della dotazione di organico, l'Aogoi proseguirà con tenacia la sua battaglia.

Il congresso di Napoli sarà anche un momento di bilanci in quanto verranno rinnovate le cariche sociali, e sia l'Aogoi che la Sigo eleggeranno un nuovo presidente e un nuovo Direttivo.

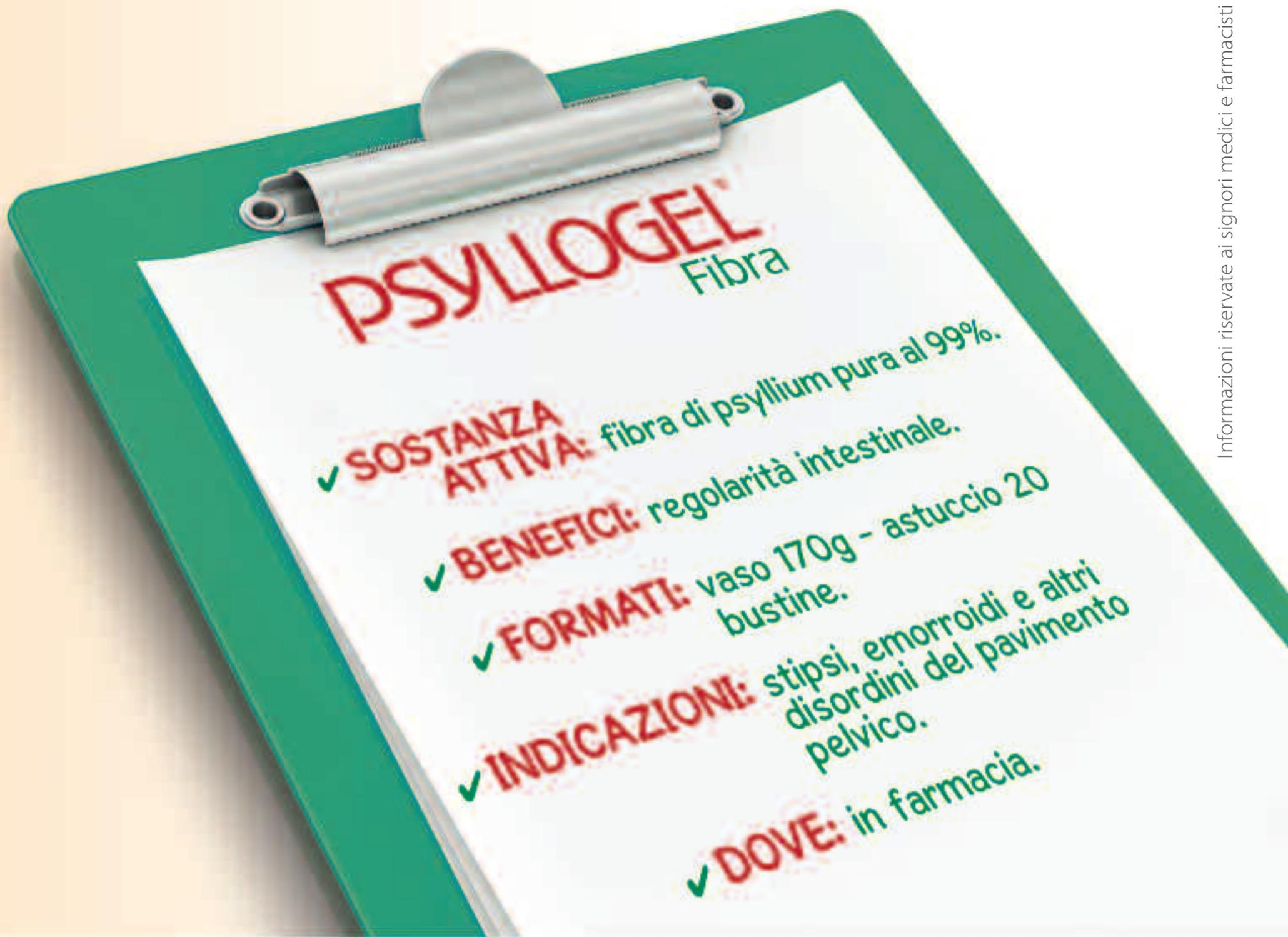
L'armonia e la collaborazione tra Aogoi, Sigo e Agui in questo ultimo triennio ci ha permesso di dare un'immagine della ginecologia italiana coesa e autorevole. E dunque più forte, anche nel rapporto con le istituzioni e il mondo politico, che abbiamo voluto coinvolgere anche in questa occasione.

Chi raccoglierà il nostro testimone avrà perciò il delicato compito di coltivare questo spirito di squadra: premessa indispensabile per affrontare i problemi della "GINECOLOGIA ITALIANA IN TEMPI DI CRISI", come recita il titolo di una delle sessioni congressuali.

Anche in questo nuovo appuntamento congressuale abbiamo cercato di dar spazio ai nostri giovani migliori, a loro è affidato il futuro della nostra specialità e la loro crescita professionale è stata una priorità a cui ho dedicato il massimo impegno in questi tre anni della mia presidenza. Nel segno della migliore tradizione Aogoi.

Vi invito dunque a partecipare numerosi, per contribuire ad arricchire questo importante appuntamento e dare ancor più forza e visibilità alla ginecologia italiana.

*Prof. Vito Trojano
Presidente AOGOI*



- ✓ **SOSTANZA ATTIVA:** fibra di psyllium pura al 99%.
- ✓ **BENEFICI:** regolarità intestinale.
- ✓ **FORMATI:** vaso 170g - astuccio 20 bustine.
- ✓ **INDICAZIONI:** stipsi, emorroidi e altri disordini del pavimento pelvico.
- ✓ **DOVE:** in farmacia.

Informazioni riservate ai signori medici e farmacisti

Impossibile avere di più!



PSYLLOGEL[®] Fibra, grazie al bulking effect forma un gel, che è fondamentale per favorire il formarsi di una massa fecale soffice, voluminosa e scorrevole adatta a facilitare i regolari movimenti peristaltici intestinali e ad aumentare la velocità di transito a livello del colon.

I gusti:



Arance rosse



Tè limone



Fragola



Vaniglia

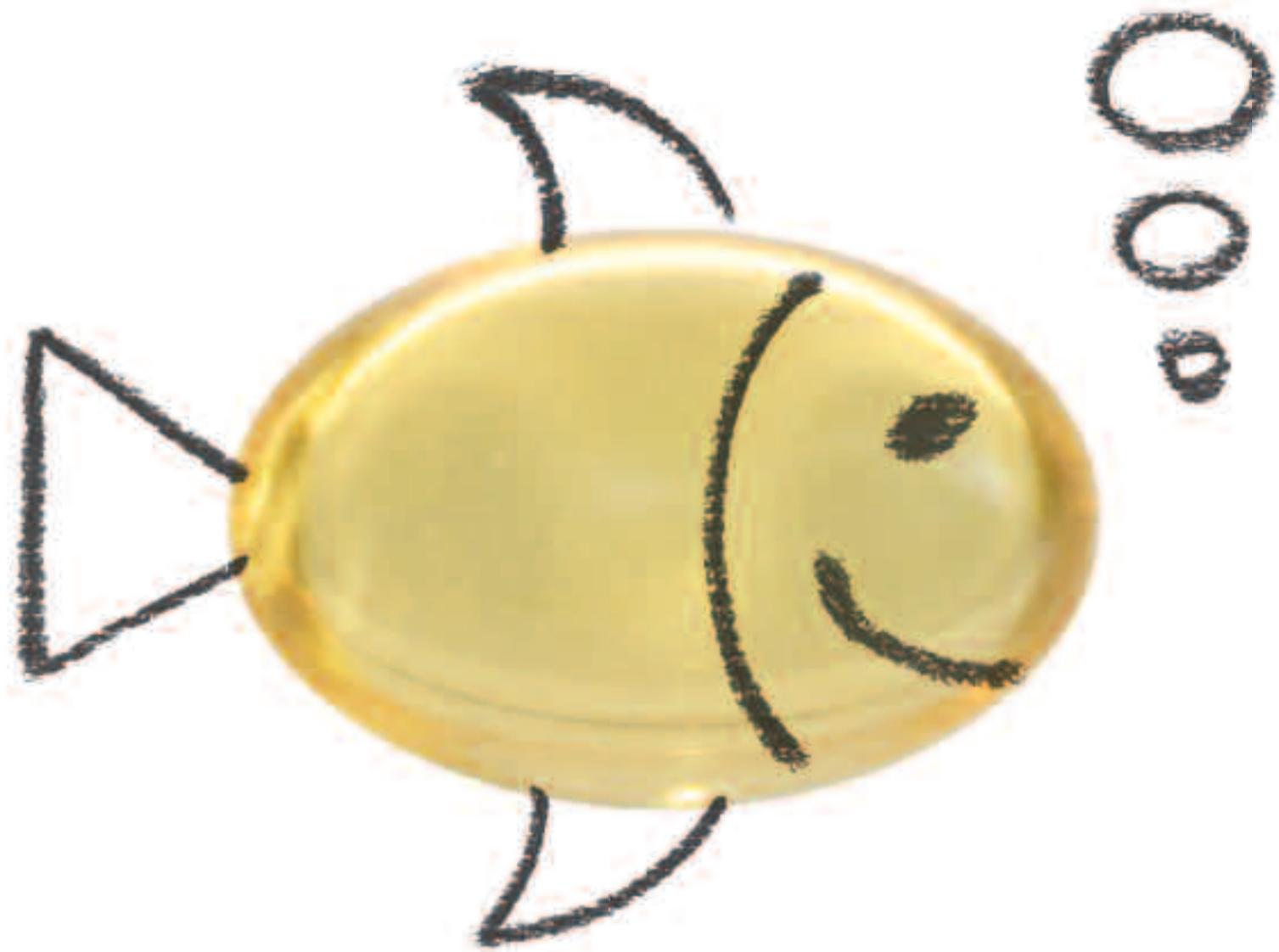
NATHURA.COM


NATHURA[®]
Nutrizione Scientifica

cgp.it

MULTICENTRUM MATERNA DHA

LA COMPLETEZZA E LA QUALITÀ DI SEMPRE
(con qualcosa in più)



LA LINEA DI INTEGRATORI ALIMENTARI MULTICENTRUM MATERNA SI È ARRICCHITA DI UN NUOVO PRODOTTO

Multicentrum Materna DHA contiene tutte le vitamine e i principali minerali con l'aggiunta di DHA, un nutriente importante per il benessere della mamma e del bambino.

IL NOSTRO DHA

L'olio di pesce contenuto nella formulazione di Multicentrum Materna DHA è stato scelto per la sua elevata concentrazione di DHA e la sua purezza, requisiti essenziali per l'integrazione in gravidanza e allattamento.

FONTE DICHIARATA
(DHA da olio di pesce)

DHA IN FORMA FISIOLGICAMENTE ATTIVA
(esteri di trigliceridi)

TRATTATO PER EVITARE IL REFLUSSO
(raffinato/deodorizzato)

QUALITÀ E PUREZZA ELEVATE
(trattato per eliminare i contaminanti ambientali)

RAPPORTO OTTIMALE EPA:DHA 1:5
(simile al latte materno)

200 MG AL GIORNO
(in aggiunta alla dose giornaliera consigliata di acidi grassi omega-3 nell'adulto, pari a 250 mg di DHA e EPA)

