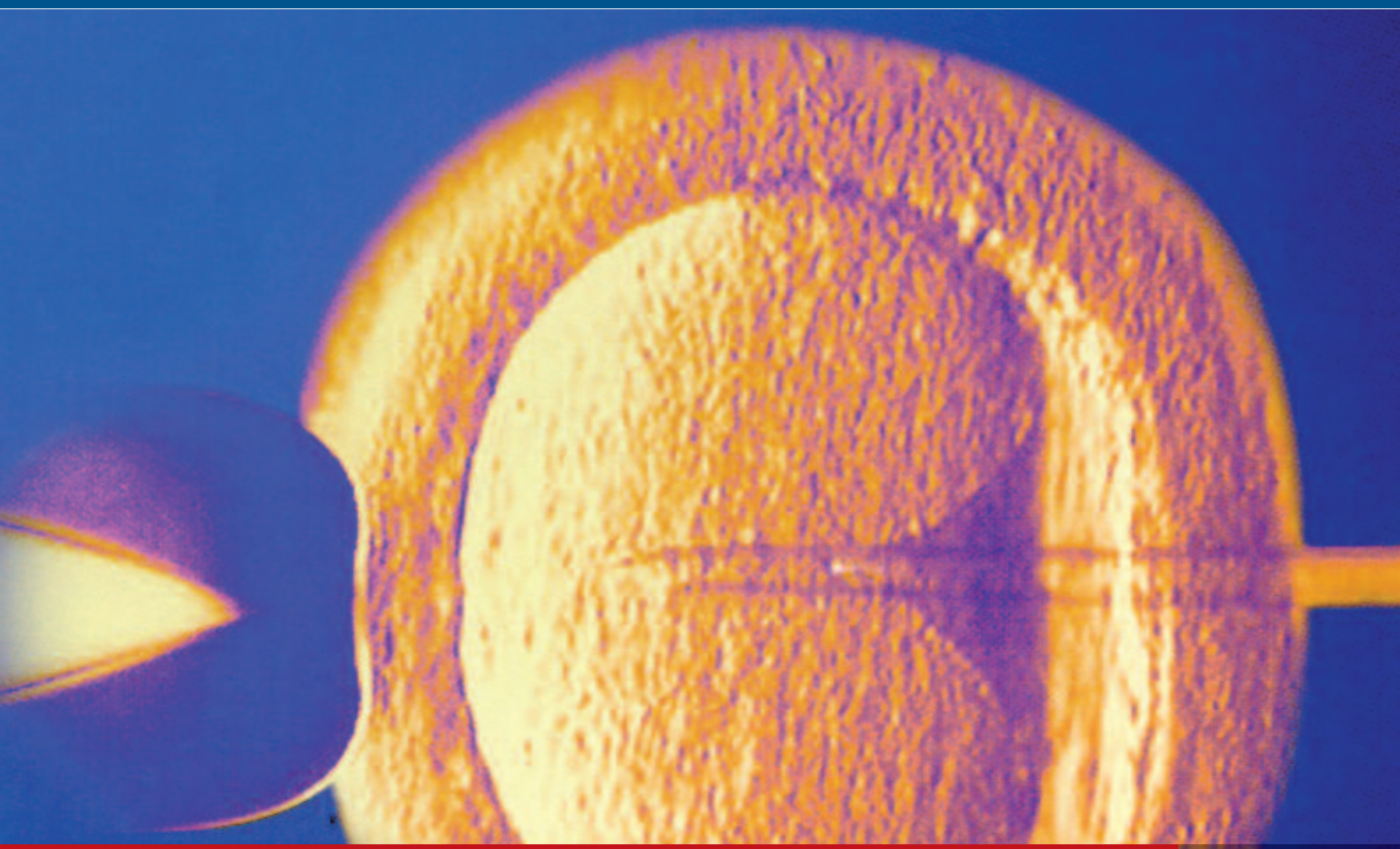
GYNECO

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

AOGOI



RELAZIONE ANNUALE SULLA LEGGE 40

Pma: la carica dei 10mila

Cresce ancora il ricorso alla procreazione medicalmente assistita e i bambini nati nel 2008 superano per la prima volta la soglia dei 10mila. Ma a crescere è anche l'età delle donne che accedono a queste tecniche. Lo rilevano i dati sull'andamento della Pma presentati il luglio scorso

■ **Eshre**
Partecipazione record al 26° meeting della Società europea di Riproduzione umana ed Embriologia

■ **Bollini rosa 2010**
Sono 224 gli ospedali women friendly premiati da O.N.Da. Ma il Sud è ancora indietro

■ **Mortalità materna**
Lo studio del Cneps-Ccm spiega perché i dati rilevati dall'Istat sottostimano il fenomeno

■ **Manovra economica**
Quadro fosco per il Ssn. Per il comparto il tributo da pagare alla crisi é troppo alto

6/7
2010

MENSILE ANNO XXI N. 6/7 - 2010 - POSTE ITALIANE SPA - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE D.L. 353/03 (CONV. L. 46/04) ART. 1, COMMA 1, ROMA/AUT. N. 48/2008 CONTIENE I.P.

Sensilube

RITROVA LA TUA FEMMINILITÀ

E' un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso. Autorizzazione del 5 agosto 2009

RISPOSTA INNOVATIVA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA SECCHEZZA VAGINALE

Una formula che previene ed aiuta ad eliminare i disagi causati dalla secchezza vaginale perché:

- favorisce il ripristino del trofismo della mucosa vaginale
- agisce come umettante e lubrificante delle mucose vaginali
- crea un ambiente favorevole per ristabilire la naturale secrezione vaginale
- aiuta a ristabilire l'integrità della mucosa vaginale.

Testato da:

AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

durex®

Editoriale

Quando salute fa rima con povertà

La salute è un bene sempre più "fuori dalla tasca" di molti italiani. Mi riferisco a quell'*out-of-pocket* che quasi 4 milioni di famiglie, oltre 5 milioni di italiani nel corso del 2009, hanno dovuto sborsare per la salute a fronte di pesanti sacrifici economici. Nonostante la nostra spesa sanitaria pro capite sia oggi del 17% inferiore a quella dell'Europa dei 15 e quasi il doppio più bassa rispettto ad alcuni paesi extraeuropei come Canada, Giappone e Usa.
I dati del rapporto Ceis – Sanità 2009, illustrati in queste pagine, ci danno uno spaccato del dramma che si sta consumando nel nostro Paese: 1 milione di persone soggette a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie e sociali, legate soprattutto alla non autosufficienza, circa 3 milioni di persone costrette a sostenere spese sanitarie molto elevate rispetto ai loro redditi e oltre 2.600mila famiglie in cui almeno un componente ha dovuto rinunciare a spendere per la propria salute per il peso economico che avrebbe comportato. Un quadro aggravato da forti differenze regionali, che certo la nuova manovra economica non potrà alleggerire né tantomeno sanare. E che potranno mai fare le Regioni per soddisfare la domanda di cure e assistenza se non reperire risorse con nuove tasse, ticket o tagli alle prestazioni?
Possibile che non ci si renda conto che il nostro Ssn e il nostro pur sbrindellato welfare sono gli ultimi baluardi contro la crisi di un sistema che ci colpisce tutti?
Dicevamo i tagli, Carmine Gigli nel suo articolo traccia i contorni post manovra economica del nostro Ssn, dei nostri ospedali. Cosa potrebbe accadere con il dimezzamento del numero di contratti di lavoro a tempo determinato e la drastica riduzione delle assunzioni a tempo indeterminato? Che cosa significherà per le fasce più deboli "il drammatico impoverimento delle dotazioni organiche dei reparti ospedalieri"? Certamente non avere più la salute "in tasca".
Gli sforzi, che tra mille difficoltà stiamo compiendo nella direzione della umanizzazione delle nostre strutture e dell'attenzione per i bisogni della donna (vedi articoli all'interno), rischiano di essere vanificati. Non vorrei che presto più che di bollini rosa si dovrà essere costretti a parlare di "bollini neri".

Giovanni Monni
Presidente AOGOI

Indice numero 6/7-2010

Primo piano

5 **Pma: oltre 10mila bambini nati nel 2008**
Presentata in Parlamento la Relazione annuale sulla legge 40

6 **Medicina della riproduzione: un meeting da record**
Il 26° Meeting annuale della Società europea di riproduzione umana ed embriologia (Eshre)

8 **Sanità, si spende poco. Ma i disavanzi restano**
I risultati del Rapporto Ceis-Sanità 2009

10 **E ora la parola magica è "costo standard"**
di Cesare Fassari

11 **L'attenzione per le donne entra in ospedale**
di Antonino Michienzi

12 **Farmindustria: sacrifici sì, ma questi sono inaccettabili**

13 **Oliveti: "La nostra priorità è garantire la pensione ai giovani"**
Intervista di Eva Antoniottti al nuovo vicepresidente dell'Enpam

Il Centenario degli Ordini

14 **La legge "Fazio" su ordini, sperimentazioni cliniche e sicurezza delle cure**
Il ddl del ministro della Salute presentato in Consiglio dei Ministri

Professione

15 **Mortalità materna: i conti non tornano**
I risultati dello studio Cnesps-Ccm
Il Commento di Valeria Dubini

17 **Progetto Vales: vicino ai malati, sempre**
di Antonino Michienzi

18 **Nuovi test diagnostici su cancro a prostata e ovaio**
di Giovanni Rodriquez

19 **Quella sottile linea rossa**
Seconda e ultima parte dell'approfondimento sulla libertà di cura e le scelte di fine vita

21 **Il consenso informato in isteroscopia**
di Gioacchino Gonzales

23 **La perdita di chance per omessa diagnosi medica**
di Pier Francesco Tropea

24 **RU486: una giornata di informazione sulla Ivg medica**

Finalmente le linee di indirizzo del Ministero

26 **Penalizzazioni economiche e "spoil system" strisciante**
di Carmine Gigli

27 **Fesmed: il Consiglio direttivo si rinnova nel segno della continuità**

Via libera a mozione bipartisan per screening mammario

Rubriche

28 Meditazioni di G. Gragnaniello **/ 28 Libri /**
29 Fatti & Disfatti di C. M. Stigliano **/ 30 Congressi**

GYNECO AOGOI

NUMERO 6/7 - 2010
ANNO XXI

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

Comitato Scientifico
Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli
Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoaogoi@hcom.it
Pubblicità
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/03 (Conv. L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: luglio 2010
Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale
AOGOI
Testata associata
A.N.E.S.
Editore
Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

SIGO2010

86° CONGRESSO SIGO 51° CONGRESSO AOGOI

GYNECO AOGOI / NUMERO 6/7 - 2010

MILANO | 14-17 NOVEMBRE 2010 | FIERA MILANO CITY

È cominciato il conto alla rovescia per l'87° Congresso SIGO, a Milano, il 14-17 Novembre 2010. Segnatelo in agenda!

Carissimi Colleghi e Colleghe,

è un grande onore invitarVi a Milano per celebrare l'86° Congresso SIGO ed il 51° Congresso Nazionale AOGOI. Il percorso verso il Congresso Mondiale FIGO che si terrà a Roma nel 2012 si sta avviando verso la sua fase operativa. Milano è una tappa essenziale verso quel traguardo: per questo ci impegneremo perché i nostri contributi siano di altissimo livello scientifico, per la piena soddisfazione di tutti Voi, che sceglierete di essere i protagonisti di questo evento a Milano e perché i Colleghi stranieri possano apprezzare ancora una volta la piena titolarità dell'Italia ad ospitare la grande assise internazionale.
La donna oggi ha un'identità dinamica e molto più complessa rispetto al passato. Si pone come interlocutore esigente e costruttivamente critico nei confronti della medicina. Ci chiede di uscire dai limiti tradizionali, per darle il senso di una percezione forte, integrata, rigorosa dal punto di vista medico e insieme aperta ai vissuti personali e alle implicazioni psicosociali della salute e della malattia.
I temi congressuali vogliono tener conto di questi mutamenti offrendo la possibilità di parlare di ginecologia secondo i canoni tradizionali ma anche di affrontare argomenti complessi in modo non convenzionale. Per questo daremo spazio alla collaborazione multidisciplinare per confrontarci con i colleghi di altre specialità e con le figure professionali a noi più vicine. Il presente deve guardare al futuro, oltre i limiti attuali.
Novità? Punteremo su ritmo, contenuti, meritocrazia, innovazione di temi e didattica. Sui giovani e sulle donne! Avremo – durante il Congresso, oltre che prima – alcuni corsi di formazione di eccellenza, con presenza specificamente certificata. Sono dedicati ai giovani – e a coloro che si sentono giovani – per un aggiornamento strutturato di altissimo profilo che diverrà, speriamo, il fiore all'occhiello di questo evento. Vi insegneranno i migliori. Iscrivetevi per tempo a quello/i di vostro maggiore interesse, perché la scelta delle aule sarà fatta in modo dinamico in base alle adesioni.
Ci saranno "breaking news" all'ora di pranzo, per aprire finestre culturali fresche, stimolanti e nuove, anche sulla bellezza e la cosmesi, grazie a brillanti Colleghi di altre specialità, con cui sarà un piacere dialogare.
E per ora non vi diciamo nulla sull'inaugurazione del Congresso e sulla serata di Gala, che saranno indimenticabili! Pensati perché accanto al rigore e alla caratura scientifica ci siano spazi di bellezza e di emozioni per il cuore e per la mente.
Sempre d'intesa con il Presidente AOGOI, Professor Giovanni Monni, con il Presidente SIGO Prof. Giorgio Vittori, e con i Direttivi, verrà dato spazio ai Gruppi di Lavoro specifici (mandateci subito adesione e proposte!). L'obiettivo è che il Congresso diventi anche momento partecipativo sul fronte della ricerca attiva, della collaborazione e della valorizzazione di quei Colleghi più giovani, appassionati della ginecologia, che sono il nostro futuro e saranno i protagonisti di una prestigiosa Ginecologia italiana domani.
Alleniamoci insieme per un grandioso Mondiale del 2012!
Grazie di cuore per la fiducia accordataci e per i suggerimenti, le critiche, le idee con cui ci aiuterete ad esprimere al meglio le potenzialità della nostra Ginecologia e della nostra Ostetricia.

Vi aspettiamo con gioia a Milano, il 14 Novembre 2010.

Mauro Buscaglia, Alessandra Graziottin, Nicola Natale
Presidenti Congresso SIGO - AOGOI 2010

Mauro Buscaglia

Alessandra Graziottin

Nicola Natale

Temi congressuali

1. Chirurgia: la tradizione, la miniinvasività, il futuro (robotica)
2. Le cellule staminali ed i trapianti
3. Identità e genere: la donna e la società
4. Sterilità: PMA o altro?
5. La gravidanza fisiologica e complicata
6. Il parto e le sue modalità
7. Diagnostica per immagini
8. Ostetricia e ginecologia per le donne immigrate: accoglienza, assistenza, problemi culturali
9. La Medicina Non Tradizionale in Ostetricia e Ginecologia: ausilio, alternativa, placebo
10. Verso il Congresso Mondiale: medicine a confronto
11. Ostetricia e ginecologia: il continuum territorio-ospedale-ambulatorio

PRESIDENTI
Mauro Buscaglia
m.buscaglia@sigo.it
Alessandra Graziottin
a.graziottin@sigo.it
Nicola Natale
n.natale@sigo.it

COORDINATORI SCIENTICI
Claudio Crescini
c.crescini@sigo.it
Mario Meroni
m.meroni@sigo.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Antonio Canino
a.canino@sigo.it
Andrea Natale
a.natale@sigo.it
Nicola Strobelt
n.strobelt@sigo.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Triumph C&C
Via Lucilio 60, 00136 - Roma
Tel: +39 06 35530 204 / 228
Fax: +39 06 35530 262
sigo2010@triumphgroup.it
www.triumphgroup.it

Presentata in Parlamento la Relazione annuale sulla legge 40

Pma: oltre 10 mila bambini nati nel 2008

Cresce ancora il ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Lo rilevano i dati sull'andamento della Pma nel 2008, presentati il 7 luglio scorso. In particolare, sono stati 79.125 i cicli iniziati nel 2008 contro i 75.280 cicli iniziati nel 2007, le gravidanze ottenute sono state 12.767 nel 2008 contro le 11.685 nel 2007, i bambini nati 10.212 nel 2008 contro i 9.137 nel 2007.
Ma cresce anche l'età delle donne che ricorrono alle Pma

Aumentano le coppie che si sottopongono ai trattamenti di fecondazione assistita, i cicli iniziati, le gravidanze ottenute e i bambini nati, che nel 2008 superano per la prima volta la soglia dei diecimila, considerando tutte le tecniche di Pma, di I, II e III livello. In particolare, per quanto riguarda le tecniche a fresco di II e III livello, i cicli iniziati nel 2008 hanno mostrato un ulteriore incremento rispetto all'anno 2007 (44.065 cicli iniziati nel 2008 contro 40.026 cicli iniziati nel 2007), le gravidanze ottenute sono 8847 nel 2008 contro 7854 nel 2007, i bambini nati 7.492 nel 2008 contro 6.486 nel 2007. Ma a crescere ulteriormente, nel 2008 è stata anche l'età delle donne che accedono alle tecniche di Pma, con una media di 36,1 anni, al di sopra del corrispettivo dato europeo che, per il 2005, si attesta ad un valore di età media di 33,8 anni. Un fattore di preoccupazione, dal momento che gli esiti positivi delle procedure sono in rapporto all'età delle donne, e in Italia ben il 26,9% dei cicli – cioè 1 su 4 – è effettuato da pazienti con età superiore ai 40 anni: anche questo dato è in aumento rispetto al 2007, quando era il 25.3%. Nonostante ciò, la Relazione evidenzia che l'efficacia delle procedure continua a migliorare, come mostrato da tutti gli indicatori, dal numero dei nati vivi a quello delle gravidanze, anche in percentuale. La percentuale delle complicanze per iperstimolazione ovarica, già molto più bassa della media europea, è diminuita ulteriormente (0,45% dei cicli).

"Tenendo conto di questi dati – afferma il ministero della Salute – a maggior ragione i risultati ottenuti per l'accesso alle tecniche di fecondazione assistita e la loro applicazione, nelle modalità previste dalla legge 40/2004, possono essere considerati più che soddisfacenti". I parti gemellari, invece, sono stati il 21,0%, valore vicino alla media europea, mentre i trigemini la superano, con una media nazionale del 2,6%. "Questo – sottolinea tuttavia il ministero – è però un risultato medio di valori che, escludendo i centri con meno di dieci parti, variano da zero al 30,8%. In questo risultato medio sono compresi il 67,3% dei centri che presenta valori fra lo zero e il 2,5%, inferiori quindi alla media nazionale, e un 23,9% di centri con valori che variano dal 2,6% al 10%". Come osservato anche per l'anno precedente, si conferma una enorme variabilità per quanto riguarda le gravidanze plurigemellari, con un'ampia forbice dovuta alle forti differenze nei criteri seguiti e nelle procedure adottate dagli operatori del settore. La percentuale dei nati vivi con malformazione è invece dell'1,1%, con le tecniche di II e III livello, a fronte dello 0.4% con tecniche di I livello e dello 0.6% che si ha nella popolazione generale, cioè nei nati sia con concepimento naturale che con tecniche di fecondazione assistita. I pazienti che si sottopongono a ICSI corrono un rischio più elevato di malformazioni fetali, con un'incidenza dello 1,2%, mentre lo 0,6% è la media dei nati da FIVET.

Tecniche di I livello. In 297 centri (altri 57 centri non hanno svolto attività) di Pma attivi nel 2008 sono state trattate con la tecnica di Inseminazione Semplice 19.032 coppie e iniziati 31.268 cicli. Le gravidanze ottenute sono state 3.414 (pari al 17,9% delle pazienti trattate e al 10,9% dei cicli iniziati). Il 22,3% delle gravidanze sono state perse al follow-up, mentre dalle 2.652 gravidanze monitorate sono nati 2.357 bambini, lo 0,4% dei quali, tuttavia, malformati. I parti gemellari sono stati il 10,6%, quelli trigemini l'1,3% e i quadrupli lo 0,1%. Il 21,9% delle gravidanze ha avuto esito negativo, tra aborti spontanei, aborti volontari, morti intrauterine, gravidanze ectopiche.

Tecniche di II livello. In 185 centri (altri 22 non hanno svolto attività) di Pma attivi nel 2008 sono state trattate con Tecniche a Fresco 36.782 coppie e iniziati 44.065 cicli. Le gravidanze ottenute con questa tecnica sono state 8.847 le gravidanze, di cui 7.728 monitorate e un totale di bambini nati vivi pari a 7.492. Sono invece state 3.360 le coppie trattate con Tecniche da Scongelamento, e 3.792 i cicli di scongelamento iniziati. Da questa tecnica sono state ottenute 506 gravidanze, di queste ne sono state perse al follow–up 61 (12,1%). Dalle 445 gravidanze monitorate sono nati vivi 363 bambini. Si sono registrati parti gemellari nel 21,0% e trigemini nel 2,6%. Nel 2008 si è verificato un solo parto quadruplo. Per quanto riguarda gli esiti negativi e gli aborti spontanei, le percentuali sono le seguenti: aborti spontanei 20,8%, aborti volontari 0,9%, morti intrauterine 0,3%, gravidanze ectopiche 1,9%.

Per le pazienti trattate con tecniche a fresco si è registrata una forte migrazione sanitaria interregionale, pari al 23,0% delle pazienti. Sono soprattutto le Regioni del Nord, ed in particolare Emilia Romagna, Lombardia e Toscana le principali Regioni ad attrarre circa il 50% pazienti provenienti da altre Regioni.

Relazione ministeriale sulla Pma: tabella riassuntiva

	2005	2006	2007	2008
Centri attivi tenuti all'invio dei dati	316	329	342	354
% centri che hanno fornito dati all'ISS	91,2	100,0	100,0	100,0
Tutte le tecniche (I, II, III livello e scongelamento embrioni e ovociti)N° di coppie trattate				
N° di coppie trattate	46.519	52.206	55.43	59.174
N° di cicli iniziati	63.585	70.695	75.28	79.125
N° di gravidanze ottenute	9.499	10.608	11.68	12.767
N° di gravidanze monitorate	5.392	8.108	9.884	10.825
% di gravidanze perse al follow-up	43,2	23,6	15,4	15,20
N° di nati vivi	4.940	7.507	9.137	10.212
Tecniche a fresco di II e III livello: FIVET 18,9% dei cicli, ICSI 81,1% dei cicli (anno 2008)				
N° di centri partecipanti all'indagine (con almeno paziente)	169	184	181	185
N° di coppie trattate	27.254	30.274	33.16	36.782
N° di cicli iniziati	33.244	36.912	40.02	44.065
Età media calcolata*	35,4	35,6	36,0	36,10
N° di gravidanze ottenute	6.243	6.962	7.854	8.847
% di gravidanze su cicli	18,8	18,9	19,6	20,10
N° di gravidanze monitorate	3.603	5.464	6.793	7.728
% di gravidanze perse al follow-up	42,3	21,5	13,5	12,60
N° di nati vivi	3.385	5.218	6.486	7.492
Indicatori di adeguatezza dell'offerta				
Cicli iniziati per 100.000 donne in età feconda (15-4anni)	239	265	287	315
Cicli iniziati per 1 milione di abitanti	568	624	674	736

Il Registro Nazionale raccoglie questo tipo di dato con modalità aggregata, esprimendo l'età delle pazienti in classi. L'età media è quindi calcolata considerando il valore centrale di ogni classe di età

ROCCELLA: "La legge 40 funziona"

"La relazione annuale del ministero della Salute sull'applicazione della legge 40 ci dimostra che questa è una legge che funziona. Nel 2008, infatti, sono aumentati sia i cicli sia le gravidanze sia i bambini nati, che hanno superato quota 10.000". Lo ha affermato il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, aggiungendo che "a chi, plaudendo la decisione dell'Alta corte tedesca di autorizzare la diagnosi preimpianto, vorrebbe introdurla anche in Italia e distruggere la struttura equilibrata di questa legge rispetto a tutti i soggetti coinvolti, vorrei ricordare che a tutt'oggi la diagnosi preimpianto mantiene un ampio margine di errore e che non ci sono sufficienti studi di follow-up per garantire la sicurezza e l'efficacia della pratica. Inoltre – afferma ancora Roccella – a chi dice che attraverso la diagnosi preimpianto si possono evitare aborti tardivi dovuti alla scoperta di patologie del bambino, suggeriamo di verificare i dati. In Gran Bretagna, per esempio, uno dei Paesi europei in cui è più ampia la possibilità di ricorrere diagnosi preimpianto, le percentuali di aborti dopo la fecondazione assistita sono molto simili a quelle italiane".

Medicina della riproduzione

Un meeting da record

Roma ha aperto le porte al 26° Meeting annuale della Società europea di riproduzione umana ed embriologia (Eshre), la più grande associazione nel mondo nel campo della medicina di riproduzione.
Tre giorni di lavoro per confrontarsi e aggiornarsi a 360° sulla professione

Novemila esperti provenienti da ben 109 Paesi del mondo si sono ritrovati a Roma, dal 27 al 30 giugno scorsi, per partecipare ai dibattiti e alle sessioni di aggiornamento professionale del 26° Meeting annuale dell'Eshre, la Società europea di riproduzione umana ed embriologia che conta oggi oltre 5.668 membri di cui 589 paramedici.
Il numero di registrazioni totalizzato costituisce un record assoluto nella storia dei Meeting annuali di Eshre e rende il meeting di Roma il più importante congresso nell'ambito della Medicina della Riproduzione, come ha sottolineato Filippo Ubaldi, presidente del comitato organizzatore locale, presentando i dati relativi al numero e alla provenienza dei partecipanti in occasione della *opening ceremony*.
I delegati italiani erano ben 732, ma forte è stata la partecipazione da tutta Europa, a partire dall'Inghilterra, Spagna e Francia, rispettivamente con 506, 494 e 405 delegati. Significativo anche il dato degli iscritti ai 13 corsi pre-congressuali, che hanno ricoperto tutti i campi di interesse dei membri Eshre, sia nell'area clinica che in quella di laboratorio, e a cui hanno partecipato oltre 1.650 delegati.
Tre giorni di intenso lavoro. Dai già citati corsi pre-congressuali ad 70 sessioni di presentazioni suddivise nelle tre giornate. Ogni sessione è stta presieduta da un chairman internazionale e da uno locale, tra cui il presidente della Sigo Giorgio Vittori e il dottor Mauro Costa, presidente della Sios. I dati relativi all'aspetto scientifico del congresso sono stati presentati dal presidente di Eshre Luca Gianaroli: in totale Eshre ha ricevuto 1539 abstract, di cui 239 sono stati scelti come *oral presentation* mentre 590 come poster. Dall'Italia, in particolare, sono arrivati 128 contributi, 10 dei quali scelti per essere presentati alla platea in forma orale e 48 come poster.
Il nostro Paese è il più rappresentato in seno all'Eshre con 350 membri. L'importanza del contributo italiano è testimoniata dall'assegnazione ai nostri connazionali di ruoli di responsabilità e prestigio all'interno degli organi della Società. In particolare, oltre a detenere la Presidenza della Società, attualmente i membri italiani sono rappresentati all'interno del Comitato Esecutivo, all'interno del Comitato dei Rappresentanti Nazionali, all'interno del Consorzio European IVF Monitoring (Eim) e nell'ambito dei board editoriali delle pubblicazioni Eshre (Human Reproduction, Human Reproduction Update e Molecular Human Reproduction). La presenza italiana è rilevante anche nell'ambito dei Gruppi di Interesse Speciale e delle Task Force. Y

Corte di Strasburgo:"L'eterologa è un diritto"

Monni: "Sentenza storica"

Se un paese consente la fecondazione omologa non può vietare quella eterologa. Negarla significa infatti violare gli articoli 8 e 14 della Convenzione per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà fondamentali, che sanciscono il divieto alla discriminazione e il rispetto della vita privata e familiare. Ed è un atto discriminatorio. Lo ha stabilito la Corte dei diritti dell'Uomo (Cedu) lo scorso primo aprile, rispondendo al ricorso di due coppie sterili austriache nei confronti della loro Consulta.
I giudici di Strasburgo hanno quindi messo un limite alla discrezionalità concessa agli stati in tema di fecondazione medicalmente assistita, affermando il divieto di discriminazione tra persone che

si trovano in situazioni analoghe. Nessun obbligo dunque di adottare norme che consentano la fecondazione, ma se questa è ammessa non può essere giustificato il no alla fecondazione eterologa quando esiste un via libera per quella omologa. Una sentenza storica, che ha aperto la strada a nuovi ricorsi e sentenze anche in Italia dal momento che i tribunali potranno sollevare più facilmente il vizio d' incostituzionalità. Prendendo le mosse da questa pronuncia, infatti, dieci coppie hanno già presentato un ricorso in diversi tribunali italiani (il primo a Bologna). L'ennesima spallata alla legge 40.
"Quella di Strasburgo è una sentenza storica perché equipara tutti gli Stati europei di fronte al diritto alla procreazione assistita". Il presidente dell'Aogoi, Giovanni Monni, commenta così la decisione dei giudici del Cedu. "È un provvedimento giurisdizionale molto rilevante perché invita gli Stati europei ad adottare legislazioni non discriminatorie e a riconoscere il diritto alla vita familiare. Mentre nel nostro Paese una norma, quella contenuta nella legge 40, penalizza in maniera gravissima tante coppie che vengono discriminate rispetto all'accesso a pratiche mediche esistenti ed efficaci per risolvere un loro problema riproduttivo. In Italia infatti non si può diventare genitori con l'ausilio del seme di un donatore o dell'ovocita di una donatrice".
La legge italiana, secondo il presidente dell'Aogoi, "è quasi un controsenso: una coppia può eseguire una fecondazione medicalmente assistita, ma non può invece accedervi per via eterologa, nel caso in cui manchi, ad esempio, o il seme del partner o l'ovocita della donna. Contro questa disparità di trattamento si sta per avviare una campagna di ricorsi giudiziari, la stessa strada che è stata percorsa per cambiare la legge 40 sulla fecondazione assistita nelle parti che vietavano la diagnosi genetica di preimpianto e obbligavano all'impianto contemporaneo di tre embrioni, a prescindere dalle condizioni cliniche del singolo caso.", ha aggiunto Monni ricordando come già il tribunale di Cagliari abbia accolto il ricorso di una donna della Sardegna, portatrice sana di talassemia, a effettuare una diagnosi prima dell'eventuale impianto dell'embrione, analisi vietata secondo l'interpretazione data nelle linee guida alla legge 40 dell'allora ministro Sirchia. Anche in questo caso, "il giudice ha riconosciuto il diritto della donna a sapere se il feto è malato contro l'interpretazione finora corrente della controversa norma, creando nei fatti un precedente e facendo cadere uno dei capisaldi della legge italiana sulla procreazione assistita".

Spunti dal 26° Meeting Eshre

Turismo procreativo

■ Il 32% dei 25mila che vanno all'estero per ricorrere alla Pma sono italiani. Seguono i tedeschi, gli olandesi, i francesi, i norvegesi, gli inglesi e gli svedesi. In pratica, gli italiani sono i primi in Europa a preferire l'estero quando si parla di Pma piuttosto che sottoporsi alle procedure in "casa propria". È quanto emerso da uno studio presentato a Roma lo scorso 28 giugno, nell'ambito del 26° Meeting annuale dell'Eshre e illustrato da Anna Pia Ferraretti, rappresentante italiano del gruppo che ha svolto l'indagine. Lo studio ha coinvolto 44 centri dei 6 Paesi che accolgono più pazienti stranieri per la Pma, e cioè Danimarca, Spagna, Svizzera, Belgio, Slovenia, Repubblica Ceca. "In Italia – ha affermato Ferraretti – possiamo stimare che sono circa 10.000 i cicli che le coppie italiane eseguono all'estero ogni anno". E secondo la Eshre, le coppie italiane non vanno all'estero per effettuare trattamenti 'estremi', ma semplicemente per cercare di avere un figlio all'interno di una coppia stabile, eterosessuale ed in normale età riproduttiva. Un'osservazione che il sottosegretario alla Salute, Eugenia Roccella, rifiuta categoricamente. "Non metto in discussione i dati dell'Eshre, nonostante non siano rappresentativi da un punto di vista statistico ma abbiano solamente un valore indicativo". Ma l'elemento più significativo che emerge dai dati, secondo Roccella, "è che oltre la metà delle coppie sono male informate, perché vanno all'estero per sottoporsi a trattamenti che potrebbero ricevere in Italia. Questo è un problema che non riguarda la legge ma la propaganda sbagliata", sottolinea Roccella secondo la quale "il flusso verso le cliniche spagnole e di alcuni paesi dell'Est sono peraltro dovuti alla possibilità di reperire ovociti pagando un compenso a donne in condizioni economiche disagiate".

Social freezing degli ovociti

■ L'85,7% delle studentesse in Medicina ritarderebbe una gravidanza per non compromettere la carriera, contro il 49,5% delle coetanee che studiano Pedagogia e Scienze motorie. Lo rileva uno studio presentato nel corso del 26° Meeting dell'Eshre da Srilatha Gorthi, ricercatrice presso il Centro di Medicina Riproduttiva di Leeds (Inghilterra), da cui emerge che la disponibilità al congelamento degli ovociti cresce per le donne che intraprendono una professione che richiede un'attività più impegnativa in termini di tempo e di studio. L'85,3% delle studentesse in Medicina, inoltre, affermava la propria disponibilità a subire fino a tre cicli di prelievi ovocitari per depositare nella banca un numero di ovuli sufficiente a offrire una possibilità realistica di gravidanza. Per contro, tra le altre colleghe la maggioranza (79%) si diceva disponibile la disponibilità a subire un solo ciclo di prelievi ovocitari. Sullo stesso argomento, ma in una fascia di età maggiore, si è concentrato anche lo studio di Julie Nekkebroeck, psicologa senior presso il Centro di Medicina Riproduttiva, UZ Bruxelles, a Bruxelles, nel Belgio, che ha rilevato come, in un gruppo di donne con un elevato livello di istruzione, soddisfatte della propria situazione finanziaria e di età media superiore ai 38 anni, la motivazione che più di ogni altra spinge al congelamento degli ovociti è la ricerca dell'"uomo giusto". Così ha risposto il 53% delle donne che si sono rivolte al Centro di Bruxelles, mentre il 26,7% congelerebbe i suoi oviciti per concedere più tempo a una relazione prima di sollevare l'argomento del desiderio di un figlio e il 33,3% lo farebbe come un'"assicurazione" contro la futura infertilità. Il 46,7% delle donne prese in esame, prima di scoprire la possibilità di congelare i propri ovuli, aveva pensato di diventare una madre single attraverso l'impiego di sperma di un donatore, e il 26,7% di loro aveva preso in considerazione l'adozione o la rinuncia alla maternità.

Endometrosi: qualità di vita e di lavoro

■ Circa 176 milioni di donne in tutto il mondo convivono con l'endometriosi, un disturbo che compromette notevolmente l'efficienza in attività quotidiane, dal lavoro all'esercizio fisico, dallo shopping e alla cura dei figli. È quanto emerge dal primo studio condotto su scala mondiale sull'argomento presentato da Kelechi Nnoaham, del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Oxford, nel corso della 26° assemblea della Eshre.
I ricercatori hanno reclutato 1459 donne di età compresa tra i 18 e i 45 anni da 14 centri nei dieci Paesi di cinque continenti che hanno partecipato al "Global Study of Women's Health" (GSWH). Dallo studio sono emerse differenze sostanziali tra le donne affette da endometriosi e le pazienti di controllo, cioè da altre patologie con sintomi simili. Il calo di efficienza lavorativa nelle donne occupate affette da endometriosi si aggirava in media alle dieci ore la settimana, contro le sette ore a settimana perse da quelle affette da altri disturbi, e questo – secondo gli esperti – è dovuto soprattutto alla minore produttività piuttosto che all'assenza dal lavoro. Anche le attività non lavorative, come ad esempio i lavori domestici, l'esercizio fisico, lo studio, lo shopping e la cura dei figli, erano notevolmente compromesse dai sintomi dolorosi della patologia. I ricercatori hanno anche osservato un ritardo diagnostico di sette anni dal momento in cui le donne si recano per la prima volta dai rispettivi medici di base riportando i propri sintomi, fino a quando non vengono diagnosticati – totalizzando una media di 6,7 consulti prima di rivolgersi a uno specialista.

Sovrappeso e Pma

■ Essere in sovrappeso induce un maggiore rischio di aborto spontaneo nelle pazienti sottoposte alla procreazione medicalmente assistita (Pma). Ne sono convinti i ricercatori dell'Unità di fecondazione assistita del Guy's and St. Thomas' Hospital NHS Foundation Trust, a Londra. Secondo quanto riportato alla 26° meeting della Ehsre da Vivian Rittenberg, Clinical Fellow dell'Unità operativa, un aumento dell'indice di massa corporea (IMC) è associato in modo indipendente a una percentuale più elevata di aborto spontaneo in seguito alla tecnica FIV o ICSI e queste informazioni, sottolinea Rittemberg, dovrebbero essere inserite nella consulenza fornita alle pazienti prima di sottoporsi alla Pma. I ricercatori hanno esaminato tutte le gravidanze sorte in seguito al trasferimento singolo di blastocisti (embrioni di cinque giorni) (SBT), eseguito nella loro clinica per un periodo di quattro anni, tra il gennaio 2006 e il dicembre 2009. Il 26% delle 318 donne oggetto dello studio hanno avuto un aborto spontaneo prima delle 20 settimane di gestazione. Ma la percentuale di aborto spontaneo era significativamente più bassa nelle donne di peso normale (22%) rispetto a quelle in sovrappeso (33%). Dopo gli aggiustamenti richiesti da altre variabili che avrebbero potuto distorcere i risultati, come l'età, la durata dell'infertilità, il fumo e una storia di aborti spontanei precedenti, i ricercatori sono stati in grado di dimostrare che essere in sovrappeso o obese ha più che raddoppiato il rischio di aborto spontaneo"

Più gravidanze dopo la sentenza della Consulta

■ Le modifiche alla restrittiva legge italiana in materia di procreazione medicalmente assistita introdotte dalla Corte Costituzionale hanno avuto l'effetto di migliorare il tasso di gravidanza per ciclo iniziato dal 20,42% al 23,49%, un aumento di 3,7 punti percentuali, che rappresenta un incremento totale del 15%. È quanto ha riferito in occasione del 26° meeting dell'Eshre Paolo Levi Setti, dell'Istituto Clinico Humanitas di Milano. In uno studio retrospettivo i ricercatori dell'istituto milanese, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, hanno analizzato 3.274 cicli IVF/ICSI freschi effettuati presso la loro clinica prima e dopo le modifiche alla legge -2,248 prima e 1,026 dopo. Hanno così rilevato un innalzamento del tasso di gravidanza di oltre il 3% per ciclo iniziato nel gruppo esaminato dopo le modifiche introdotte dalla Corte Costituzionale. Sebbene non sia stata rilevata alcuna significativa differenza tra i due gruppi in termini di età della donna, anni di infertilità e numero di ovociti prelevati, il numero di ovociti utilizzati, di embrioni disponibili per il trasferimento e di pazienti che hanno effettuato il trasferimento di almeno un embrione è stato significativamente più elevato dopo l'eliminazione delle precedenti restrizioni. L'innalzamento del numero medio di embrioni trasferiti è stato da 1.82±1.08 a 2.02±1.07. E "sebbene non sia stata riscontrata alcuna differenza rilevante nel numero di gravidanze singole, gemellari e trigemellari dopo le modifiche alla legge, il numero dei trigemini è visibilmente calato dal 2.46% al 1.68%", ha osservato Setti sottolineando come, tuttavia, occorrano studi più ampi per "confermare quanto riteniamo essere un positivo cambiamento indotto da queste modifiche alla legge.

Menopausa: possibile prevedere quando

■ Un modello statistico per prevedere l'età della menopausa con un'unica misurazione della concentrazione di AMH nel siero ottenuto dai campioni di sangue. È quanto hanno fatto i ricercatori del Dipartimento di endocrinologia riproduttiva del Centro di ricerca endocrina di Teheran, prelevando campioni di sangue da 266 donne, di età compresa tra i 20 e i 49 anni, e verificando i livelli di antimulleriano (AMH), cioè quell'ormone che controlla lo sviluppo dei follicoli nelle ovaie, da cui si formano gli ovociti (ovuli). Lo studio è stato presentato in occasione del 26° meetening dell'Eshre da Ramezani Tehrani, presidente del Dipartimento di endocrinologia riproduttiva del Centro di ricerca endocrina, professore Associato all'Università di Scienze Mediche Shahid Beheshti di Teheran. In un sottogruppo di 63 donne che erano andate in menopausa durante lo studio, i ricercatori sono riusciti a dimostrare che esisteva un buon grado di convergenza tra l'età della menopausa prevista dal nostro modello e quella effettiva, con una differenza media di soli quattro mesi e un margine massimo di errore per il nostro modello di soli 3-4 anni.
Per livelli di AMH di 4,1 ng/ml o inferiori si prevede, ad esempio, la menopausa precoce intorno ai 20 anni di età, livelli di AMH di 3,3 ng/ml intorno ai 25 anni e livelli di AMH di 2,4 ng/ml intorno ai 30 anni.
Per contro, livelli di AMH di almeno 4,5 ng/ml a 20 anni di età, 3,8 ng/ml a 25 anni e 2,9 ng/ml a 30 anni prevedevano tutti un'età della menopausa oltre i 50 anni.
I ricercatori hanno rilevato che l'età media della menopausa per le donne incluse nel loro studio era di circa 52 anni. Naturalmente saranno necessari ulteriori studi da condurre su altre popolazioni, verificando se metodiche di dosaggio diverse porteranno agli stessi risultati.

Il Rapporto Ceis - Sanità 2009

Sanità, si spende poco Ma i disavanzi restano

La spesa sanitaria italiana è inferiore del 17,6% a quella dell'Europa a 15; ciononostante per il 2010 e 2011 sono in vista forti disavanzi di gestione per Asl e ospedali. Le famiglie, intanto, si impoveriscono per le spese sanitarie non coperte dal Ssn e 5 milioni di italiani hanno avuto problemi nell'accesso alle cure

La spesa sanitaria italiana può considerarsi sotto controllo. Forse anche troppo, considerando congiuntamente che, per effetto degli interventi di contenimento attuati negli ultimi anni, la nostra spesa pro-capite è oggi del 17,6% inferiore a quella dell'Europa a 15 e addirittura di quasi il doppio più bassa se nel confronto ponessimo anche paesi extraeuropei come il Canada, il Giappone e gli Usa, ma anche che persiste la carenza di tutela per la non autosufficienza.

È forse questo il dato più significativo del Rapporto Ceis – Sanità 2009, presentato a Roma lo scorso 15 giugno. Giunto alla sua settima edizione, il lavoro del Centro studi economici ed internazionale afferente alla facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma, fotografa anche le ripercussioni di questo evidente gap di finanziamento del sistema sanitario, ancor più evidente in considerazione della crisi economica esplosa nel 2008, sul budget familiare destinato alla salute.

Tre dati su tutti: 338.000 nuclei familiari (pari a oltre 1 milione di persone) sono stati soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali (soprattutto per problemi di non autosufficienza); altre 992.000 famiglie (per un totale di circa 3 milioni di persone) sono state costrette a sostenere spese per la sanità molto elevate rispetto ai propri redditi; in oltre 2.600.000 famiglie almeno un componente ha dovuto rinunciare a sostenere spese sanitarie per il peso economico che avrebbero comportato. In tutto, quindi, si può presumere che oltre 5.000.000 di italiani abbiano avuto problemi di diversa entità nell'accesso alle cure nel corso del 2009. Da sottolineare che la capacità delle Regioni di evitare tali fenomeni di impoverimento appaiono molto diverse (vedi grafico a pagina 9), tant'è che l'analisi sull'equità – in termini di impatto della spesa sanitaria sui bilanci familiari (*out of pocket*) – indica una significativa differenza regionale con picchi di maggiore impoverimento relativo e quindi di minore equità nella soddisfazione della domanda di cure e assistenza, in Piemonte, Molise e Liguria e una minore incidenza di impoverimento e quindi di maggiore equità nella soddisfazione della domanda in Campania, Marche e Puglia.

Dal punto di vista economico finanziario si delinea uno scenario preoccupante, ovvero la necessità di un significativo intervento regionale a copertura della spesa. E ciò anche dopo l'ultima manovra economica attualmente all'esame del Parlamento, che appare sostanzialmente neutrale rispetto al finanziamento regionale per il 2010 e moderatamente incisiva per il 2011 (–418 milioni per blocco contratto del personale). Pertanto, secondo le previsioni del Ceis, le Regioni potrebbero trovarsi a dover reperire risorse (con nuove tasse o nuovi ticket o tagli alle prestazioni) intorno ai 6 miliardi di euro per il 2010 e 7 miliardi nel 2011. La spesa sanitaria del Ssn per il 2010, sempre secondo le previsioni del Ceis aggiornate con i saldi della nuova manovra economica, dovrebbe infatti assestarsi sui 116,5 miliardi nel 2010 e sui 121 miliardi nel 2011. Va rilevato che se tali previsioni dovessero essere confermate, gli oneri del disavanzo e le relative coperture rischiano di pesare in modo disomogeneo tra le 21 Regioni e Province Autonome, con maggior incidenza in quelle che già oggi devono fronteggiare un dissesto finanziario e sono oggetto di Piani di rientro.

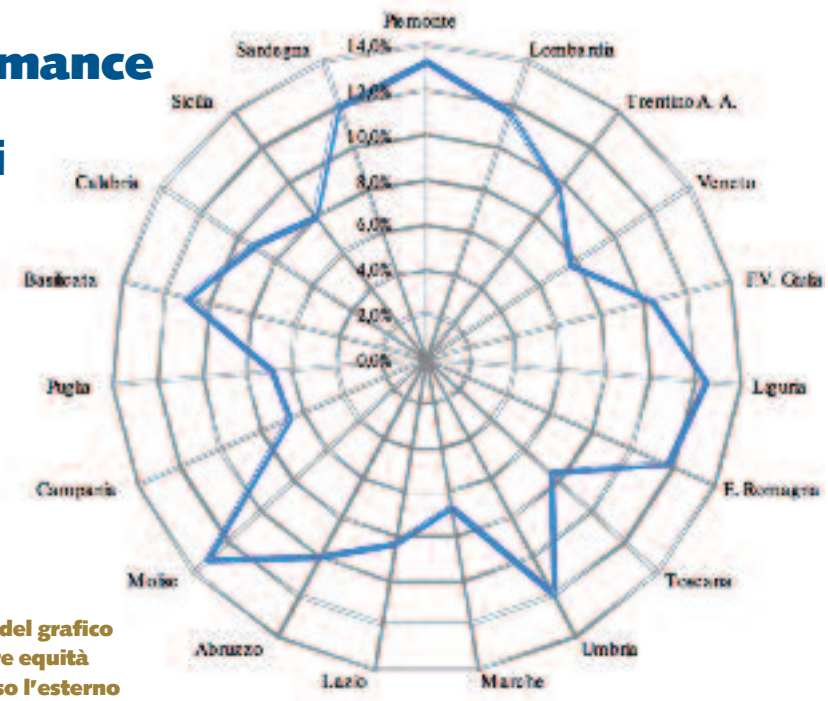
Il quadro è caratterizzato anche da una forte disomogeneità nella distribuzione delle risorse, dovuta essenzialmente al criterio del riparto procapite in base all'età della popolazione: ne deriva una forbice significativa tra il picco di 2119 euro procapite del Trentino Alto Adige e il minimo di 1636 euro pro capite della Calabria. Un gap giustificato dal presupposto che una popolazione anziana "consumi" più sanità ma che lascia certamente più di un dubbio sulla entità e sull'effettiva correttezza della redistribuzione: è dimostrato che l'età è la principale ma non l'unica determinante dei bisogni sanitari, come anche l'evidenza che sia necessario garantire le dotazioni essenziali di personale e strutturali, indipendentemente dalla quantità delle prestazioni erogate. Ma vediamo ora in sintesi i vari capitoli della ricerca.

Spesa sanitaria, finanziamento e "valore aggiunto" del sistema salute

La spesa sanitaria totale in Italia nel 2008 (ultimo dato consuntivo disponibile) è stata pari all'8,7% del Pil (e certamente il dato del 2009 risulterà cresciuto ulteriormente, anche per effetto della recessione economica) ma, con l'indotto che crea, si stima che l'economia legata alla Sanità in termini di valore aggiunto superi il 12%, rappresentando la terza industria italiana dopo alimentari ed edilizia. Malgrado l'importanza strategica del settore, rafforzata dall'elevato contenuto di ricerca e innovazione – quindi di potenziale capacità competitiva sui mercati – assistiamo a una netta prevalenza delle politiche sanitarie sul lato assistenziale rispetto a quelle sul lato industriale: è un dato di fatto che gli indici di specializzazione economica dell'Italia nel settore farmaceutico e dei dispositivi medici siano nel primo caso appena sufficienti e nel secondo del tutto insoddisfacenti, a dimostrare un'insufficiente attenzione del Paese per il settore; ne segue che la bilancia commerciale farmaceutica è positiva con un saldo di appena +0,6 miliardi di euro se si considera il solo commercio di medicinali, ma è negativa di 2,4 miliardi allargando le analisi anche alle materie prime; quella dei dispositivi medici è invece ampiamente negativa: 3,6 miliardi di euro. La prevalenza delle politiche in campo assistenziale si spiega facilmente, essendo dettata dalle preoccupazioni sul lato dell'impatto sulla spesa pubblica, che indubbiamente è rilevante e pari al 6,7% del Pil. A ben vedere tali preoccupazioni sembrano scarsamente fondate: l'incidenza della spesa sanitaria totale in Italia è pari all'8,7% del Pil rispetto all'8,9% media dei Paesi Ocse; lo scarto è poi decisamente inferiore alla media dei Paesi dell'Europa a 15 (9,2%); ma, ciò che più conta, le politiche di contenimento sembrano essere state vincenti: dal 1990 a oggi, la crescita di tale incidenza in Italia è stata inferiore agli altri Paesi, fermandosi a un solo punto di Pil. Solo Finlandia e Nuova Zelanda hanno fatto meglio, peraltro avendo registrato una crescita del Pil decisamente superiore. Si noti che, nel tempo, il differenziale si è invertito e poi notevolmente allargato: infatti nel 1990 la spesa sanitaria italiana era dell'8,2% superiore rispetto all'Eu 15. In questo dato si riassume certamente una componente importante delle difficoltà registrate nel settore.

L'intervento pubblico, in termini quantitativi, si attesta al 76,5% della spesa totale: una percentuale sostanzialmente in linea con i livelli medi europei (77,4%). In termini di percentuale sul Pil, l'incidenza della spesa pubblica è cresciuta nel tempo, raggiungendo il 6,6% nel 2004, per poi rimanere sostanzialmente stabile intorno al 6,7%, anche se tale valore si prevede in crescita (7,0% del Pil) nel 2009 per effetto della scarsa crescita del Pil e secondo le previsioni contenute nel Rapporto potrebbe arrivare al 7,5% nel 2010 e al 7,7% nel 2011.
Mentre il finanziamento della Sanità in senso stretto (con i timori sopra espressi) risulta in linea con i dati europei, quello per la non autosufficienza e la tutela sociale appare largamente carente (appena 123 euro per anziano over 65) e frammentato (Fondo nazionale per le politiche sociali, Fondo per le Politiche sulla famiglia, il Fondo per le Politiche relative ai diritti e alle pari opportunità, il Fondo per le non autosufficienze, il Fondo per l'inclusione sociale degli immigrati) per quanto concerne la non autosufficienza e, in generale, il sociale. L'intervento pubblico esercita una importante funzione di redistribuzione: il riparto delle risorse porta a garantire una quota capitaria pari in media a 1745 euro, con un massimo di 2119 euro in Trentino Alto Adige e un minimo di 1638 in Campania, con un differenziale quindi del 23%. Tali differenze si spiegano con la pesatura delle quote capitarie in base ai bisogni: si stima che circa l'1% in più di over 65 porti un finanziamento maggiore del 2,2%. La redistribuzione operata dal finanziamento pubblico è apprezzabile nel fatto che il finanziamento garantito in media alle Regioni, in rapporto al proprio Pil, si attesta al 5,7% nel Nord, al 6,0% nel Centro, sino al 9,3% nel Sud. Malgrado la redistribuzione, i disavanzi si concentrano nel Centro Sud: di fatto Lazio, Sicilia e Campania, in base ai risultati di esercizio, da sole rappresentano quasi il 77% del disavanzo complessivo del sistema nell'anno 2008.
La maggiore peculiarità riferibile alla composizione della spesa nel sistema sanitario italiano rimane quella relativa alla componente di spesa sanitaria privata. Quella pro capite passa dai 292 euro in Basilicata, ai 649 euro in Friuli Venezia Giulia, senza una evidente relazione con il reddito medio delle famiglie. Di questa spesa quasi l'86% (dati fermi al 2007) risulta spesa out of pocket, mentre in Europa molti Paesi sono sotto il 50% (32,5% in Francia).
La mancanza di un secondo pilastro di copertura sanitaria comporta effetti equitativi non desiderabili, che si riassumono negli oltre 338.000 nuclei familiari annualmente soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali (non autosufficienza), mentre quasi 992.000 nuclei familiari sono costretti, almeno in un mese nell'anno, a sostenere spese per la sanità molto elevate rispetto alle proprie possibilità (spese cd. catastrofiche). Si stima inoltre che in oltre 2.600.000 nuclei familiari, almeno un componente abbia addirittura rinunciato a sostenere spese sanitarie, per il peso economico che queste avrebbero implicato.

Le performance regionali in termini di equità



Valori vicini al centro del grafico indicano una maggiore equità e viceversa valori verso l'esterno

La mancanza di un secondo pilastro di copertura sanitaria comporta effetti equitativi non desiderabili, che si riassumono negli oltre 338.000 nuclei familiari annualmente soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali

L'architettura del sistema

Da un punto di vita organizzativo il sistema sanitario da una parte vede alcune tendenze comuni (ad es. accorpamento delle Asl e riduzione dei posti letto per acuti), ma con velocità diverse e altrettante forze centrifughe a livello regionale, da ultimo accelerate per effetto del federalismo.
La dimensione media delle Asl sfiora oggi i 350.000 abitanti, ma con una variazione regionale molto accentuata: considerando i casi estremi, si passa da 1,5 milioni di abitanti della unica Asl della Regione Marche, ai 118.200 della Regione Basilicata, con un rapporto di 1 a 12; analogamente la dimensione media dei distretti passa dai 154.000 abitanti in media della Regione Lazio (superando di fatto la soglia dei 60.000 abitanti indicata dalle norme) a meno di 25.000 del Molise (con un rapporto di circa 1 a 6). Le differenze sono ancora più marcate per altre forme di presidio che caratterizzano la *primary care*: i punti di guardia medica vanno dai 61.700 abitanti in media per punto di guardia medica della P.A. di Bolzano ai 4.200 della Regione Basilicata); i consultori dai 57.000 abitanti in media della P.A. di Trento ai 5.700 della Regione Valle D'Aosta; i Centri di salute mentale dai 118.200 abitanti in media nella Regione Basilicata ai 15.700 della Regione Valle D'Aosta. Secondo i dati più recenti disponibili (2007) il personale dipendente delle Asl, al netto di quello impegnato nei presidi ospedalieri a gestione diretta, varia da 6,5 dipendenti per 1000 abitanti della Valle d'Aosta, all'1,4 della Lombardia, con una media nazionale di 3,0; va sottolineata si noti la forte disparità di personale con cui si gestiscono le attività extra ospedaliere, e anche come nell'ultimo quinquennio per quanto la numerosità del personale (il dato potrebbe essere inficiato ad esempio dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di *outsourcing*) sia in media leggermente diminuita (3,6% nel quinquennio), le Regioni approssimativamente si equiripartiscono: poco più di metà hanno aumentato il personale, in particolare la P.A. di Bolzano, la P.A. di Trento e Basilicata (rispettivamente con +94,1%, +41,3% e +29,8%), mentre le altre lo hanno diminuito (in particolare in Lombardia 36,3%, e la Liguria 26,2%.
Passando ai presidi ospedalieri, la tendenza è a una riduzione degli stessi e anche dei posti letto, ma con velocità, modalità e livelli difformi fra le Regioni. Circa

Spesa Sanitaria pubblica su PIL Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	6,14	6,74	6,72	6,78
Nord	5,20	5,66	5,68	5,80
Centro	5,83	6,56	6,47	6,46
Sud	8,56	9,36	9,38	9,37
Piemonte	5,76	6,31	6,30	6,48
Valle d'Aosta	5,39	6,11	5,96	6,18
Lombardia	4,67	5,04	5,10	5,17
P. A. Bolzano	5,88	6,46	6,39	6,50
P. A. Trento	5,65	6,14	6,15	6,23
Veneto	5,30	5,74	5,70	5,81
Friuli Venezia G.	5,53	5,81	6,15	6,53
Liguria	6,68	7,30	7,20	7,36
Emilia Romagna	5,11	5,71	5,70	5,80
Toscana	5,82	6,32	6,32	6,41
Umbria	6,40	7,15	7,05	7,18
Marche	6,07	6,31	6,26	6,42
Lazio	5,70	6,70	6,53	6,41
Abruzzo	7,21	8,25	8,22	8,00
Molise	8,55	9,71	9,77	9,92
Campania	9,14	9,68	9,71	9,81
Puglia	8,35	9,38	9,64	9,58
Basilicata	7,74	8,55	8,75	9,05
Calabria	9,07	9,27	9,48	9,65
Sicilia	8,85	9,96	9,69	9,51
Sardegna	7,56	8,08	8,07	8,23

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Risultati di esercizio regionali - Valori in € – Anni 2004-2008

	2004		2005		2006		2007		2008	
Regione	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite	mln.	Pro-capite
Italia	-4.543,02	-78,48	-4.732,88	-80,96	-4.466,36	-76,02	-3.366,95	-56,94	-2.781,53	-46,66
Piemonte	-567,50	-132,90	10,24	2,36	-23,57	-5,43	11,26	2,59	-29,86	-6,78
Valle d'Aosta	-13,06	-107,04	-12,92	-105,12	-12,67	-102,17	-12,58	-100,77	-15,13	-120,10
Lombardia	229,08	24,77	206,99	22,04	93,84	9,90	75,25	7,88	60,78	6,30
Trentino A.A.	1,57	1,63	16,08	16,50	-10,02	-10,17	-4,12	-4,14	15,30	15,19
Veneto	46,00	9,91	8,53	1,81	64,33	13,58	21,77	4,56	-42,36	-8,77
Friuli Venezia G.	4,14	3,45	27,37	22,72	50,35	41,67	34,16	28,17	7,34	6,01
Liguria	-312,53	-198,12	-230,54	-144,79	-97,74	-60,70	-109,71	-68,23	-113,82	-70,70
Emilia Romagna	-351,67	-86,18	-8,07	-1,94	-48,16	-11,50	4,14	0,98	-11,14	-2,60
Toscana	-157,09	-44,05	-66,01	-18,35	-134,84	-37,25	1,83	0,50	10,75	2,92
Umbria	-33,66	-39,69	-10,74	-12,51	-43,68	-50,33	1,90	2,18	16,67	18,85
Marche	-150,74	-100,17	-28,84	-18,99	-35,09	-22,95	13,42	8,73	18,31	11,79
Lazio	-1.060,68	-203,78	-1.701,83	-322,93	-2.011,27	-379,14	-1.688,36	-307,35	-1.547,68	-278,31
Abruzzo	-107,20	-83,36	-181,98	-140,06	-171,22	-131,17	-149,89	-114,44	-69,81	-52,73
Molise	-38,48	-119,60	-71,00	-220,53	-59,10	-184,17	-65,40	-204,33	-65,23	-203,30
Campania	-1.007,34	-174,87	-1.482,72	-256,13	-687,09	-118,65	-616,36	-106,45	-392,32	-67,51
Puglia	3,34	0,83	-352,33	-86,61	-255,65	-62,79	-233,86	-57,46	-204,41	-50,14
Basilicata	-25,10	-42,05	-25,35	-42,49	-20,44	-34,40	-10,88	-18,40	-25,08	-42,44
Calabria	-122,43	-60,87	-83,03	-41,32	-104,84	-52,30	-75,83	-37,95	-88,45	-44,05
Sicilia	-670,51	-134,01	-542,52	-108,22	-842,05	-167,83	-552,90	-110,21	-295,94	-58,84
Sardegna	-209,15	-127,29	-204,20	-123,76	-117,47	-70,95	-10,78	-6,50	-9,46	-5,68

Fonte: elaborazione CEIS Sanità e su dati Ministero della Salute e ISTAT

due terzi delle Regioni e Province Autonome hanno, nel periodo 2000-2007, ridotto contemporaneamente numero di strutture e di posti letto; di queste circa metà hanno ridotto i posti letto in una percentuale maggiore rispetto a quella delle strutture. A oggi la densità di posti letto per acuti ogni 1000 abitanti registra un valore medio nazionale pari a 3,8; le Regioni con minore dotazione di posti letto per acuti risultano la Campania e il Piemonte con, rispettivamente 3,3 e 3,4 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti. Per contro, la Regione che presenta la densità di posti letto per acuti più elevata è il Molise con 5,2 posti letto ogni 1.000 abitanti. La disomogeneità territoriale è significativa anche nel caso dei posti letto per riabilitazione e lungo degenza. A fronte di una media nazionale pari a 0,6 posti letto per non acuti ogni 1.000 abitanti, a livello locale si registrano dotazioni che variano da 1,3 posti letto nella P.A. di Trento sino alla completa assenza di tale tipologia nella Valle d'Aosta. Il personale dipendente dei presidi ospedalieri pubblici, ivi comprese le aziende ospedaliere i policlinici ecc, è pari a circa 2,6 unità per posto letto (media nazionale al netto degli universitari), passando da un minimo di 1,9 registrato in Molise, a un massimo di 3,1 del Friuli Venezia Giulia e della P.A. di Bolzano. Anche in questo caso gli organici medi risultano significativamente diversi: nel quinquennio 2002 2007 (ultimo dato disponibile) il personale assegnato alle strutture di ricovero e cura pubbliche (per quanto il dato potrebbe essere inficiato anche in questo caso dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di outsourcing) in metà delle Regioni sembra aumentare, in particolare in Molise e in Liguria (rispettivamente +14,9%, +13,3%), mentre diminuisce nel restante 50% delle Regioni, in particolare nella P.A. di Bolzano (6,6%), con una tendenza alla riduzione dell'1,2% annuo.

L'assistenza

Per quanto concerne l'assistenza, la variabilità regionale di quella ospedaliera è molto forte: i tassi di ricovero in regime ordinario passano da 109,5 per 1000 residenti del Piemonte a 183,3 dell'Abruzzo. A livello di ricoveri degli anziani over 75, le differenze crescono ancora passando da 254,3 del Piemonte a 470,5 della P. A. di Bolzano. Risultano ampiamente difformi anche le degenze medie (da 5,5 giornate della Campania a 8,0 della Valle d'Aosta), la quota di ricoveri in regime diurno (dal 23,4% della Puglia al 42,6% della Sicilia), e soprattutto la quota di Drg chirurgici (dal 31,2% della Calabria al 50,4% del Piemonte). Anche la complessità dei ricoveri appare regionalmente difforme: il "valore medio della produzione" per ricovero in Valle d'Aosta risulta del 34,7% superiore a quello dei ricoveri in Sardegna. Si stima che l'inappropriatezza dei ricoveri (utilizzando ad esempio la quota dei Drg a rischio di inappropriatezza definiti a livello ministeriale) passi dal 15,0% della Toscana al 25,4% della Sicilia.
Le differenze regionali esplodono negli altri regimi diversi dalle acuzie: basti dire che i tassi di ricovero in riabilitazione vanno dallo 0,8 per 1000 residenti della Sardegna, all'8,9 della Lombardia; la degenza media passa dalle 16,0 giornate dell'Abruzzo, alle 40 del Lazio. Analogamente per la lungodegenza abbiamo un tasso dello 0,02 per 1000 residenti in Valle d'Aosta e del 7,0 in Emilia Romagna, con una degenza media compresa tra le 15,6 giornate del Friuli Venezia Giulia e le 51,9 della Calabria.
Passando alla residenzialità (Rsa, Hospice, etc) e all'assistenza domiciliare i sistemi informativi risultano del tutto carenti; possiamo, però, ugualmente apprezzare alcuni elementi assolutamente critici. Per quanto concerne le residenzialità emerge come essa sia di fatto in larga misura a carico dei cittadini: partecipano infatti di tasca propria alle spese della struttura il 94% degli assistiti in Residenze socio sanitarie per anziani non autosufficienti. e il 90% degli assistiti in Rsa: di fatto in oltre il 50% delle Residenze socio sanitarie per anziani non autosufficienti, e nel 28% delle Rsa, la quota di compartecipazione rappresenta oltre il 50% delle entrate delle strutture. Per quanto concerne l'Adi (assistenza domiciliare integrata) si può apprezzare la grande differenza nell'offerta effettiva, osservando il numero di anziani presi in carico (che diminuiscono dall'84,1% del 2004 all'81,2% del 2007), ma ancor di più del fallimento dell'integrazione socio sanitaria che si ferma a quella tra figure professionali sanitarie: solo il 34,9% dei soggetti ultra sessantacinquenni presi in carico ha ricevuto anche una qualche forma di assistenza sociale.
L'assistenza farmaceutica, sebbene la spesa pro capite per farmaci in Italia (518 dollari Us) rimanga all'ottavo posto all'interno dell'area Ocse, dopo i reiterati interventi degli ultimi anni, sembra avere un andamento sostanzialmente stabile, almeno dal punto di vista della componente territoriale: diverso è il caso della spesa farmaceutica ospedaliera, peraltro in larga misura determinata dai consumi di farmaci innovativi ad alto costo soggetti a regime di monitoraggio (cd. file F). Nuovamente, però, la stabilità a livello nazionale nasconde rilevanti differenze a livello regionale, con una spesa pro capite (territorio), che passa dai 360 euro del Lazio ai 240 della P.A. di Bolzano: in termini percentuali si va dal 15,7% della Regione Lazio al 10,3% della P.A. di Bolzano. Il tetto della territoriale è stato "sostanzialmente" rispettato (tranne per il Lazio, l'Abruzzo, la Campania, la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Sardegna), mentre il limite complessivo del 16,4% (14% di spesa convenzionata + 2,4% di spesa delle strutture sanitarie) è stato rispettato solo da poche Regioni: Valle d'Aosta (14,8%), Lombardia (15,4%), Veneto, Trento (14,0%) e Bolzano (13,5%). L'assistenza specialistica, infine, non si esime dalla caratteristica di una pronunciata variabilità regionale: si stima che l'onere pro capite complessivo (pubblico e privato) sia pari a 211 euro, passando però dai 417 della P.A. di Bolzano ai 136 dell'Abruzzo; i differenziali presentano un chiaro gradiente Nord Sud, inverso rispetto a quello della farmaceutica, confermando come le differenze socio economiche delle popolazioni incidano decisamente sulla composizione dei consumi sanitari e quindi sui modelli assistenziali da adottare. Y

Federalismo sanitario: la ricetta ripiana-deficit

E ora la parola magica è "costo standard"

Dalla manovra sui costi standard si attendono risparmi consistenti, che la Corte dei Conti ha stimato in almeno 2,3 miliardi di euro. Ma su come definire e mettere in pratica questi costi standard, gli esperti si dividono e le soluzioni sono tutt'altro che scontate

di Cesare Fassari

La sanità sarà il vero banco di prova del federalismo fiscale di cui si aspettano a breve i decreti attuativi. La parola magica è "costo standard". In teoria sembra facile. Si stabiliscono parametri standard per le prestazioni pubbliche uguali per tutti, in base a quanto spendono le regioni più virtuose. Poi si moltiplica questo parametro per gli abitanti e si ottiene il fabbisogno di ogni regione. Le Regioni che hanno risorse fiscali autonome sufficienti copriranno le spese per proprio conto. Quelle "meno ricche" potranno contare su un fondo di perequazione statale per coprire la differenza fino a quando non saranno anch'esse autonome. Risorse uguali per tutti e chi sfonda i bilanci ne pagherà il conto, in denaro e politicamente, con la messa in mora delle amministrazioni spendaccione.
In linea di principio, quindi, la scelta di finanziare Asl e ospedali sulla base delle migliori performance sanitarie esistenti non fa una piega. Tanto più che i dati dimostrano come, anche uniformando la popolazione italiana secondo gli stessi indici di età, la medesima prestazione può arrivare a costare fino al 40% in più da una regione all'altra. Ma su come definire e mettere in pratica questi costi standard, gli esperti si dividono e le soluzioni sono tutt'altro che scontate. La ricetta del governo, per ora, sembra quella di basarsi sulla spesa di una o più regioni giudicate più virtuose e capaci di coniugare efficienza e qualità (si è sempre parlato in proposito di Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana), per creare dei parametri (costi) standard, ponderati per classi di età e sesso, con l'aggiunta dei "pesi" determinati dai consumi pro capite delle principali variabili della spesa sanitaria (farmaci, ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche ambulatori, ecc). Con questi parametri verrà individuata una "quota pro capite ponderata" che sarà la base per il riparto dei fondi alle regioni.
Ma sono gli stessi esperti del ministero dell'Economia a rilevare (vedi nota tecnica allegata alla Relazione sul federalismo fiscale di Tremonti del 30 giugno scorso) che, al di là della bontà del metodo, l'operazione "è fortemente condizionata dalla qualità del dato disponibile, dall'affidabilità dei sistemi informativi" e soprattutto dal fatto che sino ad oggi si è riusciti a ponderare "solo un 50/60% delle variabili". Il che si traduce nel fatto che la metà o quasi della spesa sarà difficilmente standardizzabile con il rischio, avvertono i tecnici del ministero dell'Economia, "di inglobare nella spesa anche costi di sistemi erogativi meno efficienti", che manderebbero all'aria l'attendibilità del costo standard.
E dubbi vengono sollevati anche dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) che mette in discussione l'idea stessa che sia possibile definire i costi standard e tanto meno che essi possano essere utilizzati per stabilire l'ammontare delle risorse necessarie per far funzionare la sanità. Al contrario, secondo gli esperti dell'Agenzia, prima va fissata la quota di Pil da dedicare alla salute (scelta politica) e poi si deve provvedere a dividerla nel modo più equo possibile tra le regioni. Per farlo occorre però rinnovare gli attuali criteri di riparto basati solo sul numero di abitanti "pesati" per età, introducendo anche una serie di determinanti socio-economiche (istruzione, condizioni di lavoro, abitazione, ecc.) e di stato di salute della popolazione (cronicità, disabilità, tumori, Aids, disagio mentale, ecc.), che consentirebbero di dividere le risorse disponibili in maniera più rispondente ai bisogni di assistenza. Altrimenti il rischio è quello di finire col ripartire i finanziamenti secondo la spesa sanitaria storica, seppur riferita a situazioni "virtuose", il cui superamento è tra gli obiettivi di punta della stessa legge sul federalismo fiscale.
Una cosa comunque appare certa fin d'ora. Dalla manovra sui costi standard si attendono risparmi consistenti, che la Corte dei Conti ha stimato in almeno 2,3 miliardi di euro. Ma c'è anche chi, come il Cerm, ha fatto rilevare che, se tutte le Regioni spendessero allo stesso modo a parità di prestazioni offerte, il risparmio per il Ssn potrebbe arrivare a 11 miliardi l'anno. Y

Bollini rosa edizione 2010

L'attenzione per le donne entra in ospedale

La quarta edizione della guida di O.N.Da agli ospedali a misura di donna svela che comincia a fare breccia negli ospedali italiani la filosofia *women friendly*. Altre 122 strutture sono state premiate con i bollini rosa. L'elenco conta ora 224 ospedali. Ma il Sud è ancora indietro

di Antonino Michienzi

È un'Italia spaccata in due con un Nord sempre più rosa e un Centro-Sud piuttosto grigio quella che emerge dal Programma Bollini Rosa, l'iniziativa con cui l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna da quattro anni valuta gli ospedali italiani sulla base dell'attenzione da essi riservata alla salute del sesso femminile.

La guida, che conta ormai 224 strutture, si è arricchita quest'anno di ulteriori 122 ospedali, il 69 per cento dei quali situati nel Nord della Penisola. In particolare, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna sono le Regioni con il maggior numero di ospedali premiati. La qualità dei nuovi ospedali è risultata alta: a 51 ospedali sono stati assegnati infatti tre bollini, ad altri 51 due bollini. Soltanto 20 le strutture che hanno conseguito un solo bollino. La guida, che ha ottenuto il patrocinio del ministero della Salute, ha inoltre rilevato l'aumento degli ospedali senza dolore e delle strutture che propongono la parto-analgesia.

"A distanza di quattro anni dalla prima edizione qualcosa è cambiato, dal momento che sono pervenute oltre 350 candidature di ospedali impegnati a ottenere il nostro riconoscimento", ha commentato Francesca Merzagora, presidente di O.N.D.a. "Ci ha fatto molto piacere anche notare che molte strutture premiate negli anni scorsi con uno o due bollini si sono ricandidate per dimostrare il loro impegno al miglioramento, segno che l'attenzione alle peculiarità femminili viene riconosciuta sempre più spesso come fondamentale. Ed è sempre più diffusa l'eccellenza nei piccoli centri di provincia, a indicare che anche in Italia l'ospedale per le donne è sempre più un traguardo raggiungibile ovunque".

"I bollini rosa rappresentano un marchio di eccellenza da considerarsi come punto di partenza per favorire la crescita della prospettiva di genere", ha dichiarato il sottosegretario alla Salute Francesca Martini, intervenuta alla conferenza stampa di presentazione della guida. "È proprio in questa ottica che considero fondamentale la presa in carico della paziente e la valorizzazione dell'integrazione dei servizi e dei percorsi territorio-ospedale; ed è mia intenzione sostenere sempre di più tutte quelle strutture che pongono le donne al centro della loro attività e che contribuiscono allo sviluppo di una "medicina di genere" che non si occupi soltanto delle patologie femminili ma di una nuova branca della medicina che guarda all'impatto clinico della malattia e al follow-up del farmaco e delle cure in ambito femminile". Un giudizio positivo è stato inoltre espresso anche da Walter Ricciardi, del Dipartimento di Igiene dell'Università Cattolica di Roma: "L'interesse nei confronti della salute di genere sta sicuramente crescendo, ma esistono tuttora criticità che anche l'edizione 2010 evidenzia". Ricciardi, infatti, ha ricordato come "è ancora rilevante il divario fra Nord e Sud del Paese, dove gli ospedali in rosa sono molto meno numerosi: esistono eccellenze notevoli, ma sono punte di diamante isolate. Il Sud – prosegue – sconta 15 anni di immobilismo, in cui non sono stati attivati sistemi di programmazione e controllo. Le Regioni si trovano perciò a dover recuperare una distanza considerevole rispetto al Nord, e purtroppo il federalismo sanitario non fa che accentuare le distanze. Al Sud l'accessibilità e la qualità dei servizi è generalmente inferiore e occorre lavorare per recuperare il tempo perduto".

I criteri per l'assegnazione

La classifica è il risultato della valutazione effettuata da un'apposita commissione presieduta da Laura Pellegrini, direttore generale dell'Istituto Malattie Infettive Spallanzani di Roma, che prende annualmente in considerazione diversi indicatori.

1 bollino. In particolare, viene riconosciuto un bollino rosa alle strutture ospedaliere che riservano un'attenzione specifica nei confronti delle donne, relativamente alla diagnosi e terapia di patologie femminili; che rispettano la corretta applicazione dei Lea con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni; che siano accreditate e certificate per i requisiti strutturali e alberghieri.

2 bollini sono invece attribuiti alle strutture ospedaliere che, in possesso dei requisiti per ottenere un bollino, abbiano all'interno del loro Comitato Etico, almeno tre donne; abbiano un numero congruo di donne in posizione apicale; abbiano caratteristiche strutturali e servizi a misura di donna (possibilità di ricevere figli in età infantile; elasticità negli orari di ingresso dei familiari, disponibilità di servizi di lavanderia, luoghi di socializzazione etc.) e tengano conto della multietnicità.

3 bollini rosa, infine, alle strutture ospedaliere che, in possesso dei requisiti per ottenere due bollini, abbiano pubblicazioni scientifiche su patologie femminili, applichino la normativa vigente sull'ospedale senza dolore e attuino il controllo del dolore nel parto e l'analgesia ostetrica.

Manager rosa, quelle sconosciute

Sulla partecipazione delle donne alla gestione della sanità l'Italia "è in forte ritardo". Infatti soltanto "il 10 per cento dei vertici è donna". A ricordare l'altra faccia della guida è il sottosegretario alla Salute Francesca Martini. "A fronte di un personale infermieristico al femminile che rappresenta più del 70% del totale, una dirigenza medica attorno al 35%, c'è solo il 10% delle posizioni apicali occupato da donne", ha aggiunto. In questo, ha concluso Martini "gli ospedali che hanno ottenuto più bollini rosa hanno anche fatto più passi avanti in termini di partecipazione femminile ai livelli più elevati di gestione". Lo confermano i risultati ottenuti dall'Istituto MultiMedica di Castellanza: "La presenza di donne nella nostra organizzazione, fino alle più alte cariche di direzione, è sempre stata attorno all'80 per cento", ha illustrato Stefania Colombi, direttore generale della struttura. "Questo è stato determinante nella definizione della strategia aziendale e ha accelerato scelte dirette al miglioramento dell'assistenza al femminile, creando ad esempio un percorso di prevenzione e diagnosi del tumore della mammella che ha quasi azzerato i tempi d'attesa".

Sul sito www.ondaosservatorio.it l'elenco degli ospedali premiati

Dolore: prime luci e solite ombre

Sembra che tra le mura ospedaliere qualcosa stia cambiando nelle modalità di gestione del dolore delle pazienti. Almeno nelle strutture premiate con i Bollini Rosa

Un'indagine promossa da O.N.Da e realizzata grazie al sostegno di Mundipharma e di Astellas Pharma, su 97 delle 186 strutture ospedaliere premiate con i bollini rosa nel 2009 ha infatti rilevato che la situazione è in grande miglioramento, soprattutto dopo l'approvazione della legge sulle cure palliative lo scorso 15 marzo. La maggioranza dei reparti ospedalieri in queste strutture è infatti particolarmente attenta alla cura del dolore al femminile: nell'85 per cento di esse la valutazione del dolore è una routine, in otto ospedali su dieci esiste un programma organico di terapia antalgica, in sei su dieci si trova personale dedicato alla gestione e alla prevenzione del dolore. Si sentono ancora alcune differenze geografiche: le terapie antalgiche sono praticate dall'80% degli ospedali del nord-est contro il 60% delle strutture del Sud, dove i comitati "**Ospedale senza dolore**" sono presenti solo in un caso su due. "Il dolore annienta, abbruttisce, annulla e spezza la volontà della persona", ha commentato la presidente di O.N.Da, Francesca Merzagora. "La legge approvata a marzo consente finalmente a tutti i clinici di somministrare farmaci antidolorifici ed oppioidi senza l'utilizzo del ricettario speciale. Ora però è fondamentale che le terapie vengano diffuse. I mezzi per farlo esistono e il nostro impegno sta proprio nel diffondere la conoscenza di queste terapie". "Non è un caso – ha aggiunto – se la cura del dolore è divenuta una caratteristica indispensabile per ottenere il punteggio massimo nelle nostre valutazioni. In futuro saremo ancora più esigenti, e nel bando 2011 la cura del dolore sarà un elemento indispensabile per entrare a far parte della nostra guida".

Le aziende farmaceutiche preoccupate

Farmindustria: sacrifici sì, ma questi sono inaccettabili

Il comparto industriale contesta i cambiamenti apportati alla manovra economica, anche se riconosce il momento di particolare difficoltà per il Paese. E torna a chiedere che ai sacrifici rispondano misure che promuovano un settore strategico per l'economia nazionale

Mercoledì 8 luglio: una conferenza stampa convocata in tutta urgenza. Nel corso della quale, commentando l'emendamento appena approvato in commissione Bilancio al Senato, il presidente di Farmindustria Sergio Dompé, insieme ai vicepresidenti Claudio Cavazza ed Emilio Stefanelli, ha parlato di "appropriazione indebita", di "fatto senza precedenti", di "elemento che fa traboccare il vaso", di "sforzo non necessario in questo momento per la competitività del sistema Paese". Gli ha fatto eco Cavazza affermando "Ci costringono a emigrare" e "Scelte come quelle che si stanno compiendo con la manovra impoveriscono il Paese e dimostrano di non comprendere il valore della ricerca".

Sergio Dompé
Presidente Farmindustria

Toni esacerbati, certamente diversi da quelli che solo pochi giorni prima, alla fine di giugno, avevano contraddistinto l'intervento dello stesso presidente Dompé nel corso dell'Assemblea Farmindustria nella quale la crisi economica internazionale aveva fatto da protagonista. Lo aveva ben ricordato Dompé nella sua relazione introduttiva. "L'Italia è esposta, come la grande maggioranza dei Paesi al vento forte della congiuntura internazionale" ha esordito Dompé, e solo il tempo "dirà se è crisi vera oppure il cambiamento profondo e necessario di modelli di sistema, inadeguati da anni, la cui fragilità è stata svelata dall'improvvisa accelerazione della storia". Ma è certo che ora "è crisi" e il Governo ha agito bene, riconosce Dompé, non seguendo la via degli aiuti a pioggia e con il controllo rigoroso della borsa pubblica". Però, secondo Dompé, si impone il ripensamento dei modelli della finanza e dell'economia, incentivando chi produce, senza rallentare – con costi eccessivi, lentezze, duplicazioni e rimpalli di responsabilità – il passo di un'economia che deve viaggiare alla stessa velocità di altri Paesi". Il federalismo, prosegue, "è un'opportunità per ridefinire il sistema, costringendo le Regioni al raffronto continuo degli standard di efficienza, in confronto con le altre realtà. E in questo quadro – ben prima delle ultime novità introdotte nella manovra – l'industria del farmaco si era dichiarata "pronta a contribuire responsabilmente all'equilibrio della finanza pubblica".

La vera sfida, però, secondo il presidente di Farmindustria, è il "sistema salute" nel suo complesso. "Il nostro obiettivo – ha sottolineato Dompé – è la crescita dell'intero sistema, perché il Ssn è un patrimonio del Paese, che si fonda su universalità, massa critica e impegno di medici, farmacisti, operatori sanitari, intera filiera, cui va il nostro personale apprezzamento per il lavoro svolto quotidianamente".

Un'apertura di credito forte verso la sanità pubblica, da parte del leader degli industriali farmaceutici, che però non ha mancato di sottolineare le troppe differenze fra le Regioni che registrano aumenti incontrollati della spesa. Per questo, insiste Dompé "vogliamo un Ssn efficiente e ancor più competitivo nei costi e capace di condurre e vincere la lotta contro gli ancora troppi sprechi "ovunque si presentino".

Un problema che può incidere, e del tutto negativamente, sulla realtà industriale italiana nel comparto farmaceutico. Una realtà che ha dalla sua numeri di tutto rilievo: "Il Paese" ha osservato in proposito Dompé "non può perdere un'industria di qualità che conta 67.500 addetti, per il 90% laureati o diplomati; 6.150 addetti alla R&S; il 54% della produzione verso l'export; 2,3 miliardi di euro di investimenti all'anno". E non va poi dimenticato come il settore della farmaceutica determini il 43% delle esportazioni dei settori *science-based* del Paese e sia il primo dei settori hi-tech italiani per quota di mercato mondiale. Lo testimonia il nostro export – ha ancora rilevato il presidente degli industriali – che nel 1999 ha avuto un incremento del 107%, a fronte di una crescita delle vendite interne del 13%. E non va ancora dimenticato che la farmaceutica rappresenta il settore industriale con i più elevati investimenti di imprese internazionali, con il Centro ricerche sui vaccini della Novartis a Siena, gli stabilimenti – anche nel Sud – di Sanofi-Aventis, Pfizer e altri, strutture confermate e consolidate. E, infine, va ancora sottolineato come negli ultimi 10 anni le aziende a capitale italiano abbiano realizzato 39 acquisizioni all'estero, dove operano ormai con oltre 200 stabilimenti, come evidenziato dalle analisi EntER Bocconi.

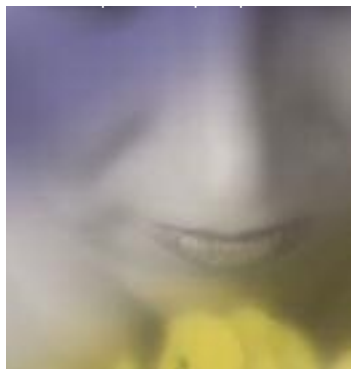
"I valori sono chiari. I rischi di deindustrializzazione anche" ha ribadito Dompé. "Non vorremmo essere costretti – così come è accaduto anche di recente ad aziende leader dell'industria della seta – a percorrere, per non chiudere, il viaggio di sola andata per l'India e la Cina. Vorremmo invece seguire il caso emblematico dello stabilimento Fiat di Pomigliano d'Arco e riportare in Italia produzione e investimenti fatti all'estero. Il nostro obiettivo, quindi, è che cresca tutto il Sistema Salute".

Che deve però, secondo il presidente degli industriali, diventare "efficiente e ancora più competitivo nei costi". Preoccupano, infatti, le differenze tra le Regioni che registrano aumenti incontrollati della spesa e quelle invece che usano con attenzione le risorse, con modelli gestionali diversi tra loro ma comunque orientati all'efficienza: "se in alcune aree questo è possibile, allora deve esserlo in tutta Italia e per tutti i cittadini". I controlli e le verifiche, quindi, devono interessare anche il farmaco che rappresenta comunque – con la farmaceutica territoriale e ospedaliera – in termini di spesa sanitaria pubblica effettiva il 16% del totale. Una voce di spesa complessivamente cresciuta dal 2006 al 2009 del 4,8%, ossia meno della metà delle altre voci (9,9%). Y

DEPRESSIONE POST PARTUM: LA PROPOSTA DELLA SIGO

Tso extraospedaliero per le mamme a rischio di infanticidio

Applicare la procedura del Trattamento sanitario obbligatorio (Tso) extraospedaliero per le donne affette da depressione post partum a rischio di infanticidio. È questa l'indicazione avanzata dal presidente Sigo Giorgio Vittori, e dal dottor Antonio Picano, presidente dell'Associazione Strade onlus e Responsabile del progetto Rebecca per la prevenzione e il trattamento della depressione in gravidanza e nel puerperio, dopo l'ennesimo fatto di cronaca che ha visto una giovane madre di Passo Corese (Rieti) uccidere il proprio figlio di pochi mesi lo scorso giugno.



Questa procedura, nei casi di particolare gravità, consente di adottare limitazioni della libertà personale per ragioni di cura, all'interno dell'abitazione del paziente, dove un'equipe specializzata potrebbe occuparsi 24 ore su 24 delle donne con comportamenti potenzialmente omicidi, tutelando così in maniera efficace sia la madre che il figlio.

I casi che richiederebbero un provvedimento di Tso extraospedaliero possono essere valutati, secondo Strade onlus, in circa 1.000 interventi per anno. La depressione post partum colpisce, secondo la letteratura scientifica, circa il 10% delle donne, da 50.000 a 75.000 neomamme l'anno nel nostro Paese, con un costo sociale valutato in circa 500 milioni di euro in 12 mesi. "Nonostante questi dati – sottolinea Vittori - il rischio di sviluppare depressione viene valutato di routine solo dal 30% dai ginecologi durante gli incontri pre parto. Dopo, solo nel 45% delle strutture è previsto un monitoraggio delle mamme 'a rischio'. E il tempo dedicato all'informazione prima della dimissione è inadeguato per il 72% dei ginecologi".

Sulla base di questi dati, raccolti nel corso di un'indagine promossa fra i propri soci, la Sigo ha attivato, già nel 2008, la campagna nazionale "Non lasciamole sole", finalizzata a costruire una rete di protezione per tutelare soprattutto le donne più fragili. La depressione post partum si può prevenire e i ginecologi italiani sono impegnati da tempo per diventare 'sentinelle'". Ma quali sono i campanelli d'allarme? Per gli specialisti al primo posto si trovano episodi di ansia o depressione durante la gravidanza o una storia personale o familiare di depressione (81%). A seguire, precedenti casi di depressione post partum (78%), isolamento o condizioni socioeconomiche svantaggiate (63%) e problemi con il partner (58%).

Il progetto della Sigo ha coinvolto più specialisti: se il ginecologo si afferma come prima figura di riferimento (molto importante per il 63%), rivestono un ruolo chiave anche lo psicologo (59%), l'ostetrica (52%), il medico di famiglia (30%) e il pediatra (24%). "Alla prevenzione deve però immediatamente seguire una presa in carico del problema da parte dei singoli professionisti, un concreto impegno delle autorità nazionali e locali, anche dal punto di vista organizzativo-gestionale e una stretta collaborazione con le donne e i loro familiari – ha spiegato Vittori –. È questa infatti la chiave di volta per evitare che si ripetano episodi drammatici, purtroppo troppo frequenti, che segnano per sempre la vita di chi li subisce".

Intervista al nuovo vicepresidente dell'Enpam

Oliveti: "La nostra priorità è garantire la pensione ai giovani"

di Eva Antoniottti

Cinquantasei anni, medico di famiglia di Senigallia, per anni impegnato nella Fimmg e con una passione per la poesia e la canzone italiana d'autore, "perché le parole sono importanti". È questo il ritratto sintetico di Alberto Oliveti, nuovo vicepresidente vicario dell'Enpam, eletto lo scorso 27 giugno con un voto quasi unanime, 92 preferenze su 106 votanti.
Una "vocazione" precoce quella per le tematiche previdenziali, visto che se ne occupa da più di trent'anni, prima come addetto Enpam per l'Ordine dei medici di Ancona, poi nella Consulta per la Medicina Generale e infine, dal 1996, nel CdA dell'Ente. Un interesse che vorrebbe trasmettere ai più giovani, convinto che su questi temi ci sia "un'ignoranza profonda" e che forse sarebbe utile inserire per gli studenti dell'ultimo anno di medicina "un esamino di welfare, per avere almeno un'idea dei rendimenti della previdenza".

Dottor Oliveti, non crede che i giovani medici non si occupino di pensioni perché temono di non raggiungere mai questo traguardo?

Il nostro sistema di previdenza è una catena di interessi generazionali intersecati, per questo noi dobbiamo prestare molta attenzione ai futuri medici, alla qualità del loro lavoro e delle loro retribuzioni, perché saranno loro a "pagare" le nostre pensioni. Non ci conviene davvero ispirarci al mito di Crono che divora i suoi figli.

Tra i timori per il futuro c'è proprio la "gobba previdenziale", ovvero il pensionamento nei prossimi quindici anni dei medici che oggi hanno tra i 50 e i 60 anni, una fascia d'età particolarmente numerosa. Come affronterete questa situazione?

Né con la demagogia, né con facili promesse. Piuttosto assegnando ad ogni contributo incassato la giusta valorizzazione sulla base dei trend demografici, applicando cioè rigorosamente la matematica attuariale. Per dirla più semplicemente: facendo bene i conti.

Ci sono stati timori anche riguardo a possibili interventi del Governo sulla gestione dell'Ente.

> "Il nostro sistema di previdenza è una catena di interessi generazionali intersecati, non ci conviene ispirarci al mito di Crono che divora i suoi figli"

Lei cosa ne pensa?

Credo sia giusto che il Governo, attraverso i ministeri vigilanti, svolga il proprio compito di controllo, a garanzia dei cittadini-medici che affidano all'Enpam la gestione delle proprie future pensioni. Un pochino meno giusto è quando il Governo entra "con i piedi in partita", alzando la tassazione del patrimonio o elevando considerevolmente, e rapidamente, la proiezione temporale prospettica.

Si parla sempre più spesso della necessità di elevare la contribuzione per i medici di medicina generale. Lei, che è anche un medico di famiglia, è d'accordo?

La Medicina Generale, comprendendo anche i pediatri di libera scelta e i medici della Continuità Assistenziale, conta circa 70.000 iscritti all'Enpam. Questo settore versa il 52% dei contributi e "consuma" il 60% delle pensioni erogate e, per questo, è necessario un incremento della contribuzione da parte della Medicina Generale, intesa come un differimento del proprio reddito. In quella catena generazionale cui accennavo sopra, deve essere chiaro che c'è convenienza ad aumentare i contributi. Un concetto che, d'altra parte, è espresso bene anche nella proposta per la ri-fondazione della Medicina Generale che la Fimmg ha elaborato in questi ultimi anni.

L'altro "corno" del problema è sempre stato quello di coinvolgere maggiormente nelle politiche dell'Enpam i medici dipendenti dal Ssn, che si sentono sostanzialmente estranei a questo istituto, ricevendo la loro pensione dall'Inpdap.

Credo che anche loro debbano ripensare il proprio atteggiamento. Oggi pagano pochissimo per avere poco, ma quello che versano nel cosiddetto Fondo Quota B per l'attività intramoenia o libero professionale è quota parte interessante, che meriterebbe di essere valutata con più attenzione. E poi quel Fondo raccoglie circa 148.000 professionisti, ovvero la maggioranza in termini assoluti.

In conclusione, che obiettivo si è dato assumendo questo incarico?

Il mio personale obiettivo è quello di pagare ai medici buone pensioni al minor costo contributivo possibile. Facendo rendere al meglio il patrimonio, tenendo insieme redditività e prudenza.

Un secolo di professioni sanitarie

Cento anni a tutela della salute

Medici e odontoiatri, farmacisti, veterinari celebrano il centenario degli Ordini e si interrogano sul futuro. Per i medici la sfida immediata è nella risposta al minor numero di nuovi laureati, per i farmacisti la trasformazione delle farmacie in centri capaci di offrire non solo medicinali ma servizi per la salute

Una giornata di celebrazione per un triplo centenario. Gli Ordini dei medici, dei farmacisti e dei veterinari sono infatti stati fondati tutti nel 1910 e così il 10 luglio scorso, nella suggestiva sala dell'antico Ospedale di Santo Spirito in Sassia a Roma, Fnomceo, Fofi e Fovi hanno scelto di celebrare unitamente l'evento con una giornata intitolata "Cento anni a tutela della salute".
Ad aprire i lavori l'intervento del ministro della Salute Ferruccio Fazio, che ha mostrato di essere particolarmente commosso e partecipe, anche nella sua veste di medico. Fazio ha annunciato di aver appena siglato un decreto ministeriale che chiama i presidenti dei tre Ordini sanitari a partecipare di diritto al Consiglio superiore di Sanità, in rappresentanza ufficiale delle rispettive professioni. Ma il ministro è anche intervenuto nel merito dei nodi problematici che le professioni devono affrontare oggi. In particolare per i medici il problema sta in una forte riduzione in prospettiva del numero dei professionisti "prodotti" dalle Università italiane. Le previsioni della Fnomceo non sono positive: 40mila medici in meno in 10 anni, se sarà mantenuto inalterato il tasso di ingresso alla professione, che negli ultimi anni è in progressivo calo. Per questo, secondo Amedeo Bianco presidente della Fnomceo, occore "rivisitare profondamente le relazioni tra sistema formativo universitario e sistema professionale, assicurando una formazione 'long life' capace di adeguare nel tempo conoscenze e competenze". E il ministro Fazio ha risposto entrando nel merito: "Per rispondere alle nuove necessità di programmazione sanitaria del nostro Paese saranno rivisti i criteri per definire il fabbisogno di specializzazioni in medicina: più pediatri di libera scelta e più geriatri".

Anche per i farmacisti è momento di ripensare il proprio ruolo, come ha sottolineato il presidente Fofi Andrea Mandelli, in una prospettiva di valorizzazione delle farmacie come luoghi di servizi per la salute. E anche in questo caso il ministro ha dato una risposta, ricordando come si stia lavorando in Conferenza Stato-Regioni alla definizione dei decreti attuativi della legge 69/2009 sui servizi nelle farmacie, al di là dell'attuale crisi nei rapporti tra Governo e Regioni intorno alla manovra economica. Alla celebrazione ha partecipato anche la presidente della Regione Lazio Renata Polverini, che ha annunciato di aver già ottenuto, con gli interventi introdotti in questi mesi, 300 milioni di euro di risparmi.
Messaggi di saluto sono stati inviati dal presidente del Senato Renato Schifani, dai sottosegretari Rocco Crimi, Paolo Bonaiuti e Eugenia Roccella, dal ministro Raffaele Fitto e dal presidente dell'Enpam Eolo Parodi.
Due importanti interventi di ampio respiro hanno arricchito l'evento. Il professor Giorgio Cosmacini ha ripercorso la storia delle professioni sanitarie in questo secolo di vita degli Ordini, mentre il presidente del Censis Giuseppe De Rita ha proposto una lettura sociologica delle professioni sanitarie nel corso del secolo: "Il medico, il farmacista, il veterinario una volta avevano il rapporto con la comunità. Erano quelli che, rispetto alla propria comunità, si ponevano in maniera asimmetrica, semplicemente perché ne sapevano di più, con un sapere specifico che altri non avevano. Era così fino agli anni '50, poi le cose sono cambiate almeno per tre aspetti: dalla legge Mariotti in poi si è abbandonato il concetto di comunità, preferendogli il concetto un po' astratto del territorio, derivato dall'idea di poter coprire tutti i bisogni sanitari". Secondo De Rita questa è stata la fase dello statalismo burocratico della sanità, una fase che ora sta cedendo il passo ad un nuovo modello, più individualista e capitalista, nel quale il cittadino è "cliente".
A conclusione della giornata alcuni giovani laureati hanno letto i giuramenti dei rispettivi ordini professionali, salutati da Elio Guzzanti, medico, storico della medicina e già ministro della Sanità, che in un intervento per nulla retorico ha indicato una sfida per il futuro: sviluppare la collaborazione tra professioni sanitarie. (E.A.)

Il ddl del ministro della Salute presentato in Consiglio dei Ministri

La legge "Fazio" su Ordini, sperimentazioni cliniche e sicurezza delle cure

Riforma degli Ordini dei medici, dei farmacisti e dei veterinari. Creazione di un Ordine autonomo per gli odontoiatri. Semplificazione delle sperimentazioni cliniche sui farmaci. Novità anche per la sicurezza delle cure e molto altro ancora

Ò approdato sul tavolo del Consiglio dei Ministri, lo scorso 16 luglio, il disegno di legge presentato dal ministro della Salute Ferruccio Fazio recante misure per garantire una maggiore funzionalità, qualità ed efficienza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.
Ecco una sintesi dei contenuti del ddl (il testo integrale su www.quotidianosanita.it).

Sperimentazione clinica e innovazione in sanità (art.1)

È prevista la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti legislativi per la riforma delle sperimentazioni cliniche dei medicinali ad uso umano. La delega punta al riordino dei comitati etici che dovranno essere almeno uno per ogni Regione per un totale sul territorio in proporzione agli Irccs e al numero dei residenti. Viene poi prevista l'istituzione di un credito d'imposta sugli investimenti per gli studi clinici di fase 0 e 1 e per gli studi pediatrici e sui farmaci per le malattie rare. Ma la parte più importante riguarda lo snellimento delle procedure burocratiche per la sperimentazione con l'innesto di procedure informatizzate e la semplificazione di molti passaggi. In proposito verrà anche istituito un coordinamento nazionale per le attività di sperimentazione.

Dispositivi medici (art.2)

Viene fissata una nuova imposta a carico delle aziende produttrici dei dispositivi medici. Sarà pari all'1% del fatturato al netto dell'Iva e resterà in vigore fino al 31 marzo 2012. A quella data dovrebbe infatti scattare il nuovo sistema di acquisto basato sul prezzo di riferimento per questi prodotti previsto dalla finanziaria 2007 ma in realtà mai entrato a pieno regime. In ogni caso il sistema di calcolo dei prezzi di riferimento sarà cambiato entro il 28 febbraio 2012.

Ricerca (art.3)

Si riserva una quota del 10% del fondo ricerca per i progetti di ricerca degli under 40. Si prevede che aziende miste pubblico-privato a prevalente capitale pubblico possano partecipare ai progetti di ricerca sanitaria di cui all'art. 12 bis del Dlgs 502/92. In proposito sarà anche prevista una ridefinizione delle modalità di accesso ai finanziamenti pubblici per la ricerca sanitaria, prevedendo anche forme di cofinanziamento alla ricerca.

Direttori scientifici e personale Irccs (art.4)

Viene previsto che il rapporto del direttore scientifico degli Irccs possa essere anche a carattere non esclusivo. In questo caso il suo trattamento economico sarà ridotto del 30%.

Niente pignoramento per gli enti di ricerca (art.5)

Non si potranno più sequestrare e sottoporre a pignoramento i beni e i fondi degli enti istituzionali autorizzati a svolgere ricerca sanitaria ai sensi degli art.12 e 12 bis del dlgs 502/92.

Facilitazioni ad enti vari (art.6)

È prevista l'estensione dei contributi per ristrutturazioni edilizie di locali dedicati alle attività del Ssn, previsti dalla legge 412 del 1991, anche a Aifa, Agenas e ministero della Salute.

Enti di ricerca e prevenzione (art.7)

Nasce l'Istituto nazionale di Adroterapia oncologica nel quale confluiranno le risorse dell'attuale Centro nazionale di Adroterapia oncologica.
Stanziati 45 milioni di euro per le strutture di emergenza biologica dell'ospedale Spallanzani di Roma. Proroga per gli anni 2010, 2011, 2012 dei contributi alla Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt) pari a 2 milioni di euro annui.

Riforma degli Ordini (art. 8)

Viene prevista la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti delegati per la riforma degli Ordini dei medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti. La novità più rilevante è quella dell'istituzione di un Ordine autonomo per gli odontoiatri (oggi affiliati nella Fnomceo). Per il resto si ribadisce per gli Ordini la natura di enti pubblici non economici e sussidiari dello Stato, finalizzati alla tutela dei cittadini e degli interessi pubblici connessi all'esercizio della professione. Avranno autonomia patrimoniale, finanziaria e regolamentare e saranno sottoposti alla vigilanza del ministero della salute. Si stabilisce che gli Ordini saranno esentati dall'applicazione delle norme in materia di contenimento della spesa pubblica. Sono poi previste nuove norme per le sanzioni disciplinari. Viene tutelata la rappresentanza delle minoranze negli organi elettivi.

Sicurezza delle cure (art. 9)

In attesa di una disciplina organica del risk management, il provvedimento prevede che le strutture sanitarie adottino comunque sistemi di gestione degli eventi avversi e dei quasi eventi. Tali strutture dovranno garantire la comunicazione trasparente degli eventi avversi anche sulla base di linee guida nazionali del ministero della Salute. In caso di evento avverso si dovranno attuare tutte le misure necessarie per prevenire il ripetersi dell'evento. Al fine di rendere possibile tale attività si prevede che l'analisi dell'evento avverso sia coperta dal segreto professionale per quanto attiene la responsabilità professionale. Stabilita anche la priorità delle tematiche sicurezza nell'ambito delle attività di formazione.

Terme (art.10)

Ferme restando le competenze regionali in materia di assistenza termale, il Governo sarà delegato ad emanare un Dpr con un testo unico in materia di attività idrotermali.

Varie

Odontoiatri: niente specializzazione per accesso al Ssn (art. 11).
Farmacie: oltre agli infermieri anche i fisioterapisti potranno concorrere ai nuovi servizi previsti dal riordino delle farmacie, dove si potranno effettuare anche prestazioni strumentali (oltre a quelle analitiche già previste) (art. 12). Viene inoltre riformato il testo unico delle sanitarie prevedendo che solo il medico non possa operare all'interno della farmacia, né con essa avere convenzioni per la partecipazione agli utili (art. 13).
Anni in convenzionamento valgono per calcolo indennità: viene chiarito che il servizio prestato in regime convenzionale dai medici e dalle altre professioni sanitarie, vale anche ai fini dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico in relazione della retribuzione dell'indennità di esclusività e per l'indennità di posizione (art. 14).
Sanità elettronica: vengono previste diverse norme per regolamentare l'uso del fascicolo sanitario elettronico definito come "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito" (art. 15).
Nascono i registri di sorveglianza, mortalità, patologia e impianti protesici: il fine è quello della ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico (art. 16).
Codice unico per l'assistito: verrà reso disponibile ai fini della ricerca ma anche per la programmazione, la gestione e il controllo dell'assistenza sanitaria un codice unico identificativo dell'assistito che non consentirà però l'identificazione diretta dell'interessato (art. 18).
Esami sangue: prevista la possibilità per i servizi trasfusionali di affidare l'esecuzione degli esami di validazione biologica delle unità di sangue ed emocomponenti a laboratori pubblici autorizzati (art. 18).
Medici legali del ministero della Salute: nuove norme per i compensi delle prestazioni degli esperti (art. 19).

Mortalità materna

I conti non tornano

I dati rilevati dall'Istat e rilanciati recentemente da uno studio pubblicato su the Lancet sottostimano abbondantemente il fenomeno. Le donne morte di parto o nei 42 giorni successivi non sono 4 ogni 100 mila nati vivi, ma 11,9.

Ogni minuto e mezzo una donna muore di parto nel mondo. In totale fanno quasi 350 mila decessi l'anno, concentrati, nella quasi totalità dei casi, in Paesi a basso reddito. Sei Stati, da soli, si spartiscono quasi la metà di questa torta amara: sono India, Nigeria, Pakistan, Afganistan, Etiopia e Repubblica democratica del Congo. L'Italia, al contrario, sembra soltanto marginalmente toccata dal fenomeno. Anzi è un'eccellenza globale presentando i più bassi tassi al mondo di mortalità materna: 4 donne per ogni 100 mila nati vivi Le stime sono quelle pubblicate in un'ampia analisi su *The Lancet* all'inizio di maggio (cfr. Box). La fonte del gruppo di ricercatori dell'University of Washington di Seattle (Usa) e dell'University of Queensland di Brisbane (Australia) sono prevalentemente gli istituti di statistica nazionali. L'Istat per l'Italia.

Dati incerti

Questi numeri e questa metodologia, tuttavia, da tempo non convincono il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) e l'Istituto superiore di sanità, secondo cui il fenomeno potrebbe essere ampiamente sottostimato. Non a causa di "un'errata rilevazione da parte dell'Istat, ma dal fatto che i certificati di morte non sono in grado di rilevare il fenomeno in maniera completa", ha spiegato on line Serena Donati, del reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità. "Ciò – ha aggiunto – è dovuto alla complessità della definizione di morte materna che comprende non solo la registrazione del decesso di una donna durante la gravidanza o il parto, ma anche di quelli avvenuti entro 42 e 365 giorni dal termine della gravidanza, a prescindere dal suo esito".

Lo studio Cnesps-Ccm

Dalla consapevolezza della complessità del fenomeno e dal timore di una sua sottostima nei dati ufficiali è nato nel 2008 un progetto (Studio delle cause di mortalità e morbidità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna) finanziato dal ministero della Salute, affidato al reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del Cnesps e realizzato in collaborazione con le Regioni Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia. Lo studio ha incrociato i dati sulla mortalità e quelli derivanti dalle schede di dimissione ospedaliera (Sdo): per ogni donna deceduta in età riproduttiva (15-49 anni) è stato in pratica verificato se, nei 365 giorni precedenti il decesso, avesse subito un ricovero per gravidanza o per suoi possibili esiti (gravidanza

Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5
The Lancet, Volume 375, Issue 9726, Pages 1609 - 1623, 8 May 2010

Una mappa della mortalità materna globale

È vero che la mortalità materna cala ininterrottamente dal 1980, ma non in modo sufficientemente veloce. Uno studio pubblicato su *The Lancet* ha cercato di quantificare il fenomeno, tracciandone l'andamento dal 1980 a oggi

350 mila. È questo il numero dei decessi che si verificano ogni anno per cause connesse al parto. Una strage globale, a cui da anni l'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato guerra fino all'inserimento della salute materna tra gli otto obiettivi del millennio. Ridurre del 75 per cento la mortalità materna entro il 2015 (rispetto al 1990) è una delle sfide che il mondo intero ha deciso di combattere, insieme all'azzeramento della povertà e della fame, l'accesso universale all'istruzione, l'uguaglianza tra i generi, la salute infantile, la lotta all'Hiv/Aids, la sostenibilità ambientale e l'istituzione di una partnership globale per lo sviluppo.

Tuttavia, mentre la scadenza si avvicina l'obiettivo resta ancora lontano. Uno studio pubblicato su *The Lancet* ha cercato di quantificare il fenomeno, tracciandone l'andamento dal 1980 a oggi. E i risultati, pur intravedendosi qualche segnale positivo, sono tutt'altro che rosei.

È vero che la mortalità materna cala ininterrottamente dal 1980, ma non in modo sufficientemente veloce. Se nel 1980 le morti erano state 526.300, nel 2008 esse erano 342.900, con i tassi di mortalità calati dai 422 casi ogni 100 mila nati vivi nel 1980, ai 320 nel 1990 per arrivare ai 251 del 2008. Un declino dell'1,3 per cento l'anno che tuttavia nasconde una variabilità elevatissima. Se le Maldive sono riuscite a ridurre i propri tassi di mortalità dell'8,8 per cento l'anno nel periodo preso in considerazione, lo Zimbabwe, nello stesso arco di tempo, ha visto salire la mortalità a un tasso del 5,5 per cento annuo.

Inoltre, dei 181 Paesi presi in considerazione, soltanto 23 sono riusciti a raggiungere l'obiettivo della riduzione del 75% dei tassi di mortalità materna.

Un quadro, dunque, almeno per il momento allarmante. Anche se, sostengono i ricercatori, "ci sono più ragioni di ottimismo di quanto in genere sia percepito", tanto che una "riduzione sostanziosa della mortalità materna è possibile in un tempo relativamente breve". È possibile infatti individuare diversi trend che fanno ben sperare e che spiegano, almeno parzialmente, la riduzione avvenuta fino a oggi.

Innanzitutto, la riduzione del tasso di fecondità totale, calato dal 1980 al 2008 da 3,7 a 2,56 figli per donna. In secondo luogo, l'aumento del reddito pro-capite. Ancora, l'aumento del grado d'istruzione. E, infine, la maggiore disponibilità di personale sanitario al momento del parto.

Elementi, questi, tutti in grado di aumentare le probabilità di sopravvivenza al parto.

C'è infine un altro aspetto emerso dallo studio e che dimostra come la mortalità materna sia soltanto un tassello – importante, ma pur sempre un tassello – all'interno del più ampio contesto della salute: il legame a filo doppio tra mortalità materna e diffusione dell'Hiv/Aids, soprattutto nell'Africa meridionale e orientale. In assenza dell'infezione, ha stimato il team, i decessi già oggi sarebbero circa 280 mila al posto degli attuali 340 mila.

Come dire, gli Obiettivi del millennio o si raggiungono insieme o non si raggiungono affatto.

ectopica, aborto volontario o spontaneo, parto). Un metodo, questo, che ha consentito di identificare tutti i casi di mortalità materna, suddivisi in un secondo momento in quelli verificatisi entro 42 giorni dall'esito di gravidanza e quelli tra 43 e 365 giorni. L'analisi delle due diverse fonti ha inoltre consentito di calcolare i decessi per classi di età, per modalità di espletamento del parto, per cittadinanza e per livello di istruzione della madre, oltre che a definire le cause di morte sulla base della classificazione ICD-10.

I risultati

I risultati del progetto, che sono stati presentati in occasione del convegno "**Mortalità e morbidità materna in Italia: stato dell'arte e prospettive di miglioramento della rilevazione**", tenutosi a fine maggio, hanno confermato i timori.
Nelle Regioni analizzate, che coprono il 38% della popolazione femminile italiana in età riproduttiva, la mortalità è risultata più alta del dato rilevato attraverso il flusso informativo dei certificati di morte elaborati dall'Istat, con forti differenze regionali. Se il valore medio è di 11,9 casi di morte per ogni 100.000 nati vivi, le oscillazioni vanno dagli 8 decessi ogni 100 mila nati vivi della Toscana ai 13 del Lazio fino ad arrivare ai 22 della Sicilia.
Per quanto concerne le cause di morte, invece, è maggiore la frequenza delle morti dirette (dovute cioè a complicazioni ostetriche) rispetto a quelle indirette (causate da complicazioni di patologie preesistenti o insorte durante la gravidanza). Emorragie, tromboembolie e disordini ipertensivi della gravidanza le prime cause di decesso.
Eventi, che sono evitabili nel 50 per cento dei casi e che lasciano quindi un abbondante margine di miglioramento, così come un ulteriore miglioramento è possibile grazie all'identificazione delle classi più a rischio: le donne con età pari o superiore a 35 anni (che presentano un rischio di mortalità doppia rispetto alle più giovani); quelle che si sottopongono a taglio cesareo (rischio triplo rispetto al parto naturale); quelle straniere e con basso grado di istruzione.

il commento
di Valeria Dubini*

I risultati dello studio devono essere ora letti con molta attenzione

La morte materna rappresenta un evento drammatico al quale non vorremmo più assistere ma che, seppure molto raramente, accade anche nei sistemi di salute più sviluppati e rappresenta un indicatore importante delle condizioni di salute e di sviluppo di un Paese.
Come per tutti gli eventi complessi la raccolta dei dati su questo fenomeno non è cosa facile, anche se rappresenta un passaggio essenziale per comprendere se ci sono degli indicatori specifici di rischio e delle condizioni di *substandard care* sulle quali è possibile intervenire.
Ben lo sanno i nostri colleghi inglesi, da sempre attenti alla comprensione dei fenomeni attraverso la raccolta e l'analisi dei dati, che da anni redigono un report triennale sulle morti materne, con modalità di rilievo delle informazioni del tutto confidenziale.
Il report, che negli anni si è rivelato uno strumento di fondamentale importanza nella direzione e nella correzione della politica sanitaria del Regno Unito in tema di tutela materno-infantile, ha evidenziato come sia difficile una raccolta dati su questi temi e come si assista ad una sottostima del fenomeno, fino ad una percentuale del 30-50%.
Anche nel nostro Paese, tentativi di raccolta confidenziale dei dati, effettuati con modalità diverse in regioni come la Lombardia e l'Emilia Romagna, sono giunti alle stesse conclusioni: è questo il motivo per cui, pur in presenza di un dato molto confortante pubblicato del tutto recentemente su *The Lancet*, che vede il nostro Paese collocarsi, con 3 morti materne ogni 100 mila nati vivi, nelle migliori posizioni anche tra i Paesi socialmente avanzati, l'Iss ha voluto promuovere un'analisi più dettagliata, con la collaborazione di 7 regioni, delle morti materne in Italia.
I risultati a cui lo studio ha portato devono essere ora letti con molta attenzione, perché il pericolo di un'informazione distorta che metta sotto accusa i nostri servizi e la nostra assistenza è sempre in agguato.
Dire infatti che i dati Istat rappresentano una sottostima del fenomeno pari al 67% e che in realtà anche nel nostro Paese la Mortalità materna rappresenta un'evenienza, seppure rara [comunque 4 volte più frequente di quanto si ricavi dai dati pubblicati sul *Lancet* (11.9 vs 3.9)] non deve creare un clima di allarme, ma anzi fare riflettere su come sia possibile, da una parte, migliorare la nostra raccolta dei dati e dall'altra lavorare nell'analisi dei dati stessi.
Ad esempio, rilevare che la mortalità materna, in accordo con la letteratura, colpisce più le donne che si sottopongono a Tc (OR= 3.1), o le donne over 35 (OR 1.9), deve fare riflettere sulla necessità di possibili correttivi che dipendono anche dell'informazione che noi siamo in grado di dare.
Ancora più determinante potrebbe essere l'analisi dei "near miss case", là dove si dimostra la presenza di grave morbilità materna nel 3.3 x mille parti con rischio aumentato di 5.3 volte nelle donne sottoposte a Tc, di 1.6 volte nelle donne immigrate, di 1.5 volte nelle donne over 35.
I Paesi che hanno istituito sistemi di sorveglianza della mortalità materna come la Francia e il Regno Unito stimano che dal 40% al 60% delle morti materne siano prevenibili mediante un'analisi delle cause ed una loro correzione: dunque la conoscenza può costituire una preziose fonte di informazioni per la qualità dell'assistenza ostetrica e per la prevenzione delle morti materne, con l'unico obiettivo di supportare gli operatori nel miglioramento dell'assistenza.

*Vicepresidente Aogoi
Componente Gruppo di lavoro mortalità materna Iss-Regioni

Un approfondimento sullo studio Cneps- Ccm
è disponibile sul sito
www.ccm-network.it/
Hanno collaborato al progetto: Serena Donati*, Sabrina Senatore*, Alessandra Ronconi* e il gruppo di lavoro mortalità materna Iss-Regioni**
* Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità
** Vittorio Basevi, Veronica Casotto, Achille Cernigliaro, Gabriella Dardanoni, Martina De Nisi, Domenico Di Lallo, Valeria Dubini, Camilla Lupi, Luisa Mondo, Silvano Piffer, Renato Pizzuti, Arianna Polo, Raffaella Rusciani, Michele Santoro, Maurizio Saporito, Daniela Spettoli, Eleonora Verdini

Millennium Development Goal n. 5: migliorare la salute materna

5 miliardi stanziati al G8 di Toronto

Ma gli obiettivi di salute per il Millennio sono ancora lontani da raggiungere e troppo spesso gli stanziamenti annunciati non sono seguiti dai fatti. Un appello della Sigo e di altre associazioni impegnate sul terreno della salute delle donne: "La pianificazione familiare è essenziale per il benessere e l'emancipazione femminili"

Ogni anno 350mila donne muoiono per cause collegate alla gravidanza e al parto. Il 99% di queste morti avviene nei Paesi in via di sviluppo per cause prevenibili facilmente e a basso costo.
La soluzione esiste: "serve un impegno condiviso da parte dei singoli Stati per creare servizi di pianificazione familiare di qualità, economicamente sostenibili, accettabili e accessibili a tutti coloro che li necessitano e li desiderano", come hanno scritto le cinque autorevoli associazioni italiane firmatarie dell'appello rivolto ai politici italiani in partenza per il G8 di Huntsville, perché "la riduzione della mortalità materno infantile diventi una priorità per i governi". Firmatari dell'appello sono stati Aidos, Amnesty International, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Save the Children e la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo).
E, stando all'annuncio del primo ministro canadese Stephen Harper, il Gruppo degli Otto effettivamente investirà in progetti e attività a favore della salute materna infantile circa 5 miliardi di dollari nei prossimi cinque anni, cui si aggiungono 2,3 miliardi stanziati da altri donatori. Una notizia positiva, ma che appare offuscata dalla denuncia di Cestas e Aidos, secondo la quale troppo spesso gli stanziamenti annunciati non hanno seguito.

Umanizzazione delle cure: il Progetto Vales

Vicino ai malati, sempre

Gli Istituti Regina Elena e San Gallicano hanno presentato nei giorni scorsi il Progetto Vales - il valore della persona. Un altro importante tassello nel percorso di umanizzazione delle cure

È una richiesta che non può essere ignorata, quella rilevata attraverso un audit condotto su pazienti degli Istituti Regina Elena e San Gallicano che stanno per essere sottoposti a un intervento chirurgico. Non essere mai lasciati soli in ospedale e, soprattutto, in quei pochi metri che costituiscono il tragitto dal reparto di degenza alla sala operatoria.

I due Istituti stanno ora cercando di rispondere alle aspettative dei pazienti con il "Progetto Vales - Il valore della persona", un'iniziativa realizzata in partnership con Johnson & Johnson Medical e che mira a personalizzare il più possibile il percorso che porta al blocco operatorio.

"Il progetto Vales – ha spiegato Francesco Bevere, direttore Generale degli Istituti Regina Elena e San Gallicano – si inserisce in un percorso complessivo di umanizzazione già consolidato e avviato da tempo dai nostri Istituti. A partire dal 2009 abbiamo avviato un processo virtuoso di evoluzione parallela tra l'impegno sempre più assiduo nelle strategie di ricerca e cura delle patologie oncologiche e dermatologiche e l'umanizzazione delle cure, ponendo la massima attenzione alla persona, alle sue esigenze e del suo contesto familiare".

Una filosofia che ha portato nel tempo a servire i pasti a orari più vicini alle normali quotidiane abitudini e con menù a scelta, a trasformare la sala prenotazioni in cinema, rendere disponibili i quotidiani al letto del paziente, offrire il corso di yoga, il laboratorio di pittura e numerose altre iniziative.

Apprezzamento per l'iniziativa è stato espresso dal ministro della Salute Ferruccio Fazio intervenuto in occasione dell'incontro di presentazione. "Dare attenzione ai bisogni complessi della persona che a un certo punto del proprio cammino incontra la difficile realtà della malattia – ha dichiarato il Ministro – è una delle sfide più complesse che il nostro sistema sanitario si trova ad affrontare quotidianamente. Per questo il sistema della cura oltre ad attivare i pur necessari mezzi della medicina tecnologica, deve allargare il proprio orizzonte a tutto ciò che aiuta la persona a trovare sostegno e orientamento ai molti bisogni che essa esprime. Il grande tema dell'umanizzazione delle cure non può essere ignorato se crediamo che al centro di ogni processo diagnostico e terapeutico debba collocarsi la persona. La grande sfida è il passaggio da questa consapevolezza della centralità del malato alla sua declinazione concreta nell'operatività quotidiana. L'autentico cambiamento organizzativo può iniziare solo dalla capacità di ascoltare la persona malata", ha aggiunto il ministro che ha precisato come sia necessario che "negli ospedali si dia sempre più spazio all'ascolto dei malati e delle loro famiglie, si verifichi insieme a loro se i nostri mezzi di cura riescono a essere di vero beneficio alla persona. La preoccupazione per il "bene" del malato – ha concluso Fazio – deve trovarci sempre disponibili al dialogo e ad aprire costantemente e con umiltà il nostro cuore al bisogno di sollievo che la tortuosa e faticosa storia di ogni malattia porta con se".

E proprio l'ascolto delle esigenze dei pazienti, attività che al momento è stata condotta in due reparti pilota degli Istituti, la Ginecologia Oncologica e la Chirurgia Toracica, è al centro del progetto che, secondo la presidente della Regione Lazio, Renata Polverini, va nella direzione giusta: quella "di rendere protagonisti i pazienti".

Ma centralità del paziente significa anche informazione: per questo "abbiamo focalizzato l'attenzione sul momento in cui il chirurgo prepara la persona all'intervento creando le condizioni affinché il consenso informato sia il più possibile personalizzato rispetto alle esigenze, anche emotive, di ogni paziente", ha illustrato Bevere. "In tal senso – ha aggiunto – stiamo promuovendo una specifica attività di addestramento per tutti coloro che, a vario titolo, entrano in contatto con il paziente nel reparto di degenza, inclusi i volontari, così numerosi presso i nostri Istituti".

Lo sportello Lilt

Nel giorno di presentazione del Progetto Vales è stato inaugurato lo sportello della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (Lilt), una postazione di circa 10 metri quadrati, collocata nell'atrio principale degli Istituti, dove un'équipe di personale altamente specializzato e qualificato sarà a disposizione del pubblico. "La Lilt ha sempre lavorato prendendosi cura della persona nella sua complessità e interezza - ha detto Francesco Schittulli, presidente della Lilt - ed è, in questo, in perfetta sintonia con lo slogan «la Persona prima di tutto» che sintetizza l'impegno di tutte le iniziative degli Istituti Regina Elena e San Gallicano per l'umanizzazione dei servizi socio-sanitari".

La persona al centro della tecnica

Mettere insieme la ricerca, la terapia delle patologie oncologiche e dermatologiche e l'umanizzazione delle cure. È questa filosofia che guida l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e l'Istituto Dermatologico San Gallicano soprattutto negli ultimi due anni secondo Francesco Bevere, direttore generale degli istituti.

"L'eccellenza – ha spiegato Bevere – non consiste soltanto nella buona pratica clinica, nella tecnologia evoluta e nella ricerca di ottima qualità, ma deve essere supportata anche da un impegno rivolto all'ascolto dei bisogni delle persone. In questo modo i nostri assistiti vengono concretamente messi al centro dei processi e dei percorsi di assistenza. Infatti nell'ambito del progetto Vales lavoriamo su due fronti: migliorando la qualità e la sicurezza delle prestazioni, attraverso la formazione continua del personale, con il risultato di offrire al paziente la garanzia di un'altissima qualità tecnico-specialistica e, nel contempo facendoci carico del disagio della persona, che non viene mai lasciata sola, a maggior ragione nei momenti delicati che precedono un intervento chirurgico".

Un momento, quello del passaggio dal reparto alla sala operatoria, cruciale, secondo Bevere: "è il momento in cui il paziente abbandona un ambiente che gli è ormai familiare e le relazioni che si sono consolidate nei primi giorni di ricovero, per avviarsi lungo un cammino che ha come punto d'arrivo la sala operatoria, uno spazio altamente tecnologico, gestito da persone che gli sono sconosciute. Questo percorso – ha aggiunto – il più delle volte comporta per il paziente dubbi e paure, anche quando il tragitto da percorrere è molto breve, come avviene nei nostri Istituti".

Una risposta a misura di paziente

La paura dell'anestesia e della "perdita completa del controllo di sé, comporta ovviamente un forte carico di angoscia", ha proseguito. "Ma la principale preoccupazione riguarda l'intervento in sé, le sue implicazioni e conseguenze. A queste sensazioni i pazienti reagiscono in modo diverso: alcuni preferiscono rimanere da soli, per concentrarsi sulle proprie emozioni. Altri invece desiderano essere accompagnati da un loro familiare lungo tutto il tragitto. Moltissimi desiderano essere informati fino in fondo, per sapere a cosa vanno incontro, oppure conoscere il team della camera operatoria che li ospiterà per l'intervento".

Ora, il progetto Vales prova a dare una risposta a questi pazienti. "Per fare sì che ogni incertezza di questi pazienti, anche se inespressa, possa trovare una risposta. In primo luogo – ha spiegato Bevere – abbiamo previsto un percorso di formazione continua per tutto il personale presente nelle camere operatorie. Questo consente il miglioramento continuo delle condizioni di qualità e di sicurezza che devono essere garantite al paziente in ogni momento della sua vita ospedaliera. Ma l'aspetto decisivo è l'informazione: non è sempre facile raccontare tutto alle persone, occorrono ragionevolezza e buon senso, ma quello che si può dire, va detto.

La Carta della Qualità in Chirurgia

Nell'ambito del Progetto Vales abbiamo aderito alla Carta della Qualità in Chirurgia, promossa da Cittadinanzattiva e da Acoi, per assicurare il rispetto dei diritti dei pazienti all'informazione, alla sicurezza e all'innovazione. Abbiamo focalizzato l'attenzione sul momento in cui il chirurgo prepara la persona all'intervento, creando le condizioni affinché il consenso informato sia il più possibile personalizzato rispetto alle esigenze di ogni paziente. In tal senso, stiamo promuovendo una specifica attività di addestramento di tutti coloro che a vario titolo entrano in contatto con il paziente nel reparto di degenza, inclusi i volontari, così numerosi presso i nostri Istituti. Inoltre, per venire incontro a un'esigenza manifestata da molti pazienti, chi deve affrontare un intervento chirurgico potrà chiedere di essere accompagnato da un familiare, sicuro che al suo risveglio sarà lì ad attenderlo e a riaccompagnarlo nel reparto di degenza. Il prossimo obiettivo – ha concluso – è di estendere questo modello anche ad altri reparti e per altri interventi diagnostico-terapeutici". Y

GYNECO AOGOI / NUMERO 6/7 - 2010

Tumori: progetto "Avis dona salute"

Nuovi test diagnostici su cancro a prostata e ovaio

di Giovanni Rodriquez

Uno studio "potenzialmente rivoluzionario", la prima ricerca scientifica sui biomarcatori tumorali condotta su soggetti sani potrebbe aprire una nuova frontiera nella prevenzione del cancro alla postata e all'ovaio

Il progetto di ricerca e prevenzione "Avis dona salute", presentato dalla Fondazione Abo, da Avis, Lilt, Siuro, Sigo e Ageo, porterà alla nascita di una biobanca con circa 1.200.000 campioni a disposizione della ricerca, e coinvolgerà 15mila donatori ai quali verranno effettuate circa 20.500 visite di check-up in 4 anni.
Tutto questo grazie ad un nuovo parametro, quello di "accelerazione", sul quale poter sviluppare nuovi test diagnostici che possano permettere una maggiore precisione ed efficienza nella lettura dei parametri della malattia. Il progetto Avis salute durerà 5 anni, 4 per la raccolta e analisi dei campioni e uno per l'elaborazione dei dati ed avrà un costo di circa 25 mln di euro, di cui la maggior parte sarà raccolta da soggetti privati. Coinvolgerà 15.000 donatori tra i 40 e i 60 anni, di cui 10.000 uomini e 5.000 donne. A tutti coloro che aderiranno al progetto sarà garantita la massima privacy, i codici verranno infatti "craccati" solo nel caso in cui i valori dei biomarcatori siano allarmanti per un possibile sviluppo di un tumore.
Al progetto ha aderito anche la Guardia di Finanza, saranno infatti 700 finanzieri, non abituali donatori, a costituire l'ulteriore panel di controllo della ricerca.
Lo studio si concentrerà sulle oscillazioni dei biomarcatori Psa per la prostata e, per l'ovaio, su CA125 e HE4. Ad oggi, nel 70% dei casi, si arriva alla diagnosi di tumore all'ovaio quando è ormai troppo tardi per intervenire. In Italia ogni anno vengono colpite 5000 donne, 2700 muoiono. Il picco di incidenza è tra i 55 e i 65 anni. La sopravvivenza nella gran parte dei casi è inferiore a 5 anni. Il tumore della prostata nell'uomo ha invece un'incidenza del 12% e rappresenta la terza causa di morte. In Italia si registrano 43.000 casi l'anno, con 9000 decessi: 24 al giorno. Ogni uomo over 45 è da considerarsi a rischio ma le probabilità di ammalarsi crescono con l'età. Eppure, solo il 22% dei maschi italiani tra i 50 e i 70 conosce il test Psa. Al contrario di quanto accade per il cancro all'ovaio, mediamente chi si ammala di tumore alla prostata ha il 70% delle possibilità di sopravvivere a 5 anni dalla diagnosi.
"Misureremo i marcatori in modo dinamico analizzando le variazioni nel tempo fra tutti i valori disponibili per ogni persona – ha spiegato Massimo Gion, direttore scientifico della Fondazione Abo. L'obiettivo è capire in che modo l'accelerazione della produzione di queste sostanze sia legata a un tumore o a un normale processo fisiologico. Se avremo i risultati sperati – ha concluso – avremo un modello da seguire per la diagnosi di molti altri tipi di tumore".
Oggi di cancro si guarisce sempre di più, a confermarlo è Francesco Schitulli, presidente nazionale Lilt, e questo soprattutto "grazie alla diagnostica e alla prevenzione. La Lilt con le sue campagne di corretta informazione su tutto il territorio nazionale ha contribuito a sensibilizzare un gran numero di cittadini. Oggi il mondo femminile – ha spiegato – è più attento alla cura della propria salute, rispetto agli uomini che invece si ammalano di più perché meno inclini a sottoporsi a controlli e a seguire un corretto stile di vita. Servono per questo campagne di coinvolgimento e informazione sempre più capillari e mirate".
L'importanza di questo progetto è stata sottolineata anche da Giorgio VIttori, presidente della Sigo, che ha evidenziato come solitamente "In Italia è sempre stato difficile portare avanti progetti di ricerca che coinvolgano una vasta popolazione per un periodo di tempo piuttosto lungo. Il progetto Avis va a colmare questo vuoto analizzando a fondo un campione così vasto. È una grandissima opportunità – ha concluso – i risultati potrebbero avere un impatto importante non solo per quanto riguarda l'aspetto diagnostico, ma anche in termini di qualità di vita e benefici economici nel poter ricevere una diagnosi precisa in tempi brevi".
Come è stato sottolineato dagli intervenuti, la diagnosi di cancro all'ovaio arriva spesso quando è troppo tardi per il fatto di non presentare sintomi particolari. Il tumore all'ovaio è una bestia nera anche per i ginecologi. Esiste il marcatore CA125, ma non è un marker specifico, e spesso viene utilizzato quando la sintomatologia è grave e il cancro avanzato. "Questa ricerca ci permetterà di dare dei valori di riferimento soprattutto per un nuovo biomarcatore: l'-HE4. Questo, a differenza del CA125, è specifico proprio per il tumore all'ovaio. Avere due marcatori da usare, di cui uno altamente specifico, è fondamentale".
Per quel che riguarda invece l'uomo, spesso "a differenza della donna si presenta solo quando ha già un problema – ha spiegato Giuseppe Martorana, presidente della Società di Urologia Oncologica (Siuro) – quando invece, con la normale prevenzione, se il cancro alla prostata viene scoperto nella fase iniziale, non solo si può guarire ma si può intervenire anche in maniera conservativa salvaguardando la funzionalità. Attualmente per la diagnosi si usa il biomarcatore Psa, un biomarcatore non specifico, che varia anche in presenza di patologie diverse dal cancro. Questa ricerca invece utilizza un metodo innovativo – ha evidenziato – è una grande opportunità per la ricerca e un'occasione importante di aumentare sensibilità e prevenzione sull'argomento".

Tumore al seno: dai MicroRna individuati marcatori di trasformazione maligna

La scoperta, pubblicata su *Science Signaling*, è il risultato della collaborazione fra il Weizmann Institute of Science di Rehovot in Israele, l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e l'Università di Oslo, Montebello

Individuati marcatori molecolari del tessuto tumorale mammario che compaiono in una fase estremamente precoce della trasformazione neoplastica del tessuto. La scoperta, pubblicata su '*Science Signaling*', è il risultato della collaborazione fra il Weizmann Institute of Science di Rehovot in Israele, l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e l'Università di Oslo, Montebello.
I marcatori tumorali precoci sono alcuni MicroRNAs (miRNA) individuati come attenuatori dei processi di oncogenesi: l'EGF (Epidermal Growth Factor), un fattore di crescita con un ruolo fondamentale nella proliferazione di cellule tumorali, riduce l'espressione dei miRNA, comportando un conseguente aumento dei geni ad attività oncogenica. Si è osservato come questo meccanismo individuato nelle cellule tumorali sia del tutto assente nel tessuto peritumorale, là dove, se anche stimolati tramite EGF, i MicroRNAs non hanno attenuato la loro espressione. È proprio la ridotta espressione di questi miRNA, dunque, a poter allarmare in maniera molto precoce su una potenziale trasformazione tumorale. "Con lo studio dei meccanismi di sviluppo dei tumori – ha evidenziato la Prof.ssa Paola Muti, direttore scientifico IRE – aspiriamo a comprenderne tutti i passaggi e le modalità di trasformazione cellulare al fine di intervenire prima che il tumore si sviluppi".
Questo lavoro, frutto della collaborazione fra i tre istituti, ha dimostrato sia che cellule mammarie stimolate con EGF attivano programmi di espressione genica anomali, come accade nel caso di tumori mammari; sia che i MicroRNAs stimolati con EGF attenuano la propria espressione genica, con la conseguente attivazioni di eventi oncogenici.
Questi risultati hanno dimostrato come i MicroRNA, piccole sequenze di RNA non codificanti, possano quindi essere regolatori dell'attività dei geni e dunque possano avere un ruolo di rilievo nella prevenzione delle formazioni tumorali. Lo studio ha comparato 2 importanti casistiche: la prima dell'Università di medicina di Oslo e la seconda dell'IRE. Nella prima casistica, l'analisi molecolare del solo tessuto canceroso del seno ha convalidato l'ipotesi che la ridotta espressione di un gruppo di miRNA indotta dal fattore EGF favoriva la crescita abnorme di cellule tumorali. Attraverso l'analisi molecolare della seconda casistica, quella che comprendeva anche lo studio sul tessuto peritumorale, si è osservato che l'alterazione dei MicroRNA prodotta dal trattamento con EGF è specifica esclusivamente del tessuto tumorale e non dunque del corrispettivo peritumorale. La scoperta, come spiegato dal dottor Giovanni Blandino dell'IRE, è state resa possibile anche grazie all'applicazione della tecnologia dei "microarray", impiegata nell'analisi dei profili d'espressione genica e di miRNA, vale a dire nella valutazione di quali geni sono "accesi" e quali "spenti" in una determinata situazione. "Questo sistema, disponibile nel nostro Laboratorio di Oncogenomica Traslazionale, permette oggi di studiare l'espressione di decine di migliaia di geni contemporaneamente e in tempi molto rapidi", ha precisato Blandino. Proprio utilizzando questo tipo di tecnologie, ora i ricercatori del Regina Elena, intendono proseguire sulla stessa linea di ricerca con l'obiettivo di identificare altri miRNA e i meccanismi molecolari responsabili della trasformazione tumorale. La casistica IRE è stata messa a disposizione dalla banca dei tessuti dell'Anatomia Patologia, curata dalla Dott.ssa Marcella Mottolese.
L'esito dello studio si è rivelato di particolare rilievo proprio perché la caratterizzazione dei meccanismi alla base della formazione tumorale è di fondamentale importanza per la prevenzione, per avere quindi la possibilità di agire prima che si verifichi il danno.

Staminali: la prima biobanca di quelle tumorali

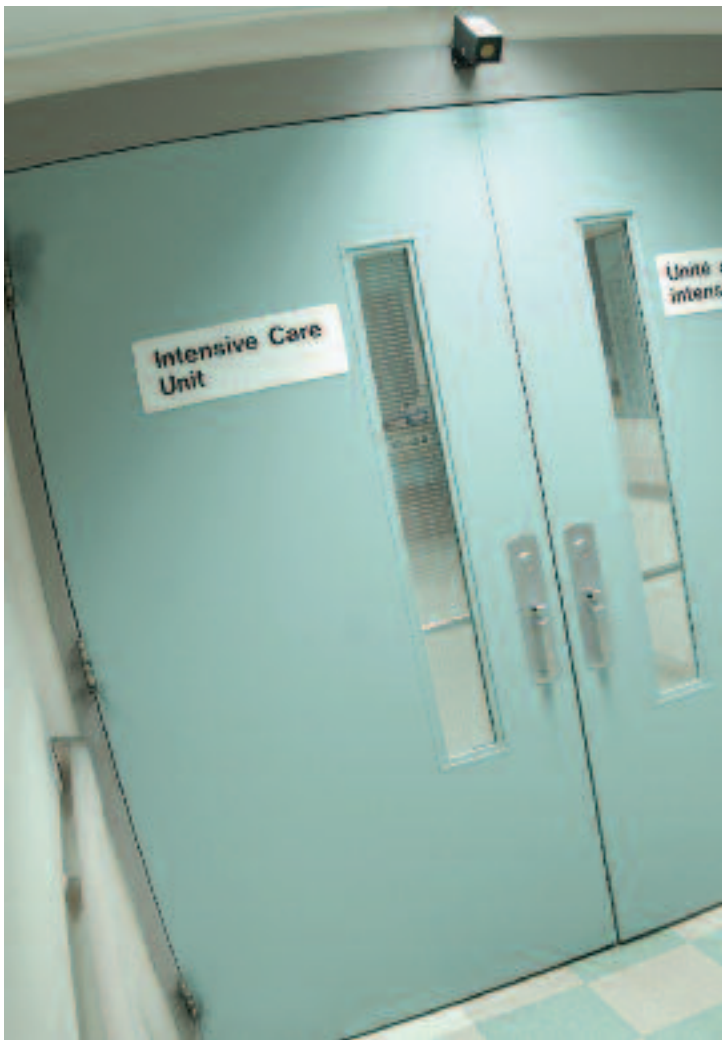
È stata istituita presso l'Istituto Superiore di Sanità la prima biobanca di cellule staminali tumorali, che permetterà di produrre e studiare i tumori dei pazienti negli animali. "In questo modo potremo validare le terapie per il trattamento dei tumori prima che arrivino alla fase clinica. I modelli finora utilizzati non sempre infatti si sono rivelati affidabili" ha affermato Ruggero De Maria, dirigente di Ricerca dell'Iss. Nella biobanca sono raccolte le cellule di oltre un centinaio di pazienti malati di tumori difficilmente o non curabili, come i bioblastomi, colon, polmone, seno, tiroide, ovaio e sarcomi. "Questa sarà la prima biobanca del genere – ha sottolineato De Maria - non solo in Italia, ma anche nel mondo, dove vi sono solo delle piccole esperienze in tale settore".

Biodiritto: (Seconda e ultima parte)

Quella sottile linea rossa

Libertà di cura e scelte di fine vita negli ordinamenti di Francia e Gran Bretagna

di Vania Cirese
Avvocato Foro di Roma



Il rifiuto alle cure

Per il risalto attribuito all'autonomia dei pazienti è ormai regola giuridica accettata nei vari ordinamenti giuridici che nessun intervento medico possa essere praticato senza il consenso del paziente, tranne in caso di urgenza, e che un adulto giuridicamente capace abbia il diritto di rifiutare le cure mediche.
Tuttavia, tale rifiuto nei vari ordinamenti (Italia, Francia, Gran Bretagna ecc.), come si è detto precedentemente, non è considerabile come diritto assoluto. Ammette eccezioni, per trattamenti sanitari obbligatori per legge e se è in gioco la vita del paziente, perché la vita è un diritto fondamentale, originario, inviolabile, sovraordinato.
Il pericolo di vita è una ragione di urgenza che scrimina la condotta del medico che intervenga senza il tempo necessario per raccogliere il consenso del paziente o in caso di rifiuto (si veda la giurisprudenza francese e italiana in tema di trasfusioni urgenti rifiutate dai testimoni di Geova). Essendo la vita un bene indisponibile (diritto fondamentale, assoluto, inviolabile), la volontà di morte del paziente sarebbe in tal caso contraria alla legge sotto il profilo penale e civile, costituzionale e internazionale pertanto non può prevalere un principio di "self determination" (autodeterminazione) incondizionato e illimitato del paziente maggiorenne giuridicamente capace, che pur riconosciuto è sottoposto a limiti. La questione è ancora più delicata nel caso di paziente incapace. Per i minori, interdetti, inabilitati, i vari ordinamenti ricorrono alla volontà del legale rappresentante, analogamente a ciò che avviene in Italia (con il tutore, curatore, amministratore di sostegno), potendosi prescindere dal consenso informato espresso dal rappresentante legale in caso d'urgenza.

DAT: i punti critici

Per le persone in stato di incapacità legale naturale/incapacità di intendere e volere, poiché è solo il rifiuto di cure (che nei vari ordinamenti deve risultare da atto sottoscritto) che deve essere rispettato quale espressione dell'autodeterminazione del paziente, si è fatto strada l'indirizzo di dare rilievo alla dichiarazione anticipata di trattamento" (DAT), l'"advance directives", "advance refusal" contro i "life-prolonging" o "life support treatments". Tuttavia le altre esperienze europee hanno sempre stabilito per la delicatezza dei casi che tale "testamento biologico" o volontà anticipata non poteva essere assolutamente provata "oralmente" o con una ricostruzione-indagine sull'effettiva volontà del paziente su base testimoniale *ex post* poiché "probatio diabolica" (impossibile). Inoltre, addirittura, le dichiarazioni rigorosamente rilasciate con atto scritto, in presenza di due testimoni, sono state abbandonate come requisito, per l'incertezza del parametro.
Le obiezioni sono state le seguenti:

- difficoltà di provare che il paziente era realmente capace (di comprendere e autodeterminarsi) relativamente a una situazione concreta, che non si era ancora realizzata nei suoi confronti e come tale non era ancora di sua diretta esperienza in ogni aspetto;
- difficoltà di provare che il paziente - ancorché avesse avuto la reale chiara rappresentazione della sua malattia in quel preciso momento storico e a quel preciso stadio (cosa di per sé impossibile) con l'apprezzamento del significato del rifiuto di cure o le conseguenze – abbia anche consapevolmente voluto rifiutare l'alimentazione e l'idratazione, non essendoci evidenza della consapevolezza della natura della scelta, attesa la sua onerosità. In altre parole si è ritenuto Oltralpe che non ci siano "advance directive" sufficientemente chiare e affidabili da costituire una direttiva di preferenza per quel tipo di morte ("*direction to be deprived of food and drink for a period of time which would lead to death by starvation*");
- il pericolo della non attualità, invalidità, incoerenza della "advance directive" di rifiuto del trattamento per prolungare la vita (refusal of life-sustaining treatment), per il rischio insito che possa non rispondere più o non del tutto all'interno volere del paziente, che si è espresso in un contesto diverso da quello affettivo e che può aver mutato la sua volontà senza consacrare per qualche motivo, il diverso interno volere, per iscritto;
- il dubbio sulla validità e attualità delle "advance decisions" ha comportato un numero rilevante di ricorsi alle autorità giudiziarie, nel conflitto tra le richieste dei familiari spesso in disaccordo sulla sorte del paziente e il dovere professionale dei medici, orientati a sospendere solo le cure costituenti inutile accanimento terapeutico;
- obiezione di coscienza dei medici;
- arbitrarietà e soggettività del criterio della dichiarazione preventiva;
- rischi e abusi (inpersonali, professionali, istituzionali, manipolazione, suggestioni, "pressioni" – da quelle domestiche a quelle "to reduce health care costs" nelle strutture ospitanti);
- difficoltà di trovare medici disposti ad adoperarsi per procurare la morte dei pazienti piuttosto che a curarli o assisterli;
- il problema se l'AMH (Artificial Nutrition and Hydration) siano trattamenti medici o piuttosto "basic care": cibo, idratazione, igiene sono considerate piuttosto trattamento assistenziale, ossia forme di sostegno vitale a prescindere dal mezzo e luogo d'erogazione (mura domestiche/familiari piuttosto che ospedali e medici).

Regno Unito: scelte di fine vita e ruolo del medico

La British Medical Association, il Royal College of Physicians e la House of Lords si sono a lungo occupati del problema esprimendo la necessità di superare dubbi e contrasti in favore del rispetto della vita fino al naturale exitus. In altre parole "*failing to provide insensate patients with basic care, such as clothes, hygiene measures, and a catheter and/or colostomy would inarguably be to treat them in an inhuman*".
La House of Lords' Select Committee on Medical Ethics ha preteso che: "*the persistent vegetative state should be defined and a code of practice developed*". Il working group del Royal College of Physicians ha prodotto linee guida sul "Permanent Vegetative State" nell'aprile 1996.
I dubbi sotto il profilo etico, giuridico e scientifico non si sono risolti e l'organo deputato all'indagine è rimasto: "intellectually and morally dubious" chiedendosi: "*Is artificial nutrition and hydration medical treatment?*" se fosse lecito "*to desist from providing at least food and basic hygiene to invalids,*" "*to cease providing care for them*" "*these invalids by breaking off human solidarity with them at its root,*" constatando che "*nurses' devoted care for them, did not humiliate or demean them or treat without respect for their value as a person*".
Si è dato sempre rilievo alla "*human solidarity between persons*" ("*why was tube-feeding not basic care*" "*Lords held that tube-feeding was part of a regime of "medical treatment and care?" "a gastrostomy tube", "clearly a medical procedure" "the insertion of a nasogastric tube is medical" as intervention had already out, but the question in such a case is why the pouring of food down the tube constitutes medical treatment. What is it supposed to be treating? An intervention typically performed by doctors, the corse of his practice, such as regarded as medical treatment, but many nurses and families regard it as ordinary care* (Bland case Frenchay Health-care NHS Trust v. S., patient in a persistent vegetative state).
Per molti ordinamenti deprivare i più vulnerabili di alimentazione e idratazione (cibo e acqua, a prescindere delle modalità di erogazione) costituirebbe sottoposizione a trattamento disumano e degradante e perciò illecito e contrario alle convenzioni europee-internazionali oltre che condotta penalmente rilevante.
Dopo alcuni casi inquietanti di genitori che rifiutavano cure e trattamenti per minori disabili (vite "diminuite o inutili"), si è aperta la delicata problematica di evitare il rilascio di "licenze di uccidere", rimettendo al me-

ro arbitrio del legale rappresentante la sospensione di cure o il dissenso a trattamenti chirurgici salva-vita (*vedi box a fianco*).
Per dirimere i contrasti etici, scientifici e giuridici, la Gran Bretagna ha pertanto preferito ricorrere al criterio del "best interest" del paziente che deve essere valutato dal medico, nella sua posizione di garante del bene salute del paziente, secondo le linee guida del General Medical Council. Il medico decide, tenendo conto dell'imminenza o meno delle morte, dei benefici, degli oneri e rischi, della minore sofferenza del paziente e il suo maggiore beneficio, se iniziare o meno, ovvero sospendere, la terapia inclusa la nutrizione/idratazione del paziente in relazione alla severità della malattia e la prognosi. In altre parole sia le cure mediche, sia l'idratazione, alimentazione artificiale che comunque non sono considerate strettamente trattamento medico, seppur erogate in ospedale, saranno erogate, secondo protocolli validati, se costituiscono e fino e quando costituiscono il "best interest" del paziente e se non gli causano sofferenza inutile. La co-decisione è rimessa al medico (anzi collegialmente ai medici) di concerto con il legale rappresentante o fiduciario nominato dal paziente incapace. Il Mental Capacity Act del 2005 (che ha rifiutato l'eutanasia) ha stabilito che nella "*determination relates to life sustaining*," se il trattamento "*is in the best interest of the person concerned*" colui che decide non deve essere mosso dall'interesse di procurare la morte "*the decision-maker must be motivate by the desire to relieve and not to bring about patient's death*", con ciò delineando una doverosità e un limite invalicabile. Non è di poco conto che il Mental Capacity Act si rivolga al medico, che deve essere animato dal desiderio (finalità) di eliminare il dolore, la sofferenza, non di procurare la morte del paziente (finalità che deve essere la stessa del legale rappresentante).

Cosa prevede l'ordinamento francese

La centralità del ruolo del medico, in grado di valutare la situazione sotto il profilo clinico-prognostico e delle sofferenze del paziente, anche per la sua posizione di garanzia (e le responsabilità che lo espongono in prima persona davanti alle autorità giudiziarie) è riconfermato nell'ordinamento francese che nel "Code de la santé publique" ha accuratamente disciplinato il consenso informato, assolutamente necessario per gli interventi di elezione, stabilendo che non è richiesto in caso di urgenza. Imporre un trattamento al paziente senza il suo consenso è una violazione della libertà, diritto fondamentale, autodeterminazione del paziente, salvo che sia in gioco la vita (bene inviolabile e indisponibile di cui né il medico, né il paziente, né i suoi familiari o legali rappresentanti possono disporre illimitatamente e arbitrariamente).
In linea generale l'obbligo del medico di salvare la vita del paziente prevale sul rispetto della volontà del malato e ciò non costituisce trattamento disumano, degradante o privazione del diritto alla libertà (art. 3/5 conv. EDH). Così si esprime il legislatore francese:
"…Per i minori, gli inabilitati soccorrono gli istituti di protezione degli incapaci. I ricoverati possono nominare un fiduciario che agirà quale rappresentante nell'eventualità di loro impossibilità a rilasciare un consenso informato per condizioni fisiche o psichiche durante il ricovero. (...) Il rifiuto di cure da parte del legale rappresentante che risulti di grave pregiudizio alla salute del paziente legittima il medico a praticare le cure" (art. 1111-4; 1111-6) codice francese.

Italia: la terapia del dolore è legge

Sulla scia di molti Paesi dell'Ue, i più recenti sviluppi riguardanti la protezione della vita quale valore dell'umanità postulano strumenti normativi adeguati anche nel nostro ordinamento. È necessario dedicare uno spazio autonomo in materia di terapia del dolore al fine di migliorare la condizione dei malati; risulta indispensabile riconoscere nel modo più ampio i diritti a tutela e promozione della vita fino al suo termine e istituire organi che assicurino un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia. Finalmente, dopo numerose proposte legislative, tutte queste istanze trovano oggi risposta adeguata nella legge n. 38 del 15 marzo 2010, recante Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore (G.U. Serie Generale n. 65 del 19 marzo 2010).
In osservanza dell'intervento legislativo le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore dovranno assicurare "il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana" senza alcuna discriminazione (art.1), garantire interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali non solo al malato, ma anche alla sua famiglia; elaborare percorsi personalizzati per la soppressione o il controllo del dolore (art. 2). Saranno programmati interventi regionali e nazionali (art. 5) di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e assistenziale con possibilità di prestarli: a domicilio, su indicazione del medico di medicina generale in accordo con l'equipe specialistica in cure palliative, in "hospice o day hospice" erogati da equipe multidisciplinari, nonché con ricoveri ordinari nel rispetto delle linea guida concertate dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze (art. 3). Inoltre, verranno realizzate campagne istituzionali di comunicazione e promozione sulla rilevanza delle cure palliative e la terapia del dolore: il cittadino sarà informato sulle modalità e i criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza (art. 4).
Nota l'importanza della materia, la legge prevede l'obbligatorietà di percorsi di formazione e aggiornamento multidisciplinari e multiprofessionali al fine di individuare le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo (art. 5 e 8). Il ministero della Salute provvederà a sostenere il progetto "Ospedale-Territorio senza dolore" come previsto dall'accordo Stato-regioni 24.5.2001 (art. 6), nonché a monitorare i dati relativi alla prescrizione e all'utilizzazione di farmaci nelle terapie del dolore; lo sviluppo della rete, anche con riferimento al livello di integrazione delle strutture che ne fanno parte; le prestazioni erogate e gli esiti delle stesse, attraverso l'analisi qualitativa e quantitativa dell'attività delle strutture ecc. (art. 9) su cui sarà chiamato a riferire annualmente al Parlamento (art. 11).

L'ORIENTAMENTO A TUTELA DELLA VITA è sancito a livello europeo e internazionale e non certo solo in Italia. Ecco cosa prevedono gli ordinamenti di Gran Bretagna e Francia riguardo al rifiuto alle cure mediche

GB. "Competent adult patients have the right to refuse medical treatment even if their refusal will lead to their death, althought the right is not absolute (principle of self determination)..."
Francia. "Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence. Dans le cas où le refus d'un traitement par la persone titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensabile".

IDRATAZIONE E ALIMENTAZIONE

Condotta medica e conseguenze penali

"A patient dies following the refusal of nutrition or hydration. The most satisfactory way in which the legal principles regarding liability for assisted suicide and the refusal of treatment can be reconciled is for the court to take a broad view of the patient's right to refuse treatment so that the withholding or withdrawal of treatment perfomed in recognition of that right is exempt from criminal liability even though the legal requirementes for estabilishing liability for assisted suicide against the doctor may be present.
If a doctor withdraws life-sustaining treatment knowing that this will lead to their patient's death, might they additionally satisfy both the actus reus and the mens rea of murder? If a withdrawwal of medical treatment is done with the knowledge that it will cause the patient's death, then the patient's death, then the patient's consent to the doctor's action is irrilevant and the doctor may be guilty of murder. In order to avoid this conclusion, the withdrawal of medical treatment is commonly described an omission rather than an action.
It is, nevertheless, still possibile to commit murder by omission. Failing to provide a patient with life-sustaining treatment could satisfy both the actus reus and the mens rea for murder.
An omission can only constitute the actus reus of murder if the defendant was under a duty to act. So if a child dies because their doctor has withheld or withdrawn treatment that they were under a duty to provide, criminal charges are possibile.
A number of serius criticisms can be made of this reasoning. The first concerns the distinction drawn by the judge between allowing the child to die, allowing nature to take its course, and doing some positive act to bring about its death. Whether a child should be provided with life-prolonging treatment might come before the court. The parents might refuse to consent to a procedure which is necessary to save a child's life.

di Gioacchino Gonzales*

Contenzioso medico legale

Il consenso informato in Isteroscopia

"Il grande errore del nostro tempo è che i medici separano l'anima dal corpo"
Platone

Il progresso tecnologico in campo medico ha determinato un aumento delle aspettative e delle richieste sanitarie da parte della società, spesso senza un coinvolgimento del paziente, "oggetto" del trattamento medico. Il paziente, non sentendosi spesso coinvolto nelle decisioni terapeutiche, comincia a rivendicare il suo essere "soggetto" di diritto, così come già sancito nella nostra Costituzione dall'art. 32 ("nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario … se non per disposizioni di legge…") e dall'art. 13 ("La libertà individuale è inviolabile.. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone…"). Il concetto del "consenso all'atto medico dopo informazione", cioè di "consenso informato" (informed consent) nasce negli Stati Uniti negli anni '50. Una donna denunciava il chirurgo per non averla informata di una possibile complicanza, in cui lei era sfortunatamente incorsa. Le pronunce della Corte di Cassazione, in tema di consenso, già nel 1967 (sentenza n. 1950 del 25 luglio 1967) e nel 1975 (sentenza n. 2439 del 18 giugno 1975) affermano il diritto del paziente a partecipare alle scelte terapeutiche, ma solo nel 1985 qualificano come necessariamente "informato" il consenso, considerato che là "ove il chirurgo non abbia correttamente informato il paziente in modo chiaro e certo sull'effettivo risultato dell'intervento si prospetta ... una responsabilità dell'operatore per i danni patiti dall'assistito". Nel nostro Paese, pur se non sussiste una legislazione specifica in materia e non esiste obbligo giuridico di forma scritta del consenso, fatta eccezione per la trasfusione (legge n. 107 del 4.05.1990) che impone al medico consenso informato scritto del ricevente, è da considerare pratica accettata poiché recepita in sentenze della Corte di Cassazione, nel documento del Comitato Nazionale per la Bioetica (1992) e non in ultimo nel Codice di Deontologia Medica (1998). Dalla 'storica' sentenza Massimo (Cass. Aprile 1992) che condannava il medico per omicidio preterintenzionale poiché aveva eseguito un intervento più cruento del previsto, senza averne ricevuto consenso, e aveva causato la morte della paziente, la giurisprudenza ha fatto notevoli passi rivedendo i propri assunti (vedi box alla pagina seguente). Diverse le pronunce della Corte di Cassazione (Sez. III, Civ. n. 364, gennaio 1997; Sez. II, Civ. n. 17157, agosto 2007; n. 24791, ottobre 2008) in tema di consenso che in vario modo ribadiscono l'obbligo per il medico alla informazione su rischi, vantaggi dell'intervento ma anche sulle alternative terapeutiche. Insomma, come ricorda la Cassazione civile nella sentenza n. 2468 del 30/01/2009, il paziente ha sempre il diritto sia di esserne informato, sia di rifiutare il trattamento e tale diritto può venir meno solo nel caso in cui vi sia necessità di intervenire e il paziente non sia in grado di esprimere il proprio consenso, oppure quando vi siano preminenti esigenze di interesse pubblico, come per esempio la necessità di prevenire un contagio.

Requisiti dell'informazione e limiti del consenso

Il consenso del paziente all'atto medico continua ad essere al centro di dibattiti e controversie tra giuristi ed esperti di medicina legale, ma occorre cercare di delineare possibili requisiti e nello stesso tempo i suoi limiti. Premesso che non esiste un consenso senza informazione, e che non v'è obbligo ad un consenso scritto, si può far uso di schemi o disegni, in modo da essere il più possibile semplici e chiari per trasmettere informazioni alla paziente, tenendo in debito conto anche il suo grado culturale. È comprensibile che il nostro linguaggio tecnico, che a noi è familiare, o "ovvio" sia per la paziente un lessico estraneo. Nel caso di contenzioso, un consenso scritto, magari di proprio pugno, può documentare che si è impiegato del tempo per una informazione ed un relativo consenso; meglio se si evince che tale informazione è specifica al caso, che si sono poi poste opzioni terapeutiche, là ove sussistano. Spetta al medico, in caso di contenzioso, l'onere di dimostrare che l'informazione è avvenuta, in modo chiaro e corretto; da qui l'opportunità di trascrivere in cartella le comunicazioni fatte alla paziente e le relative informazioni date. Ovviamente tutto ciò ha dei limiti, delle difficoltà; si pensi ad esempio al paziente analfabeta, o di basso quoziente intellettivo, o malato di mente, casi nei quali si tratta probabilmente di individuare il soggetto più idoneo o istituzionalmente deputato a prendere la decisione in loro luogo e nei quali si pone il delicato problema se dover pur tuttavia ascoltarne e prenderne in considerazione l'opinione, anche se non come insindacabile decisione, come invece deve accadere per le persone autonome nella loro libera capacità di adesione all'atto medico. Schematicamente i punti essenziali che un consenso informato deve contemplare sono:

- Indicazione e controindicazioni (all'intervento)
- Rischi ed effetti collaterali (connessi all'intervento)
- Complicanze (con relativa percentuale)
- Possibile modifica dell'intervento
- Alternative terapeutiche.

Il consenso informato in isteroscopia

Tutto quanto sin qui esposto può essere riferito alle varie applicazioni della medicina, fermo restando le specifiche e le peculiarità specialistiche. In isteroscopia, nella fattispecie occorre fare una precisazione distinguendo una isteroscopia ambulatoriale senza anestesia (*outpatient hysteroscopy*) ed una in narcosi (*inpatient hysteroscopy*). L'isteroscopia diagnostica è tecnica ambulatoriale eseguibile cioè in ambulatorio/studio medico; l'isteroscopia chirurgica office (*office surgery hysteroscopy*) che è anch'essa tecnica ambulatoriale, consente invece una chirurgia (polipectomia, sinechiolisi, miomectomia) eseguibile in tempi tollerabili per la paziente e deve essere effettuata in ambulatorio chirurgico. Entrambe, la diagnostica e la chirurgia office, comunque senza l'ausilio della narcosi; anche se una certa percentuale (1-5%) di isteroscopie diagnostiche, non effettuabili ambulatoriamente, vengono eseguite in narcosi. La patologia endocavitaria maggiore è invece trattata in sala operatoria e in narcosi e si definisce isteroscopia chirurgica o resettoscopia (in quanto prevede l'impiego del resettoscopio). È importante fare questa premessa, poiché a seconda della procedura utilizzata, vi sono differenze sulla informazione da dare, sul relativo consenso all'esame o intervento isteroscopico, e quindi possono esservi diverse ripercussioni medico-legali. In isteroscopia ambulatoriale, l'operatore che deve eseguire l'isteroscopia, dopo aver acquisito l'anamnesi della paziente, esaminato l'ecografia ed il quesito clinico con l'indicazione all'esame isteroscopico, deve instaurare un rapporto personale con la paziente stessa, attraverso un colloquio informativo ed esplicativo. Tale colloquio è importante che avvenga in una stanza senza che la paziente veda lo strumentario o peggio ancora informarla mentre si assembla l'isteroscopio! Occorre spiegare l'utilità della metodica, illustrando alla paziente che l'esame potrà dare utili informazioni per giungere ad una diagnosi definitiva e ad un trattamento adeguato e specifico. Un consenso prestampato può aiutarci come guida per il colloquio, come promemoria. Si informerà sull'utilizzo del mezzo di distensione (gas o liquido), dell'eventuale discomfort, delle complicanze ed effetti collaterali. Occorrerà dunque spiegare che tale mezzo di distensione consentirà di visualizzare la cavità dell'utero e porre diagnosi – diagnosi che talvolta necessita di un supporto istologico dato dal prelievo di tessuto. È molto utile colloquiare sempre con la paziente, anche durante l'esecuzione dell'esame, 'step by step', rendendola partecipe ed illustrando i quadri che anch'essa potrà visualizzare sul monitor. L'esame ambulatoriale ha il vantaggio che la paziente è sveglia e può intervenire dando il suo consenso, se si deve effettuare una procedura non preventivata o non esplicitata durante il colloquio informativo. Se si esegue una biopsia non prevista o se si intende procedere ad un intervento operativo ambulatoriale che può richiedere anche qualche decina di minuti, si informerà la paziente, ricevendone il consenso in tempo reale. In ogni caso si potrà interrompere la procedura trattandosi di esame ambulatoriale; cosa ben diversa invece, se la paziente è in narcosi. Qui sta la differenza. Nel caso infatti si effettui una isteroscopia in narcosi (sia essa diagnostica che chirurgica) può capitare di incorrere in una patologia che potrebbe richiedere di modificare l'intervento, così come prefissato con la paziente in base ai dati in nostro possesso, prima dell'intervento stesso, per cui la paziente era stata sottoposta a narcosi. Il chirurgo è tenuto a rinviare l'in-

tervento? Se possibile è bene rinviarlo, se non si è in possesso del relativo consenso, a meno che non si tratti di intervento urgente, non procastinabile. Ad esempio una poliposi endometriale: se durante la procedura di asportazione di più polipi volessimo procedere ad una ablazione che, come sappiamo, comporta non solo più rischi e complicanze ma è un intervento con conseguenze ben precise (dalla ipoamenorrea alla amenorrea ed alla perdita della fertilità), per le quali non abbiamo ricevuto il consenso, allora non siamo tenuti ad eseguirlo, rinviandolo ad un secondo intervento dopo avere informato la paziente. In chirurgia resettoscopica, la paziente è in narcosi e il colloquio informativo deve basarsi sulle informazioni avute dalla ecografia e dalla isteroscopia diagnostica (cioè dalla valutazione pre-chirurgica). L'operatore deve assicurarsi che la paziente sia stata adeguatamente informata circa l'indicazione all'intervento, complicanze e rischi. Dunque le informazioni devono essere dettagliate prima dell'intervento e caso specifiche, a seconda della paziente e della patologia da affrontare. Occorre informare che la procedura prevede la necessità di dilatare il collo dell'utero, dell'impiego di corrente elettrica, delle complicanze possibili, fornendo le percentuali, senza creare allarmismi. Occorre elencare la perforazione uterina, la lacerazione cervicale, l'emorragia, il danno termico, le infezioni, le sinechie postchirurgiche, la sindrome da intravasazione (ove vi sia tale rischio), la perforazione. A tal proposito occorre chiarire che nel caso di intervento a rischio per sindrome da intravasazione, qualora la quantità di liquido passato nel circolo raggiunga il limite soglia, sarà necessario sospendere l'intervento e rinviarlo (intervento in due tempi). Da come si evince, essendo possibile che si dimentichi qualche informazione, uno schema può essere utile, ma solo con il fine di avere un pro-memoria e non un elenco formale sotto cui fare porre una firma.

Quali informazioni dare alla paziente?

Oltre le informazioni relative alla tecnica di esecuzione ed alle complicanze, occorre dare informazioni specifiche a seconda della patologia trattata. Riassumiamoli brevemente. Per il **polipo** valgono quelle generali. Nel caso di **utero setto**, l'obiettivo è la resezione del setto ed il recupero della migliore morfologia della cavità uterina. Pertanto l'opportunità del tempo laparoscopico prima della resettoscopia per la sicura valutazione del fondo uterino; occorre quindi informare la paziente che ciò consente un intervento resettoscopico 'modulato' a seconda del fondo dell'utero, e che per mantenere un idoneo spessore della parete uterina, è possibile che rimanga uno sperone fundico. In tal caso torna quanto mai utile un disegno o una figura delle possibili varianti.

Nel caso di **mioma sottomucoso** G2, la possibilità di un intervento in due tempi. E nel caso di miomi multipli contrapposti, la possibilità di sinechie postchirurgiche. Nel caso di **sinechie**, la possibilità di ripetere l'intervento, non essendo certi che un solo intervento sia risolutivo; le complicanze specifiche di lesione di residue isole endometriali, l'elevata probabilità di recidiva e non raggiungimento dell'obiettivo, un maggior rischio di perforazione.

Nel caso di **ablazione endometriale**, occorre informare la paziente che l'obiettivo è la rimozione dell'endometrio per risolvere il sintomo metrorragia, ma è possibile che si abbiano esiti differenti che vanno dalla eumenorrea, alla ipomenorrea, o più raramente alla amenorrea, considerati comunque esiti positivi; mentre è possibile un fallimento dell'intervento e che l'insuccesso va dal 5% al 10%. Ed ancora informare che l'ablazione, pur determinando la perdita di fertilità, non esclude la possibilità di impianto del prodotto del concepimento e che è possibile la complicanza della ematometra. Ribadiamo ancora quanto sia utile scrivere di proprio pugno delle annotazioni caso-specifiche, da cui si evinca il colloquio avuto con la paziente, anche per nostra memoria oltre che per convalidare, nel caso di contenzioso, che c'è stato un colloquio informativo.

Un'informazione "su misura"

È ormai appurato che bisogna ricorrere al consenso informato prima di ogni nostra procedura, nella fattispecie in isteroscopia, sia nell'esame isteroscopico diagnostico, che nella isteroscopia chirurgica ambulatoriale che nella resettoscopia. In isteroscopia bisogna tenere in debito conto l'estrema importanza che riveste l'indicazione alla procedura (sia essa diagnostica che chirurgica) e la valutazione prechirurgica nella fattispecie in resettoscopia. Nel caso di un intervento ambulatoriale, ad esempio, la procedura può interrompersi se abbiamo affrontato una patologia di dimensioni superiori alle indicazioni, per inesperienza dell'operatore, o per il prolungarsi dei tempi e/o la non accettabilità della paziente. Certamente, secondo la nostra esperienza, tali valutazioni derivano dalla capacità di dare giusto peso e valore a ciascuna delle tecniche (chirurgia office/resettoscopia), diverse tra loro, ma con specifiche indicazioni e tecnica chirurgica. Si pongono quindi ardui e complessi quesiti per gli eventuali risvolti medico-legali qualora vi sia stata una erronea valutazione prechirurgica, una conseguente inadeguata informazione e dunque un incompleto consenso. Santosuosso scrive che malgrado non sussista un obbligo giuridico di forma scritta del consenso, "dal punto di vista etico è essenziale l'effettività dell'informazione e del consenso, non la sua forma; dal punto di vista giuridico il medico può provare con ogni mezzo di aver provato e di aver avuto il consenso"… sicché "raccogliere il consenso in forma scritta.. risponde ad una legittima cautela del medico di predisporre una documentazione, che possa facilitare il suo onere probatorio nel caso di eventuali contestazioni giudiziarie". L'obiettivo deve essere quello di un effettivo coinvolgimento della paziente che se adeguatamente informata, soddisfatta del rapporto creatosi col sanitario, segue più volentieri di quella male-informata le sue prescrizioni. D'altra parte, ciò non sembra che assicuri il medico contro il rischio di trovarsi in una aula di tribunale. Ricordiamoci che il rapporto medico-paziente è dal punto di vista giuridico un vero e proprio contratto denominato "contratto d'opera" e regolato dagli art. 2222 e seg del Codice Civile.

Il medico pertanto è tenuto a fornire all'assistito le informazioni e le delucidazioni relative alla patologia di cui è affetto e nel farlo deve tenere presente il grado di cultura del paziente, il che lo obbliga a comunicare con un linguaggio facilmente accessibile. Ma il consenso informato presuppone qualcosa di più: l'informazione si deve concretare in un'approfondita e dettagliata descrizione della malattia e della terapia praticabile, nonché delle terapie alternative e delle conseguenze possibili e probabili che possono derivare dall'attività terapeutica che sarà praticata. Spetta al medico provare l'avvenuta prestazione del consenso. O, ancora meglio, il medico deve provare di aver fornito una corretta informazione. La Corte di Cassazione Civile (Sez III, n.7027 del 23.5.2001) ha affermato che la violazione del dovere di informazione dà luogo a un'ipotesi di inadempimento contrattuale. Mentre il paziente-cliente deve provare il fatto (cioè d'essere stato operato da quel chirurgo e di avere avuto un effetto peggiorativo), spetta al medico dimostrare di aver informato adeguatamente sul trattamento che era in procinto di eseguire, dunque la cartella clinica può essere quell'atto che può adempiere a ciò, ovvero deve avere requisiti di chiarezza e puntualità nella compilazioni ed indicare le comunicazioni fatte al paziente. Non è sufficiente una testimonianza dell'infermiere o di altro testimone, poiché col tempo i ricordi si sbiadiscono, è più importante che il medico scriva di aver informato il paziente e scriva il contenuto dell'informazione, anche relativamente a rischi e complicanze. Dobbiamo tener sempre presente i desiderata della nostra paziente, cercando di rendere semplice l'informazione, tenendo conto, come già ripetutamente detto, del suo grado di istruzione. Si ribadisce comunque che l'informazione deve precedere con l'acquisizione del consenso, e che la puntuale informazione fornita nella fase prechirurgica può costituire sicuramente un elemento probatorio da fornire al giudice in caso di contenzioso, e il fatto d'essere scritto, rimane a tale prova. Certamente in alcuni casi la possibilità di informare ed ottenere un conseguente consenso è "limitata ed esclusa dalla particolare situazione del soggetto che deve esprimere il consenso e dal particolare oggetto di questo", ma l'intervento del medico deve essere proprio quello di chi applica le proprie conoscenze scientifiche, mettendole al servizio di "quel" malato e non della malattia. Così facendo il consenso informato, lungi dall'essere una pura formalità o un atto protettivo di salvaguardia per il medico, deve essere considerato uno strumento di dialogo medico-paziente e come tale deve essere inserito nella nostra pratica quotidiana.

** U.O. Ginecologia Oncologica - Dipartimento di Oncologia Dir. Resp. dott. P. Musso ARNAS - Ospedale Civico e Benfratelli, Palermo*

Informazione e consenso nella Giurisprudenza italiana

Di seguito alcuni passi salienti tratti dalla sentenza Massimo della Corte d'assise di Firenze, da un documento del Comitato Nazionale per la Bioetica e dal Codice di Deontologia Medica del 3 ottobre 1998

- **"La salute non è un bene che possa essere imposto coattivamente al soggetto interessato dal volere o, peggio, dall'arbitrio altrui, ma deve fondarsi esclusivamente sulla volontà dell'avente diritto, trattandosi di una scelta che (…) riguarda la qualità della vita e che pertanto lui e lui solo può legittimamente fare."** *(Il cosiddetto caso Massimo: sentenza della Corte d'Assise di Firenze del 1990).*
- **"Al centro dell'attività medico-chirurgica si colloca il principio del consenso informato, il quale esprime una scelta di valore nel concepire il rapporto tra medico e paziente, nel senso che detto rapporto appare fondato prima sui diritti del paziente che sui doveri del medico. Sicchè sono da ritenere illegittimi i trattamenti sanitari extraconsensuali, non sussistendo un dovere di curarsi". (***Da un documento sul consenso informato del Comitato Nazionale per la Bioetica del 1992***)**
- **"Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche (…) il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche";**
  "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente. Il consenso, espresso in forma scritta, nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona".
  (artt. 30 e 32 del Codice di Deontologia Medica, che dedica un intero capitolo ad Informazione e consenso)

Per saperne di più

- Barni M., Santosuosso A Il rapporto medico paziente nel diritto e nella giurisprudenza Guida all'esercizio professionale per medici chirurghi ed odontoiatri. Ed medico scientifiche Torino 1999
- Barni M. L'atto medico e la sua giustificazione giuridica Toscana Medica 10: 5-7 dicembre 1992
- Canavacci L. I confini del consenso: un'indagine sui limiti e l'efficacia del consenso informato. C.G. Ed. medico scientifiche 1999
- Cirese V. Cade la centralità del consenso. *GynecoAogoi*, n. 4/5 - 2009
- Gonzales G. Il consenso informato in Endoscopia ginecologica GynecoAogoi, n.9/10, 2000
- Gonzales G. Il counselling in Endoscopia ginecologica: dall'informazione all'autodeterminazione. Giorn. Ital. Endoscopia. Ginecologica., Anno II – n.3 , 2002
- Mazzon I Consenso informato. In Mazzon I. Chirurgia resettoscopica ginecologica UTET, 1997
- Marcon G, Ciufredda M. Il paziente : aspettative , informazione ed educazione Professione Sanità pubblica e medicina pratica,7:39-42, gennaio 2000, C.G. Ed Medico scientifiche
- Palmieri D. Intervento necessario: nessun reato. *GynecoAogoi*, n. 4/5 - 2009 -
- Rodotà S. Una formula ambigua: il consenso " informato ", pag 240 in Repertorio di fine secolo Ed Laterza, 1999
- Santosuosso A. Il consenso informato: questioni di principio e regole specifiche. in Santosuosso A. Il consenso informato tra giustificazione per il medico e diritto del paziente. Raffaello Cortina Ed 1996
- Serra GB. Consenso informato:Nuova etica del rapporto ginecologo-paziente. In Serra GB. Il ginecologo oggi: etica e responsabilità. Hippocrates Ed. medico-scientifiche 1995
- Tropea PF. Il consenso informato: espressione di volontà o documento burocratico? Ginecorama anno XXX, n. 1 – febbraio 2008

Responsabilità professionale

La perdita di chance per omessa diagnosi medica

di Pier Francesco Tropea

Lo spunto per una riflessione su questa problematica ci viene fornito da una lettura di una sentenza della Suprema Corte di Cassazione del settembre 2008, riguardante un caso di omessa diagnosi di tumore maligno in fase avanzata, cui ha fatto seguito la morte della paziente

In tema di responsabilità medica, l'accertamento della colpa da parte del Giudice non riguarda tanto l'evidenza di un intervento chirurgico (nel qual caso si può agevolmente pervenire ad una affermazione della responsabilità sanitaria solo che si dimostri il nesso causale tra condotta medica e danno), quanto l'omissione del medico relativa ad un intervento che avrebbe, con probabilità vicina alla certezza, scongiurato l'evento dannoso per il paziente. È evidente che quest'ultima ipotesi concerne i quadri morbosi nei quali l'opera del medico, ove correttamente praticata in termini di competenza e tempestività, conduce all'eliminazione della patologia intercorrente e quindi alla guarigione del malato. Di più complessa valutazione è viceversa il caso di un evento morboso di particolare gravità, ad esito sicuramente sfavorevole alla luce delle comuni conoscenze scientifiche, evenienza nella quale il trattamento terapeutico medico e/o chirurgico può soltanto migliorare il decorso della malattia, ma non impedirne l'evoluzione progressiva fino all'exitus del paziente. In tali casi può risultare arduo stabilire se l'omesso intervento medico avrebbe condotto, ove fosse stato attuato, un miglioramento sia pure temporaneo del quadro morboso, incidendo favorevolmente sulla qualità della vita residua del malato. Il paradigma di questa evenienza è rappresentato dalla patologia tumorale maligna, ove lo stato avanzato della malattia configuri l'irreversibilità del quadro clinico e quindi l'impossibilità del pieno recupero del malato. In questo caso, se si è chiamati a giudicare l'intervento del medico, attuato o omesso, chiunque è portato ad attribuire scarsa rilevanza all'operato del sanitario, stante l'esito sfavorevole della malattia, valutabile in termini di certezza sotto il profilo prognostico. Viceversa, la questione esaminata in chiave giuridica presenta aspetti di più sottile interpretazione, che meritano di essere analizzati al fine di suggerire al medico le norme comportamentali da adottare in simili circostanze, evitando così di assumere decisioni terapeutiche censurabili.

Il caso

Lo spunto per una messa a punto di tale problematica ci viene fornito da una lettura di una sentenza della Suprema Corte di Cassazione (Cass. Civ. sez. IIIa n. 23846, settembre 2008) concernente un caso di omessa diagnosi di tumore maligno in fase avanzata, cui ha fatto seguito la morte della paziente, peraltro sottoposta ad un tardivo intervento chirurgico, resosi necessario per rimuovere una sopravvenuta occlusione intestinale. Nel giudizio del I grado acceso dagli eredi della paziente deceduta, il Tribunale rigetta la domanda risarcitoria, giudicando che, indipendentemente dall'errore dei medici consistente nella mancata diagnosi della patologia neoplastica, l'omissione diagnostica non aveva assunto alcun rilievo sulle condizioni di salute della paziente, il cui aggravamento era sostanzialmente attribuibile all'irreversibilità della patologia di cui la paziente stessa risultava portatrice.
Ad analogo orientamento era successivamente pervenuta la Corte d'Appello che aveva rigettato la domanda dì parte attrice, compensando le spese processuali. La Corte di Cassazione, nell'accogliere il ricorso presentato dagli eredi della paziente, ha emesso una sentenza che, per l'originalità delle tesi giuridiche prospettate, merita dì essere illustrata e commentata. Innanzitutto viene correttamente sottolineato che, in casi del genere, non è sostenibile l'esistenza di un nesso di causalità tra il ritardo nella formulazione della diagnosi e l'exitus dell'ammalata, dato che la gravità e l'irreversibilità della patologia neoplastica presentata dalla paziente avrebbero in ogni caso condotto la predetta all'exitus, anche in assenza del ritardo diagnostico contestato al medico dalla paziente consultato. I giudici invece individuano nella suddetta omissione il fattore causale che ha condotto ad una serie di danni meritevoli di considerazione sotto il profilo risarcitorio. Una prima ipotesi di danno è quella relativa alla possibilità che un intervento più tempestivo di quanto in realtà sia avvenuto a causa della ritardata diagnosi possa ritardare (in questo caso non certamente impedire) il decorso sfavorevole della malattia, con conseguente, temporaneo vantaggio per la paziente in termini di sopravvivenza. La seconda, e più importante tipologia di danno risarcibile, consiste nella cosiddetta "perdita di chance" sofferta dal malato come conseguenza dell'atteggiamento colposo del medico. In concreto, l'errore del medico fa perdere al paziente la chance di migliorare temporaneamente la propria qualità di vita, effetto ottenibile nella pratica clinica con l'adozione di trattamenti anche palliativi. Sostanzialmente, si può concretizzare nel malato la perdita di una doppia chance, costituite, l'una dalla possibilità di un miglioramento temporaneo delle condizioni di vita e l'altra da un prolungamento, sia pure breve, della sopravvivenza, il tutto indotto da quel trattamento terapeutico tempestivo che l'omissione del medico ha impedito di attuare. Inoltre, il ritardato intervento sanitario impedisce di fatto al paziente di disporre di un maggior lasso di tempo per prendere importanti decisioni concernenti la propria situazione patrimoniale ed affettiva, quest'ultima tipologia di danno essendo inerente alla valorizzazione del malato in quanto persona, come tale in possesso di un'autonomia decisionale assoluta in ordine alla programmazione del proprio futuro. In verità, questa voce di danno da perdita di chance sofferta dal malato aveva già ricevuto un suo riconoscimento in una nota sentenza della Corte di Cassazione (n. 4400 dell'anno 2004) nella quale il danno da perdita di chance veniva per la prima volta considerato come autonomamente risarcibile rispetto al generico danno esistenziale. È certo un orientamento giurisprudenziale di questo tipo, estremamente attento al rispetto della personalità del malato, ha precise radici negli articoli 2 e I3 della Costituzione Italiana che garantiscono rispettivamente i diritti inviolabili dell'uomo (art. 2), riconoscendo (art. I3) l'inviolabilità della libertà personale di quest'ultimo. Peraltro, le conclusioni cui è pervenuta nel caso esaminato la Corte Costituzionale non sembrano tener conto delle affermazioni del Consulente d'ufficio, per il quale la mancata diagnosi della neoplasia ha prodotto un ritardo di circa I mese della definizione del quadro morboso, senza tuttavia comportare un reale aggravamento sulla progressività della patologia stessa, già di per sé molto avanzata. Pertanto, nell'ammettere l'esistenza di un danno risarcibile sofferto dalla paziente, i giudici hanno sostanzialmente disatteso le conclusioni dei periti d'ufficio, le cui conclusioni avevano fornito materia per il rigetto della domanda risarcitoria in sede di Tribunale e di Corte d'Appello.

L'analisi della pronuncia

L'analisi della pronuncia in oggetto consente di soffermarsi su alcuni elementi di ordine scientifico inerenti al caso, strettamente connessi con la valutazione medico-legale del caso stesso. Un primo dato concerne la difficoltà di precisare l'incidenza positiva di un trattamento terapeutico palliativo, attuato con alcuni giorni di anticipo rispetto all'intervento effettivamente praticato, sulla progressione di una neoplasia al 4° stadio, in quanto è noto in campo medico come sia molto arduo prevedere le reazione positive o negative di un malato terminale rispetto ad un intervento medico o chirurgico sicuramente non risolutivo. In proposito, in sede clinica, è stata evidenziata addirittura la possibilità che una terapia antiblastica o un intervento chirurgico che non possegga finalità demolitive a causa dell'estensione del processo neoplastico, spesso metastatizzato, possano aggravare lo stato generale del malato pregiudicandone l'equilibrio organico estremamente labile. Tale considerazione vale per il dato della sopravvivenza del malato affetto da patologia tumorale avanzata, ma concerne anche il giudizio sulla qualità della vita che non sempre le cure palliative ove tempestivamente attuate, riescono a migliorare in modo tangibile.
È da sottolineare in proposito che una valutazione in sede giuridica deve necessariamente avvalersi di un criterio meramente probabilistico che, nella fattispecie concernente una patologia neoplastica la cui evoluzione risente di molte variabili, appare troppo aleatorio per consentire conclusioni valide sul piano processuale. Circa il danno arrecato al paziente terminale dalla omessa o ritardata diagnosi medica, con conseguente impedimento al malato di attuare le proprie determinazioni di tipo economico o affettivo, è lecito esprimere qualche dubbio sulla scelta del malato di piena consapevolezza del proprio stato terminale, con l'esclusione di una sia pur minima prospettiva di guarigione.
Con tutto il rispetto per gli orientamenti giurisprudenziali più sopra riportati, siamo certi che, in nome del rigido rispetto dei diritti della persona, mettere il malato terminale nelle condizioni di completa conoscenza della sua imminente fine, si traduca in una reale interpretazione dei desideri del paziente e non costituisca invece un rischio per il suo già precario equilibrio psico-fisico?

La perdita di chance aveva già ricevuto un suo riconoscimento in una nota sentenza della Cassazione del 2004, che per la prima volta lo ha considerato come autonomamente risarcibile rispetto al generico danno esistenziale

AOGOI-AGITE UMBRIA

RU486: una giornata di informazione sulla Ivg medica

Un incontro tra operatori e istituzioni locali per costruire un percorso di integrazione tra ospedale e territorio in grado di garantire una migliore applicazione della legge in tutti i suoi aspetti, sia per la utilizzazione dell'aborto medico sia per l'Ivg chirurgica entro le prime 12 settimane. Senza sovraccaricare le sale operatorie degli ospedali

Una giornata dedicata alla discussione e al confronto con tutti gli addetti ai lavori, in particolare sui percorsi per la Ivg medica che si stanno definendo a livello regionale. È nata con questo obiettivo la "Giornata di informazione sulla Ivg medica - RU 486", organizzata da Agite e Aogoi, in collaborazione con la Regione Umbria - Assessorato alla Sanità e Scuola di formazione Villaumbra, lo scorso 21 giugno presso il Centro Congressi Quattro Torri di Ellera (Perugia).
La mattinata si è aperta con la relazione di Paolo Di Loreto, direttore regionale dell'Assessorato Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria, che ha affrontato la Epidemiologia della Ivg degli ultimi anni.
A moderare l'incontro sono stati Giovanni Pomili e Provaroni (Aogoi), Teresa Urbani e Milena Mincigrucci (Agite). "La situazione italiana dell'Ivg" è stata raccontata da Marina Toschi, in veste di rappresentante della Commissione Nazionale Salute delle Donne del ministero della Salute, mentre il dottor Marcello Catanelli dell'Assessorato Sanità Regione Umbria ha illustrato la situazione umbra. Mirella Parachini, in qualità di rappresentante della Federazione Internazionale per aborto e contraccezione (Fiapac) ha spiegato i meccanismi di azione di Mifeprisone e Misoprostol, i farmaci necessari per l'Ivg medica, mentre Marinella Lenzi, che ha portato l'esperienza del Day Hospital nella Asl di Bologna, è entrata nel vivo della pratica clinica e dell'organizzazione dei servizi con una relazione sui protocolli per l' Ivg medica usati in Emilia Romagna.

La richiesta alle istituzioni regionali è che - come previsto dalla 194 - anche in Umbria gli interventi di Ivg possano essere effettuati nei primi 90 giorni presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati e funzionalmente collegati agli ospedali

Interessante è stato il confronto con quanto stabilito dai lavori della Commissione per il percorso per le Ivg proposto in Umbria, in cui il collega Floriano Ventura, dell'A.O. S. Maria della Misericordia di Perugia, ha mostrato le scelte organizzative per il Day Hospital intraprese dalla commissione di esperti e l'impegno nella informazione delle utenti assunto dalla Regione.
La discussione tra i partecipanti, un ottantina tra ostetriche e colleghi, oltre che direttori sanitari e di distretto, è stata interessante e ricca di spunti. Chiare sono state le conclusioni, affidate all'assessore alla Sanità Vincenzo Riommi, che si è detto pronto a mettere presto in atto ciò che la commissione ha deciso, mentre non ha risposto alla proposta esplicitata da Agite/Aogoi Umbria in merito alla scelta di portare la Ivg medica nei poliambulatori, come affermato all'art 9 della 194 (vedi riquadro). Siamo certi infatti che anche rispetto alla Ivg e alla sua prevenzione solo una robusta e continua collaborazione tra Ospedale e Territorio possa portare a efficaci risposte.

L'IVG IN UMBRIA:
LA LETTERA APERTA DI AGITE E AOGOI

Pochi operatori con un grande carico sulle spalle

La lettera aperta di Agite e Aogoi sull'applicazione della 194 in Umbria, pubblicata sul *Corriere dell'Umbria* del 10 giugno 2010, denuncia una serie di criticità ed evidenzia un dato grave: il continuo aumento delle settimane a cui vengono eseguiti gli interventi di Ivg

La situazione della applicazione della 194 nella nostra regione Umbria è sotto pressione.
Sono pochi gli operatori che si occupano di fatto del problema e grande è il carico sulle loro spalle.
I numeri riportati dalla relazione al Parlamento, che ogni anno il Ministro compie riportando i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità a cui le Regioni inviano a loro volta, mostrano per la nostra Regione un dato grave: sono in continuo aumento le settimane a cui vengono eseguiti gli interventi di Ivg. Possono essere varie le ragioni dietro a questo dato, tra cui la presenza di circa un 40% di donne immigrate che spesso arrivano tardi ai servizi. Certamente pesa anche la situazione di grave difficoltà in cui si trovano ad operare i colleghi ospedalieri che spesso non hanno a disposizione le sedute operatorie necessarie o gli anestesisti disponibili o strutture di ricovero day hospital adeguate. Risultato è che le donne che chiedono una Ivg in alcuni ospedali aspettano fino a 4 settimane.
Dato positivo è invece quello legato al costante aumento delle donne che si rivolgono ai servizi consultoriali per chiedere la certificazione, che ci fanno posizionare tra i primi posti a livello nazionale.
La buona collaborazione tra Ospedale e territorio è ciò a cui stiamo lavorando come associazioni scientifiche (Aogoi/Agite) ma molto dovranno fare anche le amministrazioni e le Asl per garantire che adeguati servizi possano essere svolti all'utenza proprio nel territorio. Facciamo infatti rimarcare che vorremmo vedere applicato anche in Umbria l'articolo 8, penultimo comma della 194, in cui si stabilisce che "nei primi 90 giorni gli interventi di Ivg dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle Usl, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali e autorizzati dalle regioni". È passato qualche anno, le Usl sono ormai da noi Ausl, ma poliambulatori territoriali che svolgano servizi per la Ivg, in Umbria non ve ne sono.
Questo invece, come già avviene nel Lazio, potrebbe garantire una migliore applicazione della legge in tutti i suoi aspetti sia per la utilizzazione dell'aborto medico (RU486/misoprostolo) che si sta ora regolamentando anche in Umbria, sia per l'Ivg chirurgica entro le prime 12 settimane, senza sovraccaricare le sale operatorie degli ospedali. Infatti con la collaborazione dei Consultori, forniti adeguatamente di ecografi aggiornati e di capacità di rilasciare test di gravidanza, si potrà applicare la 194 in modo completo riuscendo a dare gambe alla legislazione che già garantisce gratuitamente di seguire con gli esami necessari le gravidanze (vedi decreto detto "Bindi").
L'Oms ci ricorda infatti che buoni esiti per le gravidanze si reggono su 3 pilastri: 1° la possibilità di scelta della donna, 2° un contesto familiare e sociale di appoggio e 3° servizi sociosanitari adeguati.
Chiediamo perciò di essere ascoltati non solo nelle aule giudiziarie, ma come professionisti pronti a collaborare attivamente con tutte le conoscenze acquisite nei 32 anni di esperienza con la 194, oltre che con i training offerti dalla Regione e dalle Asl (art. 15/194), per il miglioramento dei servizi all'utenza femminile e non solo, che abbiamo finora garantito ma che vorremmo essere in grado di esperire davvero e al meglio come la legge sulla tutela della gravidanza e la Ivg, ci richiede. Al meglio ed ognuno secondo scienza e coscienza (art.9/194).

Gianni Pomili
Segretario regionale Aogoi
Teresa Manuela Urbani
Responsabile Regionale Agite
Giovanni Fattorini
Presidente Nazionale Agite

Esperienza Italiana	
TORINO Ospedale Osp. S.Anna	Silvio VIALE
PONTEDERA (PI) Osp. Lotti	Massimo SACCOZZI
TRENTO Ospedale Osp. S.Chiara	Ennio APRILE
BOLOGNA Ospedale Maggiore	Quirinda MELEGA
BARI Università di Bari	Nicola BLASI
PARMA Università di Parma	Francesco DE IORIS
ANCONA Ospedale Salesi	Francesco DEL SAVIO
FERRARA Ospedale S.Anna	Rosaria CACACE

Esperienza italiana al 2009	
TORINO Ospedale Osp. S.Anna	381
PONTEDERA (PI) Osp. Lotti	348
TRENTO Ospedale Osp. S.Chiara	325
BOLOGNA Ospedale Maggiore	173
BARI Università di Bari	126
PARMA Università di Parma	58
ANCONA Ospedale Salesi	88
FERRARA Ospedale S.Anna	333
TOTALE	1778

Pillole importate		
Anno	RU486	IVG rel. ISTAT
2005	128 + 806 = 926	132
2006	3150	1151
2007	3600	1370
2008	2832	1000 (stima)
	10508	3357

Regioni in cui è stata utilizzata la RU486
PIEMONTE
TOSCANA
TRENTO
EMILIA ROMAGNA
MARCHE
PUGLIA
LOMBARDIA methotrexate all'Ospedale BUZZI di Milano
LOMBARDIA Clinica Ostetrica Ginecologica III di Milano

Si usa già (% su tot. IVG) Relazione Ministro Salute	
Italia 2005 (set-dic)	0,3%
Italia 2006	0,9%
Italia 2007	0,84%
RU486 < 8 sett. 2006-2007	2,33 %
IVG < 8 settimane (2007)	45705 (38,9%)

Day Hospital	
ENTE	RICOVERO
Mangiagalli (1989 – 1991 – 1993)	DH - Ambulatorio
Osp. S.Anna Torino 2005-2006	DH – Ricovero (80% a casa)
Pontedera 2005-2008	Ricovero (80% a casa)
Osp.Buzzi Milano(Methotrexate)	DH
Osp. S.Chiara Trento	DH
Osp. Salemi Ancona	Ricovero (80% a casa)
Ospedali Emilia Romagna	DH
Policlinico Bari	DH
Ospedale S.Anna di Ferrara	DH

I dati riportati provengono dalla relazione del Ministro della Salute 2008. Si ringrazia il Sistema di Sorveglianza sull'Ivg attivo dal 1978 presso l'Iss

Ru486

Finalmente le linee di indirizzo del ministero

Pubblicate le linee di indirizzo sull'uso della pillola abortiva Ru486, confermato il ricovero ordinario fino a completa espulsione del feto. È scontro Roccella - Turco

Dopo mesi di attesa, le linee di indirizzo sull'uso della RU 486 sono state pubblicate dal ministero della Salute. Elaborate da un'apposita commissione presieduta dal direttore generale della Prevenzione del ministero della Salute Fabrizio Oleari, le indicazioni confermano l'obbligo del ricovero per tutto il periodo necessario all'espulsione del feto facendo propri i pareri già espressi dal Consiglio superiore di sanità. Cinque sono i criteri di "ammissione della donna al trattamento" individuati dalla commissione:

- Gravidanza in utero con amenorrea entro 49 giorni/datazione ecografica età gestazionale entro 35 giorni;
- Documento/certificato di richiesta Ivg;
- Consenso informato, debitamente compilato e sottoscritto;
- Disponibilità al ricovero ordinario fino a completamento della procedura;
- Disponibilità ad effettuare il controllo a distanza, entro 14-21 giorni dalla dimissione.

Vista la delicatezza dell'intervento, le linee di indirizzo riservano ampio spazio al consenso informato della donna.

"L'accesso alla procedura abortiva farmacologica – si legge – è subordinato alla firma del consenso informato dal quale emerga la dichiarata disponibilità della donna al ricovero ordinario fino al termine della procedura abortiva e l'assicurazione del ritorno al controllo a distanza. Nell'informazione utile al consenso deve essere fornita in modo chiaro l'informazione che l'aborto farmacologico potrà essere effettuato solo in ricovero ordinario, nella maggior parte dei casi della durata di tre giorni, fino cioè all'espulsione del materiale abortivo". La donna dovrà essere inoltre a conoscenza delle alternative disponibili ed essere consapevole delle complicazioni associate all'aborto farmacologico, in particolare sanguinamento con necessità di emostasi chirurgica, anemia con necessità di trasfusione e infezione. Le linee di indirizzo individuano inoltre i soggetti per cui la procedura è sconsigliata o da effettuare dopo un'attenta verifica del caso: le donne straniere, per le quali "si deve accertare l'avvenuta comprensione linguistica della procedura e dei sintomi che la donna stessa deve valutare autonomamente", e le minorenni senza il consenso dei genitori, per le quali "l'Ivg farmacologica è sconsigliabile, e quindi andrebbero escluse da questa procedura […], valutando difficile l'adesione al percorso terapeutico in tale situazione".

La palla passa ora alle Regioni, per le quali non hanno comunque un valore vincolante.

Le reazioni alla pubblicazione del documento non si sono fatte attendere. Soprattutto dopo le dichiarazioni del sottosegretario Roccella, che ha fatto ventilare la possibilità che le interruzioni con RU 486, condotte senza ricovero ordinario per tre giorni, possano non essere rimborsate dalla Regioni perché, ha affermato la Roccella "esiste una criticità amministrativa che potrebbe determinare dei problemi sul piano del rimborso della prestazione da parte del servizio pubblico". "Questa non è una 'criticità amministrativa', come dice Roccella, ma un ricatto vero e proprio", ha ribattuto a stretto giro di posta l'onorevole Livia Turco (Pd) che ha chiesto al Governo di chiarire "le sue reali intenzioni sulla possibilità che le donne possano usare la pillola Ru486 e se le linee guida presentate ieri dal sottosegretario Roccella non costituiscano una contraddizione con il diritto di autodeterminazione della persona, in merito alla scelta delle cure a cui sottoporsi, e con la deontologia medica". "Il governo – ha concluso Turco – non si intrometta nella relazione tra medico e paziente e dica, piuttosto, quanti sono fino ad oggi i casi di interruzione di gravidanza con la pillola Ru486". (A.M.)

Approfondimenti sul sito www.aogoi.it

- Il testo integrale delle Linee indirizzo RU486 - 5 luglio 20101
- Parere del 20 dicembre 2005 del Consiglio Superiore di Sanità in materia di farmaco RU-486
- Delibera AIFA n. 14 del 30 luglio 2009

INCONTRI PROMOSSI DA AGITE

Odent al Nido di Bologna

Era estremamente rilassante il clima che ha contraddistinto la presentazione del libro di Odent "Il Cesareo", che questa volta si è tenuta a Bologna il 7 giugno scorso presso la sede della Associazione culturale Il Nido, la casa di maternità gestita dalle ostetriche alla periferia di Bologna. L'incontro-dibattito ha visto il professor Odent rispondere alle tante domande che pone il libro e i suoi temi "filosofici", con riflessioni sulla pratica ostetrica sia nelle case per il parto sia negli ospedali. L'iniziativa è stata possibile grazie alla ormai stabile collaborazione tra Aogoi-Regione Emilia Romagna (dott. Ezio Bergamini) ed Agite (dott. Gianni Fattorini) che hanno trovato la piena collaborazione da parte dei colleghi Corrado Melega (presidente Commissione nascita Emilia Romagna), Nicola Rizzo (direttore U.O. Ostetricia e Medicina dell'Età Prenatale Ospedale di S. Orsola), Giorgio Scagliarini (direttore U.O.C. Ginecologia e Ostetricia Ospedale Maggiore) e Grazia Lesi (Consultori Familiari di Bologna, Agite). Molti colleghi hanno ammesso di non conoscere affatto la medicina primale e le varie teorie proposte dal medico francese e di aver gradito la conoscenza delle tesi esposte nel suo libro, di interesse anche per la loro pratica ostetrica.

Ne aveva buona conoscenza invece la presidente del Collegio delle Ostetriche della Provincia di Bologna, Dila Parma, che ha raccontato di aver frequentato il reparto di Pithivier negli anni '80, quando vi lavorava Odent. Molto soddisfatte dell'iniziativa si sono dette anche le ostetriche Paola Chini (Collegio delle Ostetriche) ed Elisa Serenari de Il Nido, sede ospitante, che ha accolto gli intervenuti prima in giardino e poi nelle grandi sale interne dei corsi per la nascita.

La manovra economica del 31 maggio 2010

Penalizzazioni economiche e "spoil system" strisciante

La manovra economica che il Governo ha attuato attraverso il D.L. 31 maggio 2010, n.78, contrariamente a quanto è stato sostenuto dal ministro dell'Economia, arreca un grave danno al Servizio sanitario nazionale e colpisce le retribuzioni dei medici dipendenti con delle disparità ingiustificate, penalizzando i dirigenti con i redditi più bassi

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

Il dimezzamento del numero di contratti di lavoro a tempo determinato, insieme alla drastica riduzione delle assunzioni a tempo indeterminato, porterà ad un drammatico impoverimento delle dotazioni organiche dei reparti ospedalieri. In molti casi, si verranno a creare le condizioni per non poter più assolvere i compiti istituzionali in condizioni di sicurezza, esponendo i medici e il personale sanitario al rischio di commettere degli errori ed i pazienti al pericolo di restare vittime di tali errori.
L'eventuale chiusura dei reparti i cui organici dovessero risultare insufficienti andrebbe ad allungare ancora di più le liste d'attesa. Non è escluso che in alcuni casi si possa arrivare a non consentire a tutti i cittadini di usufruire dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), essendo noto a tutti che le strutture territoriali non sono pronte, attualmente, a dare risposte equivalenti a quelle dell'Ospedale.
Il mancato rinnovo dei contratti a tempo determinato, oltre ad impoverire le dotazioni organiche, con le conseguenze di cui ho detto, danneggerà in maniera irreparabile la formazione dei giovani medici ed in particolare di quelli delle specialità chirurgiche, il cui apprendistato richiede tempi particolarmente lunghi e non può comunque attuarsi al di fuori di un reparto operatorio.
La già nota carenza di specialisti chirurghi, conseguente alla disaffezione da questa branca a causa dell'elevato numero di contenzioni di cui soffrono molte specialità chirurgiche, dovrà registrare la perdita del posto di lavoro dei giovani chirurghi che sono stati assunti con contratti a tempo determinato. L'interruzione della loro formazione è un danno per il futuro sanitario di tutta la comunità, oltre ad essere un duro colpo per questi colleghi, che vengono frustrati nelle loro aspettative professionali e di guadagno.
Le decurtazioni stipendiali, insieme alla prospettiva di non poter percepire alcun aumento contrattuale nei prossimi anni, sommate anche al danno che deriverà dalla rateizzazione del trattamento di fine rapporto, indurranno molti medici a richiedere il pensionamento entro il 2010, facendo precipitare il precario equilibrio su cui si regge il Ssn e rendendo di irrimandabile attualità le problematiche che ho illustrato.
Tralasciando in questa sede le possibili ripercussioni sul sistema pensionistico nazionale.

INCARICO	COSTO DELLA MANOVRA
Dirigente a rapporto esclusivo con incarico di struttura complessa; responsabile di dipartimento	- 1.500,00 euro/anno (circa) - 1,25% del trattamento economico fondamentale (circa) Dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013, i trattamenti economici complessivi sono ridotti del 5 per cento per la parte eccedente l'importo di 90.000 euro e del 10 per cento per la parte eccedente 150.000 euro (Es.: dirigente con retribuzione complessiva annua di 120.000 euro).
Dirigenti a rapporto esclusivo con incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000, che raggiungono i 15 anni di anzianità a rapporto di lavoro esclusivo	- 3.689,59 euro/anno; - 5,53% del trattamento economico fondamentale Dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013, dopo aver superata la verifica, non ricevono l'aumento previsto per l'indennità di esclusività di rapporto superiore a 15 anni.
Dirigenti a rapporto esclusivo con anzianità < 5 anni, che raggiungono i 5 anni di anzianità	- 12.470,00 euro/anno; - 23,01% del trattamento economico fondamentale. Dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013, dopo aver superata la verifica, non ricevono l'aumento previsto per il passaggio a dirigente con incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000.
Dirigenti a rapporto esclusivo con incarico di struttura semplice o incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000.	0,00 euro/anno; 0% del trattamento economico fondamentale
Dirigenti a rapporto non esclusivo con incarico con incarico di struttura complessa, semplice e lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000	0,00 euro/anno; 0% del trattamento economico fondamentale
Dirigenti a rapporto tempo definito ad esaurimento con incarico con incarico di struttura complessa, semplice e lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000.	0,00 euro/anno; 0% del trattamento economico fondamentale

Penalizzazioni per i dirigenti medici

In questo quadro, che prevede un grande impegno da parte di chi resta in servizio, il Governo, invece di incentivare i medici che continueranno a lavorare, ha varato una manovra attraverso la quale le retribuzioni dei medici sono colpite attraverso due modalità distinte. Direttamente, con il prelievo forzoso dai redditi di importo superiore ai 90.000 euro (stipendi mensili superiori a 3.500 euro) e indirettamente, attraverso il blocco di ogni aumento di stipendio, compresi quelli previsti dai contratti di lavoro come esito di una valutazione positiva sostenuta dopo i primi 5 anni di lavoro e dopo 15 anni di rapporto esclusivo.
In tal modo si andrà ad alterare la stessa struttura del trattamento economico, prevista dai contratti di lavoro e si inciderà in maniera iniqua sugli stipendi dei dirigenti medici. Iniqua perché la retribuzione, escluso il trattamento accessorio, verrà penalizzata in maniera molto diversa a seconda del tipo di rapporto di lavoro, dell'incarico attribuito e dell'anzianità di servizio, come si può facilmente comprendere dagli esempi riportati nella tabella.
Leggendo queste cifre è inevitabile chiedersi se si può considerare equo un provvedimento che incide sulle retribuzioni con delle percentuali che variano dallo 0% sino al 23%, del trattamento fondamentale. Non dobbiamo dimenticare che, nella maggior parte dei casi, una differente perdita economica andrà a colpire i dirigenti medici che operano nello stesso re-

parto. Inevitabilmente, costoro saranno portati a chiedersi il perché di una simile disparità e si sentiranno vittime di un'inspiegabile ingiustizia, perché vengono colpiti maggiormente i dirigenti a rapporto di lavoro esclusivo con l'azienda e con i redditi più bassi.

Introduzione dello "spoil system"

C'è poi il sospetto, anzi molto di più di un sospetto che, con il pretesto della manovra economica, si stia introducendo uno "spoil system" all'italiana, ampliando a dismisura i poteri del direttore generale e consentendogli alla scadenza di un incarico di non confermare chi ha ben operato, come prevede il contratto di lavoro, bensì di attribuire l'incarico a una persona di sua fiducia se non a qualche amico dei suoi padrini politici.

Il decreto all'articolo 9, comma 32, stabilisce che: "alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intendono, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferiscono al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore". Al lettore distratto può sfuggire il peso che l'avverbio "anche" assume nel contesto della frase. La norma così espressa conferisce al direttore generale il potere di non confermare nell'incarico il dirigente che ha ben operato, "anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione", quindi non soltanto in queste circostanze, bensì tutte le volte che lo vorrà, facendo carta straccia di quanto è scritto nel Contratto nazionale di lavoro.

Le vibrate proteste dei medici, culminate con lo sciopero del 19 luglio, non sono servite a convincere il Ministro dell'economia a operare dei cambiamenti, per rendere meno gravoso il tributo che la sanità italiana dovrà pagare alla crisi economica. Fra maxiememdamento e richiesta del voto di fiducia si è consumata una partita che ha visto elargire delle concessioni ad altre categorie di dirigenti pubblici ma nessuna per quelli della sanità. Sono del parere che le scelte operate dal Governo vadano al di là della crisi economica e del deficit della spesa sanitaria di alcune Regioni. Tuttto questo richiede una profonda riflessione, da parte dei medici e di tutto il modo della sanità. Y

Il Consiglio direttivo si rinnova nel segno della continuità

FESMED
Carmine Gigli riconfermato Presidente

Il Consiglio direttivo FESMED si è riunito a Roma il 10 luglio 2010 per l'attribuzione delle cariche sociali. Il nuovo consiglio direttivo che guiderà la FESMED per il prossimo triennio risulta così composto:

Dr. Carmine Gigli	Presidente
Dr. Massimo Percoco	Presidente Vicario
D.ssa Teresa Saccotelli	Segretario
Dr. Angelo Careccia	Tesoriere
Dr. Sergio Brunati	Componente designato
Dr. Antonio Catino	Componente supplente
Dr. Antonio Rosa	Componente supplente
Dr Giorgio Bellavigna	Componente supplente

Si aggiungeranno n. 3 componenti, che verranno eletti dalla prossima Assemblea dei soci.

Il Parlamento si mobilita per il tumore al seno

Via libera a mozione bipartisan per screening mammario

È stata approvata il 30 giugno scorso alla Camera una mozione promossa dall'On. Carlucci in tema di prevenzione per il carcinoma della mammella, che, come primo punto, impegna il Governo: "a considerare il tumore al seno tra le priorità della sanità pubblica e ad avviare ogni intervento idoneo a fronteggiare lo stesso"

"L'approvazione all'unanimità della mozione, dopo un importante lavoro di tutti i gruppi parlamentari, rappresenta un passo di grande significato nella lotta contro il tumore al seno e un confortante segno di attenzione del Parlamento di cui sono sicura il Governo saprà tenere conto - ha affermato Gabriella Carlucci, vicepresidente della Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza, dopo l'approvazione, all'unanimità con 457 voti, della mozione da lei presentata.

Su questo stesso tema erano state presentate diverse mozioni, tra cui quelle d'iniziativa delle onorevoli Livia Turco e Paola Binetti, poi confluite in un testo unitario "riformulato, accogliendo tutti gli spunti che sono stati offerti dai diversi gruppi e dalle diverse mozioni", come ha sottolineato il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella esprimendo la sua soddisfazione per il risultato condiviso.

"Oggi pomeriggio accendiamo i riflettori su una malattia subdola, cattiva dalla quale però oggi è possibile guarire e per la quale oggi non si muore più. – ha dichiarato l'onorevole Carlucci nel corso della seduta alla Camera. I dati sono ancora alti, le cifre della malattia sono alte, abbiamo sentito che un milione di donne ogni anno si ammala di tumore al seno. In Europa ci sono 280 mila casi l'anno, in Italia 75 mila e di questi 8 mila sono mortali. Cifre che testimoniano l'elevato rischio di mortalità che corrono le donne, anche se questi dati ci dimostrano che il numero riguardante i casi mortali è in diminuzione". Spaventosi anche i costi della malattia: "un costo che va dai 29 ai 31 mila euro a persona a seconda dei cicli di terapia cui bisogna sottoporsi". Senza contare i costi umani di questa malattia che "non colpisce solo il malato, ma tutta la famiglia e tutte le persone vicine".

Però oggi di tumore al seno si può non morire più, ha sottolineato Carlucci, "perché ci si può avvalere di strumenti importantissimi. Il primo fra tutti è la diagnosi primaria ovvero la prevenzione". Poi c'è una prevenzione secondaria: "in Italia ci sono dei centri altamente specializzati e qualificati che permettono una diagnosi precoce che consente una guarigione che rasenta il 100 per cento e ciò riguarda anche i tumori alla mammella della dimensione di uno o due centimetri."

Il documento, il cui testo integrale è disponibile sul sito www.aogoi.it, impegna il Governo, tra i vari punti, a garantire la diagnosi tempestiva anche sotto l'attuale soglia di età per lo screening, prevedendo in particolare "uno specifico approfondimento in ordine alla strategia di abbassamento della soglia dai 50 anni ai 40 anni, sia sotto il profilo tecnico-scientifico relativo al costo efficacia, sia sotto il profilo dell'inserimento nei Lea", rispondendo quindi alle esigenze di altri gruppi parlamentari di permettere questo intervento gratuito prima dei cinquant'anni.

Altri punti particolarmente importanti riguardano la promozione di progetti di supporto multidisciplinari per le donne che abbiano ricevuto diagnosi di tumore al seno, l'eliminazione delle evidenziate differenze nell'attuazione dei programmi di screening mammografico, l'adozione di misure incentivanti e premiali per le regioni che evidenzino rispetto alla situazione attuale maggiore efficacia ed efficienza nella realizzazione di programmi di diagnosi precoce del tumore al seno, la diffusione omogenea sul territorio nazionale delle cosiddette *breast units*, cioè quelle équipe multidisciplinari cui riferire tutte le pazienti che necessitino di approfondimento diagnostico ed eventuale terapia in campo mammario. Ed infine l'istituzione di un registro nazionale degli impianti protesici mammari che, in collaborazione con i registri regionali istituiti in ogni regione e provincia autonoma, raccolga tutti i dati relativi alle protesi mammarie impiantate in Italia. Y

AOGOI ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

M.A.M.M.A AOGOI
Movement Against Medical Malpractice and accident
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

www.ginecologiaforense.it

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

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello

Perché ho lasciato…

Sono fuggito da una sanità in cui è sempre più difficile lavorare, fare il medico. Un mestiere oggi soffocato dalle leggi e dalle carte. Si passa più tempo a riempire moduli che a visitare...

Detto fatto, come previsto dal 1° aprile son tornato ad essere un uomo libero. Ironia della data! Molti avranno pensato al fatidico pesce … E invece no! Tanti ringrazieranno il cielo che mi sia tolto dalle p. … Spero che almeno qualcuno si sia dispiaciuto. Ma, in fondo, degli altri non è che mi sia mai curato più di tanto. Molti mi devono parecchio, ma nemmeno di questo mi importa granché, mentre credo di non essere in debito con alcuno. Che intendo per libero? Libero di gestire il tempo come meglio mi aggrada. E finalmente libero dalla schiavitù del cartellino. "Sveglia e caffè, barba e bidet, presto che perdo il tram! Se il cartellino non timbrerò …" Ricordate la ballata di Fantozzi? Negli ultimi tempi era diventato proprio così. Insopportabile! Ogni mattina le stesse cose ripetitive. Poi al lavoro, con l'incubo della timbratura. Proprio non si poteva farne a meno? E perché gli amici universitari continuano solo a firmare? A seguire, l'interminabile pellegrinaggio di un'umanità dolente. Le avventure boccaccesche sono solo al cinema. Nella realtà si lavora sodo, per risolvere problemi o presunti tali. Si dà retta a tutte, anche a chi non lo meriterebbe. Perché è facile riconoscere chi viene per un secondo parere (o forse è il quarto o il quinto). Tanto non si paga. Invece, se è la prima volta e ti azzardi a dire mezza cosa in più, mezz'ora dopo sono già dal privato. Dove si paga, ma (non glielo diciamo!) il risultato non è sempre assicurato.
Così ho lasciato. Coerente con le scelte di vita che ho sempre fatto, anteponendo gli affetti agli affari. Non dico della carriera, essendo ormai impossibile da tanto tempo poterci solo pensare, soprattutto se non si hanno santi nel paradiso, politico s'intende. In fondo, si deve lavorare per vivere, e non il contrario. Fare quel che basta – ed è già assai – anche se comporta qualche rinuncia. E quando possibile – altrimenti a che servirebbero i riscatti? – approfittarne per andar via. Fuggendo da una sanità in cui è sempre più difficile lavorare, fare il mestiere di medico. Così come ancora ce l'insegnarono, mentre in realtà stava già mutando. Oggi soffocato dalle leggi e dalle carte. Si passa più tempo a riempire moduli che a visitare. Mentre molte procedure, grazie ai progressi della tecnica, potrebbero essere velocizzate. Ma tutto pare irrimediabilmente fermo. Ed un ministro, subito pronto a punirci, ci vuole anche col sorriso perennemente stampigliato sulle labbra. Nonostante tutto.
Sento la mancanza di qualcosa? Certo non della tanta stupidità che c'è in giro. …

Libri

Menopausa creativa… Un'età da inventare

Si è parlato tanto, finora, di menopausa. Un periodo della vita che alle donne è destinato per natura. Poche volte a questo piccolo ma talvolta sconquassante sisma psicocorporeo si è voluto dare un taglio diverso, volto a scandagliare i fondamenti dell'animo femminile e poche volte si è cercato di affrontarlo attraverso l'elaborazione personale, facendo ricorso alle proprie risorse interiori. Non saranno tuttavia soltanto le parole delle Autrici ad indicare un possibile percorso, bensì quelle di altre donne che hanno già "attraversato il guado" e che hanno partecipato - alla ricerca di un sostegno - a gruppi esperienziali di vario tipo, scelti in base alle loro prerogative ed esigenze.
L'esperienza delle autrici si interseca infatti con quella personale delle donne che hanno lasciato testimonianza del proprio vissuto e della propria esperienza di vita, attraverso una commistione continua tra saggio e narrativa. È un invito dunque, da sole o in gruppo, a ricercare in se stesse e a far emergere quella forza interiore che le autrici denominano "creatività", qualcosa di unico e di "sacro" proprio di ciascuna donna.

Elisa Barato,
M. Gabriella Miceli,
Patrizia Masi
Pagine 125
Euro 13,50
Edizioni Albatros,
Nuove Voci - i Saggi
maggio 2010
www.gruppoalbatrosilfilo.it
ordini@ilfiloonline.it

Tutto ha inizio nell'ambito delle numerose campagne di promozione della salute avviate già prima della fine del vecchio millennio e rivolte alla vasta popolazione di sesso femminile. In quel periodo di grandi movimenti socioculturali gruppi di donne, motivate dal desiderio di condividere esperienze di vita e di dare loro un significato, iniziavano ad organizzarsi in attività inerenti al proprio lavoro o in associazioni di supporto a donne di tutte le età. Affinando le competenze professionali, abbandonando il concetto di salute fortemente medicalizzato e decidendo di "guardare le cose sotto un altro aspetto". Accanto a tematiche proprie di fasce di età che già da anni venivano prese in considerazione (adolescenza, gravidanza, età fertile), cominciava intanto a comparire anche l'età di mezzo. Un tema alla ribalta, dunque, ma preceduto da un grande vuoto informativo, poiché si trattava di una fase della vita della donna verso cui non era stata rivolta particolare attenzione, ed erano tematiche del tutto nuove da affrontare e da approfondire. Erano i primi anni Novanta, gli anni in cui la problematica legata a questo periodo di transizione cominciava ad imporsi in modo preponderante, chiedendo un'analisi ed una risposta. "Cambiamenti epocali quelli che stiamo vivendo noi donne...". Una frase che sentiamo pronunciare spesso. Semplice e di per sé banale, essa riassume in poche parole l'insieme di quei molteplici cambiamenti, complessi ed innovativi, accaduti negli ultimi decenni e che si possono riferire al mondo politico ed economico, etico e culturale, sociale e sanitario e della comunicazione. E in questo mondo nuovo, quello della globalizzazione, che assiste al reiterarsi di sfide a vecchi saperi e a vecchie modalità operative, questa frase, pur nella sua semplicità, racchiude una grande verità. Se consideriamo uno degli ambiti citati, ad esempio la sanità, la comunicazione in questo settore prevede l'utilizzo di terminologie del tutto nuove, certamente non scientifiche o meglio non pensabili in un passato recente: si parla di professionisti della salute, di counselling, di forum, di gruppi di incontro esperienziali e di autoaiuto, etc. Sono a volte termini mediati da altri settori ma entrati pesantemente in campo sanitario per definire nuove esigenze, nuovi ambiti di intervento, nuove modalità di approccio alla salute, nel contesto delle quali un modello bio-medico preconfezionato non è più sufficiente. In molte branche, e in particolare nelle discipline che si occupano della salute della donna, gli interventi non considerano solo aspetti biologici ma anche legati al profondo, all'interiorità. Parlare di età non è facile, e in genere siamo avvezzi a correlarne il significato con quello di scorrimento del tempo. Per tale motivo l'età crono-biologica è la più semplice da definire, ma non è la sola: esiste anche un'età psichica, un'età che potremmo definire "sociale" e così via. Oggi in particolare si assiste ad una sfasatura fra l'età biologica e l'età che la donna "si sente di avere" che si manifesta per tutto l'arco della vita. Una sensazione di cui ogni donna è sempre più conscia e che le viene soprattutto dal ruolo che è andata assumendo nell'età contemporanea.
Attualmente una donna che entra in menopausa non appartiene né alla gioventù né alla terza età, ma ad un' età di mezzo, fra quella fertile, relegata inevitabilmente al passato, e la vecchiaia, ancora molto lontana. Una "età da inventare" come si usa dire…
a partire dalle origini.
(dall'Introduzione di P. Masi)

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano

Massì, tagliatemelo!

Sono pienamente consapevole che si tratti di un gesto di puro autolesionismo. Lo so che fa male e che ne subirò a lungo le dolorose conseguenze; eppure dico: se s'ha da fare…Se questo potrà servire a migliorare la qualità della vita delle donne italiane, quelle donne al cui benessere e alla cui salute ho dedicato oltre trent'anni della mia vita, ebbene mi sacrifico!

Sono un medico, ho scelto di essere utile all'umanità, di dedicare la mia vita al servizio dei miei simili, è giusto subire anche scelte traumatiche per il loro bene. Dunque, mi rassegno! Tagliatemi pure lo stipendio!
I nostri governanti hanno deciso che per risanare la nostra economia è indispensabile tagliare lo stipendio di "ricconi" come il sottoscritto, medico del Servizio sanitario nazionale: la mia busta paga per la verità non sembra quella di un proprietario di yacht, ma nell'interesse della nazione si fa anche questo sacrificio!
I tagli, si sa, fanno male, ma con la consapevolezza che riducendo il mio faraonico stipendio si potrà dare una migliore assistenza alle nostre gravide, incrementare la prevenzione delle patologie femminili, combattere in modo sempre più incisivo i tumori delle donne, ebbene il mio piccolo sacrificio diviene quasi una gioia. Un piccolo 'taglio' per una grande conquista a vantaggio delle donne!
E però, però poi scopriamo che i politici, i parlamentari, i ministri, i sottosegretari, i consiglieri e gli assessori regionali e via notabilando di tagli non ne subiranno praticamente alcuno a carico delle loro cospicue "indennità" (così chiamano i loro robusti emolumenti).
Ovviamente la prima reazione sarebbe l'indignazione; ma poi la consapevolezza del mio ruolo di medico, un certo grado di rassegnazione e persino l'età che consiglia prudenza ("i tagli si sa da dove iniziano ma non fin dove possono arrivare…") mi induce a riflettere.

La situazione è grave ma non seria, giusto per fare un quadro della nostra vicenda come medici e ginecologi in particolare: spesso siamo accusati di essere cinici e troppo interessati; a volte veniamo perseguiti (perseguitati?) per le motivazioni più assurde, i mass media ci trattano come dei criminali. Non si fa un taglio cesareo? Denuncia per il danno causato con una condotta "chiaramente" (?) superficiale ed omissiva; si fa il cesareo? "Troppi cesarei", forse per interesse o solo perché il medico doveva andare in vacanza! Prescriviamo accertamenti? Facciamo spendere troppo al Ssn. Non li suggeriamo? Il medico legale ci accuserà di avere omesso "i necessari ed opportuni" accertamenti diagnostici! Ricordate? 'Qualunque cosa fai tu sempre pietre in faccia prenderai…' recitava una famosa canzonetta di tanto tempo fa. Diciamolo: non siamo molto amati. Per chi di noi si impegna per raggiungere la responsabilità di dirigere un reparto, una struttura, c'è come 'punizione' l'esclusività del rapporto; ministri, parlamentari e simili invece continuano tranquillamente (con tutto quello che avrebbero da fare!) a mandare avanti i loro studi professionali e le loro importanti attività. Perché?
Insomma, è dura oggi fare il medico e soprattutto il ginecologo nel nostro Paese.
La conclusione è nota: i soldi sono finiti, stanno chiudendo tanti punti nascita e sicuramente se qualche parto poi non andrà a buon fine state certi che la colpa verrà addebitata a qualche sfortunato ginecologo. Però dobbiamo risparmiare…
Ebbene, dopo anni di scialo dei politici nella sanità, dopo decenni di mazzette e comparaggi, dopo tutte le ruberie che ogni giorno vengono alla ribalta, vuoi vedere che alla fine la causa dello sconquasso sta proprio nei quattro soldi di stipendio che onestamente e faticosamente (e pericolosamente?) ci guadagniamo?
Se è così, va bene, mi sacrifico: tagliatemelo pure, lo stipendio!

Vuoi vedere che alla fine la causa dello sconquasso sta proprio nei quattro soldi di stipendio che faticosamente ci guadagniamo?

Medici con l'Africa Cuamm

"Parti con noi"!

Prima Ong in campo sanitario riconosciuta in Italia, Medici con l'Africa Cuamm è la più grande organizzazione sanitaria italiana per la promozione e la tutela del diritto alla salute delle popolazioni africane. Ogni anno nei suoi progetti di sviluppo inserisce diverse figure sanitarie, tra cui medici esperti in Ginecologia

Nata nel 1950, Medici con l'Africa Cuamm racchiude nel suo nome il legame con questo continente, in cui appaiono concentrati al massimo grado i problemi della sofferenza, della povertà e della disuguaglianza. Medici con l'Africa (e non per l'Africa) esprime la scelta di condividere con l'altro, che vuol dire partecipazione profonda, scambio, sforzo in comune, lavorare e soffrire insieme. Attualmente Medici con l'Africa Cuamm opera in Angola, Etiopia, Kenya, Mozambico, Sudan, Tanzania ed Uganda con interventi di cooperazione sanitaria articolati in attività ospedaliere e territoriali, prevalentemente in aree rurali. Realizza progetti fortemente integrati nel tessuto sanitario e sociale del Paese, in uno stile di dialogo con le autorità pubbliche e le istituzioni religiose locali. In ciascuno di questi Paesi, una robusta base di interventi, stabili e duraturi, supporta in modo coordinato progetti su aree specifiche (formazione, tutela materno-infantile, disabilità, ecc.) e interventi verticali, di diretto contrasto a grandi pandemie (Aids, Tbc, malaria).

"Parti con noi"
Ogni anno nei suoi progetti di sviluppo Medici con l'Africa Cuamm inserisce diverse figure sanitarie, tra cui medici esperti in Ginecologia. Sul sito **www.mediciconlafrica.org** troverete nella sezione "Parti con noi" le vacancies attive, le figure professionali richieste e i possibili percorsi formativi. Medici con l'Africa Cuamm inoltre organizza ogni anno un corso base di avvicinamento e formazione alle tematiche della cooperazione sanitaria per preparare i professionisti senza precedente esperienza in progetti di cooperazione in Paesi in via di sviluppo. I dettagli relativi al corso sono reperibili sul sito oppure scrivendo alla Segreteria dell'ufficio Risorse umane.

Contatti
Sede Medici con l'Africa Cuamm
Via San Francesco, 126 Padova
Tel. 049.8751279
049.8751649
Fax 049 8754738
cuamm@cuamm.org; segreteria.risorseumane@cuamm.org

Congressi convegni

II CORSO AVANZATO DI ISTEROSCOPIA OPERATIVA INTEGRATA OFFICE - CHIRURGICA
Firenze
6-8 ottobre
Segreteria organizzatrice:
Quid Communications Srl
Via XX Settembre 78
50129 Firenze
Tel. 055.4633701
Fax 055.4633698
info@quidcom.com

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN TEMA DI ENCEFALOPATIA PERINATALE
Napoli 23 - 24 settembre
Segreteria organizzatrice
Think Thanks
Via Acate 68 - 80124 Napoli
Tel. 081.3446130/31
Fax 081.3446148
rferrigno@thinkthanks.it

PELVIC FLOOR DISORDERS FIRST INTERNATIONAL SYMPOSIUM
Parma
7 - 8 ottobre
Segreteria organizzatrice
LB Group
Circonvallazione Clodia 133
00195 Roma
Tel. 06.45422450
pelvicfloordisorders@lbgroup.it

ENDOMETRIOSI PROFONDA: PROBLEMATICHE DIAGNOSTICHE E TRATTAMENTO
Torino
8 ottobre
Segreteria organizzatrice:
Centro Congressi Internazionale Sea Srl
Via Pammatone 7/40
16121 Genova
Tel. 010.5740358
Fax 010.5701127
giada.marabotto@cci-sea.com

2° CONGRESSO NAZIONALE SULLA MEDICINA DI GENERE
Padova
21-23 ottobre
Segreteria organizzatrice
Fondazione Giovanni Lorenzini
Via Appiani 7 - 20121 Milano
Tel. 02.29006267
Fax 02.29007018
info@gendermedicine.org

IL LICHEN VULVARE E LA VULVODINIA: IL DERMATOLOGO, IL GINECOLOGO E IL CHIRURGO PLASTICO A CONFRONTO
Santa Margherita Ligure
22 ottobre
Segreteria organizzatrice
Eurotraining Srl
Via B. Bosco 57/9 - 16121 Ge
Tel. 010 - 42064090
Fax 010 - 42091580
mail@eurotraining.it

L'ARTE DEL COMUNICARE IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Rimini
23 ottobre
Segreteria organizzatrice:
Mediacom
Via Brescia 5 41043 Casinalbo Modena
Tel. 059.551863
Fax. 059.5160097
mediabac@tin.it

NASCERE IN UN PICCOLO OSPEDALE: E' POSSIBILE RIDURRE I RISCHI E AUMENTARE I BENEFICI?

Giovedì 16 Settembre 2010

San Pellegrino Terme (Bergamo)
Sala del Casinò

Segreteria Scientifica
Dott. C. Crescini – Ospedale di San Giovanni Bianco (Azienda Ospedaliera di Treviglio)
crescini@bisnet.it

Segreteria Organizzativa
Dott.ssa G. Cecchetti – Dott. L. Guastamacchia
Ospedale di San Giovanni Bianco
(Azienda Ospedaliera di Treviglio)

Sede del convegno
Sala del Casinò
San Pellegrino Terme
Bergamo

BARI 24-25 SETTEMBRE 2010

"La cooperazione sanitaria internazionale"

venerdì 24 settembre 2010 - sabato 25 settembre 2010

Bari, Sheraton Nicolaus Hotel

IRCCS
Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari
Dipartimento Donna

AOGOI
Puglia

SIGO

LILT

Presidenti:
Prof. F. Schittulli – Prof. V. Trojano

Coordinatori Scientifici:
Dr. C. D'Amico – Dr. G. Falco

Segreteria Scientifica:
Dr.ssa M. Deliso – Dr.ssa A. Kardhashi
Dr. N. Del Gaudio – Dr.ssa C. A. D'Oronzo
Segreteria Organizzativa:
Dr.ssa O. Dentamaro – Dr.ssa A. Renna - ginecologia@oncologico.bari.it

Interverranno
Prof. **Stefano Vella**, Prof. **Nicola Di Cagno**, Prof. **Aldo Morrone**, Prof. **Piero Berardi**, Dr.ssa **Francesca Romito**, Prof. **Carlo Sbiroli**, Dott. **Antonio Scopelliti**, Prof. **Vito Trojano**, Prof. **Agostino Faravelli**, Prof. **Pietro Dentico**, Prof. **Vittorio Delfino Pesce**, Dott. **Giovanni Ostuni**, Dott. **Angelo Paradiso**, Prof.ssa **Cinzia Germinario**, Prof. **I. Lebbi**, **Tavola Rotonda** con le Associazioni di Cooperazione Internazionale

Congresso Regionale Aogoi Friuli-Venezia Giulia

Villa Manin di Passariano (Ud), 2 ottobre 2010

Codice Ecm: 80 - 10027342

LE LINEE GUIDA ITALIANE SUL TAGLIO CESAREO

I SESSIONE
Moderatori:
Daniele Bassini – Attilio D'Atri

Presentazione
Carmine Gigli

Epidemiologia del Parto Cesareo in Italia e nel Friuli Venezia Giulia
Loris Zanier

Linee Guida per il Parto Cesareo dell'A.O.G.O.I. del Friuli Venezia Giulia
Silvio Giove

Linee guida del I.S.S.–S.N.L.G. - Percorso di elaborazione
Nicola Natale

Quale offerta di informazioni e quale supporto alle donne
Vesna Cescutti

Discussione

Coffee Break

II SESSIONE
Moderatori: Carlo Zompicchiatti – Tiziano Maggino

Consenso informato per il parto mediante taglio cesareo d'elezione e d'urgenza
Giuliano Fabiani

Taglio cesareo su richiesta materna: quali alternative
Ciro Guarino

Parto vaginale dopo Taglio Cesareo
Fracas Mara

Rivolgimento del podalico
Giovanni Del Frate

Discussione

Compilazione moduli Ecm

Segreteria Organizzativa
The Office
aogoi@theoffice.it
Via S. Nicolò, 14
34121 Trieste
Tel. 040.368343
Fax 040.368808

SIGO2010

86° CONGRESSO SIGO 51° CONGRESSO AOGOI

MILANO | 14-17 NOVEMBRE 2010 | FIERA MILANO CITY

PRESIDENTI: MAURO BUSCAGLIA - ALESSANDRA GRAZIOTTIN - NICOLA NATALE

www.sigo2010.it

Presidenti Onorari: Peter Hornnes - Issam Lebbi - Gamal Serour
Presidente SIGO: Giorgio Vittori
Presidente AOGOI: Giovanni Monni

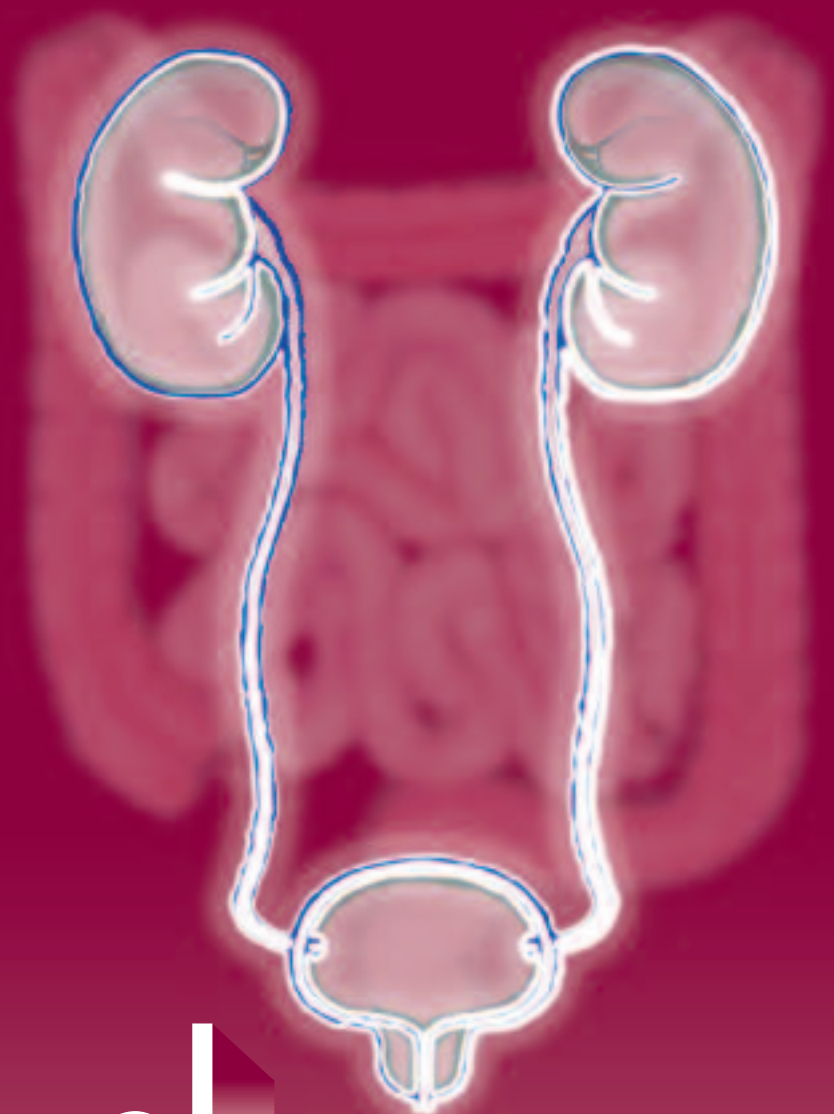
DONNA OGGI: ESSERE E BENESSERE

IDENTITÀ DONNA: NUOVE SFIDE IN GINECOLOGIA

SIGO
SOCIETA' ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

AOGOI
ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Integratore alimentare combinato, il naturale aiuto per mantenere sano il sistema urinario



Florberry®

Integratore alimentare

Estratto di cranberry e *Lactobacillus paracasei B21060* (Brevetto Bracco)

36 mg di proantocianidine per bustina

18 mg di proantocianidine per bustina

ADULTI

Confezioni da 10 bustine

JUNIOR

Bracco s.p.a.
via Egidio Folli 50
20134 Milano
www.bracco.com

Prodotto da: Probiotical S.p.A.
Via E. Mattei 3 - Novara

BRACCO
LIFE FROM INSIDE