

Speciale Congresso

Dai nostri inviati
a Torino
i mille temi
della ginecologia
dalla viva voce
dei protagonisti.

PAGINE 13-20

FEDERALISMO FISCALE

Alla ricerca del costo "giusto" in sanità

■ L'intervista

A colloquio con il ministro del Welfare Maurizio Sacconi: le nuove parole chiave per la sanità

■ Privatizziamo gli ospedali

La proposta di Berlusconi provoca plausi e polemiche. I pareri di politici e operatori

■ Risk management

Il data base Aogoi per la prevenzione del rischio sanitario in ostetricia e ginecologia

■ Contratto

Firmato il nuovo accordo: aumenti in busta paga da novembre

7/8
2008



Due età, un solo specialista: donnamag

Un valido aiuto nella sindrome premenstruale.

Circa il 40% delle donne in età fertile soffre di sindrome premenstruale. **Donnamag premenstruale** è un integratore a base di Magnesio, Calcio, Vitamina E, Vitamina B6 che, grazie alla sua formulazione appositamente studiata, può essere utile nel periodo premenstruale. Infatti nei giorni che precedono il ciclo mestruale può essere necessario un maggiore apporto di sostanze essenziali per il benessere fisico ed emotivo della donna.

Un valido aiuto nella menopausa.

La menopausa è una tappa fisiologica, ma complessa, che può essere caratterizzata da fastidiosi disturbi. **Donnamag menopausa** è un integratore di Magnesio, Calcio e Potassio con Vitamina D3, Vitamina C ed estratto di Iperico. Il suo impiego può essere utile in caso di ridotto apporto alimentare dei componenti o di aumentato fabbisogno nel periodo della premenopausa e della menopausa. Donnamag menopausa può essere un valido aiuto per molte donne.



Compresse
effervescenti



Compresse
effervescenti



UNA SOLUZIONE



sanofi aventis

La salute, la cosa più importante

Editoriale di Giovanni Monni

Prima di tutto, grazie

Cari amici, prima di tutto grazie per la fiducia e la stima che mi avete manifestato scegliendomi nuovamente quale presidente della nostra associazione.

Quelli appena trascorsi sono stati due anni importanti, culminati nel recente congresso di Torino la cui riuscita è andata al di là delle nostre stesse aspettative, come potrete constatare dall'ampio dossier ospitato in questo numero.

L'Aogoi si conferma un'associazione forte, compatta, con grande vivacità di contenuti e confronto interno. E soprattutto con una caratteristica che ci contraddistingue da sempre: quella di riuscire ad anticipare tendenze, scenari e problematiche, con i quali fare i conti nello svolgimento della nostra professione.

Così è stato per il grande tema della salute della donna, che per primi abbiamo posto all'attenzione del mondo medico e dell'opinione pubblica, quale grande questione di civiltà e di progresso per tutto il Paese. Abbiamo subito compreso che occorre idee nuove. Ed è così che nasce l'intuizione del ginecologo come "medico delle donne", inteso come il medico che accompagnerà il percorso di vita della donna, dalla nascita alla terza età. Stabilendo con lei un rapporto costante e permanente di fiducia e di indirizzo, anche nei confronti degli altri colleghi di diverse specialità con i quali le nostre pazienti dovranno confrontarsi volta per volta nel corso della loro esistenza.

Nello stesso segno vanno i nostri stimoli alla ricerca e all'innovazione terapeutica e farmacologica, promuovendo in questo campo la medicina di genere e una diversa attenzione al profilo femminile nell'approccio terapeutico. Anche dal punto di vista psicologico, come, in particolare, nel caso delle patologie oncologiche.

Ma altrettanto significativa è stata la dedizione che, fin da subito, abbiamo posto all'emergenza, che si veniva a creare anche in Italia, sul piano dell'assistenza alle donne immigrate, verso le quali non sono sufficienti i saperi tradizionali ma occorrono anche nuovi strumenti e nuovi approcci culturali e comportamentali.

E poi l'attenzione che abbiamo sempre prestato al tema del contenzioso medico-paziente, ponendoci all'avanguardia di un movimento di idee e proposte finalizzate alla progressiva de-giustizializzazione del problema in favore di un quadro di norme e iniziative volte alla prevenzione costante degli errori e alla soluzione extragiudiziale dei contenziosi, per evitare che anche in Italia prevalga la logica aberrante della medicina difensiva.

E infine la capacità che abbiamo dimostrato di presenziare, con le nostre specificità, alle diverse tornate contrattuali con un contributo costante e puntuale in seno alla Fesmed, per una progressiva valorizzazione normativa ed economica della nostra categoria.

Mi fermo qui. Potrei aggiungere molti altri temi e fronti di iniziativa nei quali l'Aogoi ha ruolo e idee portanti e coinvolgenti, per il miglioramento della realtà in cui operiamo ogni giorno nelle diverse strutture sanitarie del Paese.

Adesso abbiamo due nuovi anni di lavoro comune. Due anni che ci avvicineranno ulteriormente alla grande tappa del 2012 quando, proprio grazie al nostro prestigio e alla nostra capacità di iniziativa, si celebrerà per la prima volta in Italia il Congresso Mondiale della Ginecologia.

E quindi, ancora grazie per la vostra fiducia. E buon lavoro a tutti.



Giovanni Monni
Presidente AOGOI

Indice numero 7/8 - 2008

In evidenza

- 4 A che gioco giocheremo dopo i congressi?**
Il Corsivo di Carlo Sbiroli
- Tra i due litiganti il terzo gode. Sempre**
Il Tribunale di Roma dà ragione all'Aogoi e a Vittori

Primo piano

- 5 L'INTERVISTA**
Le parole chiave di una nuova politica sanitaria
A colloquio con il ministro del Welfare Maurizio Sacconi
- 8 PUBBLICO-PRIVATO**
Berlusconi: privatizzeremo gli ospedali
- 10 FEDERALISMO FISCALE IN SANITÀ**
Il nodo delle risorse
Interviste a Francesca Martini ed Enrico Rossi

Speciale Congresso Sigo-Aogoi

a cura di Arianna Alberti e Giulio M. Corbelli

- 13 I mille temi della ginecologia**
Bilancio di quattro giorni di intenso lavoro

Primo piano

- 21 RAPPORTO SDO 2007**
Cure sempre più appropriate, ma i TC continuano a crescere
di Ester Maragò
- 22 DONNEINRETE.NET**
Parola d'ordine: si ricomincia da Lei
di Ester Maragò
- L. 194: il Consiglio di Stato boccia le Lg lombarde**

Professione

- 23 L'ecografia come supporto all'esame clinico: responsabilità medico-legali**
di Pier Francesco Tropea
- 24 Dai "nostri" sinistri alla prevenzione del rischio clinico**
Il data base Aogoi sugli eventi avversi in ostetricia e ginecologia
di Carmine Gigli
- Dirigenza medica: firmato il nuovo contratto**
- 26 PAGINA AGITE**

Aggiornamenti

- 28 Quando l'acidità non è un male: i risultati dello studio Aogoi sulle infezioni vaginali**
Di G. Bonomo, G. Fuschillo, M.R. Palermo

Rubriche

- 29 Lettere • 30 Congressi**



NUMERO 7/8 - 2008
ANNO XIX

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: gynecoagooi@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
Anno: 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: novembre 2008
Tiratura 6.000 copie

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

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

IL CORSIVO

di Carlo Sbiroli



A che gioco giocheremo dopo i congressi?

Il Congresso di Torino ha fatto il pieno di partecipanti.

All'inaugurazione l'aula magna del Lingotto era completa in ogni ordine di posti. Scenario molto bello. Atmosfera serena, partecipazione matura (vedi ampio servizio nelle pagine centrali). Tutti contenti, è fatta anche questa volta, evviva. Alla faccia di tutti quelli che gufavano e che prevedevano un flop per l'assenza degli universitari e per la campagna negativa che questi ultimi avevano inscenato nei mesi precedenti. Nessuno si è accorto della non-partecipazione della componente universitaria. Anzi, quest'assenza ha permesso di evidenziare un fervore di studi, un desiderio di qualificazione, una vitalità che non si vedeva da anni nell'ambito della ginecologia italiana, e in particolare tra gli ospedalieri. Soprattutto ha permesso, attraverso i molti relatori stranieri presenti a Torino, un confronto diretto, sereno con la cultura ginecologica mondiale. Inoltre, la presenza di Dorothy Shaw, presidente della Figo, del vice presidente Lluís Cabero Roura, del presidente dell'Ebcog William Dunlop e di altri ancora ha sicuramente dato lustro alla manifestazione, ma soprattutto ha testimoniato la loro vicinanza alla stragrande maggioranza dei ginecologi italiani.

Ora ci prova la FioG, vale a dire quella componente della ginecologia italiana che non si riconosce nell'attuale dirigenza della Sigo. Suo diritto ovviamente. La manifestazione congressuale che si terrà a Roma nei primi giorni di novembre si preannuncia come una mobilitazione generale da parte degli universitari. Notizie recenti parlano di iscrizione in massa di specializzandi e ostetriche. Tutti invitati pur di far numero. Certamente ci sarà un successo di presenze. L'augurio è che questo avvenga. Ma che senso ha una mobilitazione di questo tipo, se non quello di giocare con i numeri e di gignere colpi di centinaia di partecipanti? L'effetto politico (nel senso di nuova consapevolezza e nuove prospettive) sarà pressoché nullo, perché l'impressione che si ha è quella di un congresso organizzato ad appena un mese di distanza da quello Sigo (congresso istituzionale, già

programmato tre anni prima) per mostrare i denti alla controparte. Chissà se alla fine dei giochi a qualcuno verrà in mente che questa ostentazione di forza non porta a nessun risultato concreto. Questo rincorrersi conferma certamente che le ambizioni sono modeste. Ma soprattutto espone al rischio di essere risucchiati ancora una volta in una logica di battaglie sterili, di accuse, di dispetti che creano certamente grosse difficoltà per la ginecologia italiana.

I primi segnali di grande disagio si sono avvertiti con la creazione di nuove associazioni tra ginecologi che sono sempre la bruttissima copia di quelle già esistenti. Questo significa che vi è malcontento. E a nulla è valso quanto scritto dal presidente FioG nella sua lettera ai soci (spedita anche ai non soci) dove si auspica una ginecologia più democratica, un nuovo linguaggio, una nuova organizzazione. Una lettera che aveva fatto sperare in una ripresa propositiva dei colloqui, in un nuovo patto di riconciliazione fra le parti. Aveva fatto sperare in una passione nuova, capace di motivare tutti i ginecologi italiani. Si sta verificando invece un più marcato "aventurinismo" da parte degli universitari. Un atteggiamento che meraviglia non poco in un momento in cui le istituzioni (università, ospedali) sono in grave crisi, anche economica. Non si può e non si deve tornare a fare le barricate, perché così agendo il rischio dell'autolesionismo è molto vicino. Se quest'analisi è esatta, allora è importante non fermarsi solo alla polemica, pure giusta, ma è importante riprendere il discorso interrotto, lacerato da troppi personalismi. Il tempo del disagio e dell'insofferenza è stato lungo. È ora di rimboccare le maniche per iniziare un ampio dibattito.

Ognuno deve riprendere il suo ruolo, ma su basi nuove, in modo da contribuire positivamente alla soluzione dei problemi aperti.

Tra l'altro questo dibattito risulterebbe di grande utilità per far uscire la ginecologia italiana da polemiche provinciali, collocandola nella dimensione più corretta e comprensibile per i nostri colleghi stranieri.

Nasce il Cigo

Tra i due litiganti... il terzo gode. Sempre

Un'indagine di qualche anno fa aveva contato più di 70 sigle sindacali e associative operanti in Italia nel mondo medico (escludendo dal computo le società scientifiche propriamente dette).

Un numero impressionante, considerando anche il fatto che più della metà dei medici in attività non risulta essere iscritta ad alcuna associazione categoriale. La cosa ancor più sconcertante è che la verifica sull'effettiva consistenza di gran parte di queste sigle portava a numeri di iscritti ridicoli. A volte neanche sufficienti a raggiungere il numero delle dita di una mano. Nonostante siano passati alcuni anni da quell'indagine e sia cresciuta nel Paese (come dimostra anche il mutato quadro politico che spinge con forza bipartisan verso una semplificazione negli schieramenti con il taglio secco di molti partiti e partitini) la pleora nell'associazionismo medico è ancora una costante. Ed è probabilmente tra le cause principali, come hanno notato a più riprese diversi osservatori, della difficoltà crescente nel presentarsi compatti, in quanto medici, di fronte alle istituzioni e alla stessa opinione pubblica.

Un problema che non si pone tanto in sede negoziale per contratti e convenzioni, dove la legge costringe comunque a logici assembleamenti per raggiungere il quorum minimo di rappresentatività che consente l'accesso alle trattative e alla firma degli accordi, come anche l'Aogoi ha fatto aderendo alla Fesmed. Quanto di fronte a tutte le grandi questioni che determinano responsabilità, status economico, prerogative. In altre parole lo stesso ruolo del medico nella società.

Questa frammentarietà facilita infatti una sostanziale dispersione delle nostre parole d'ordine e ci priva di quella forza unitaria che sarebbe invece preziosa per rispondere con più determinazione alle continue sollecitazioni che spingono sempre più spesso noi medici in posizione di difesa contro i burocrati, i politici, gli av-

vocati, i giornali e, purtroppo, gli stessi cittadini. Di fronte a questo quadro desolante non può quindi che far disperare (e se non fossimo persone serie diremmo "far ridere") quanto deciso da "quattro (di numero) volenterosi" colleghi che, con gran strombazzare di annunci e dispacci via mail, hanno stabilito che tra le tante necessità della nostra categoria ve ne fosse una più importante di tutte le altre: fare una nuova associazione di ginecologi. La nuova associazione testé creata, con la pomposa (vista la consistenza della



compagine) denominazione di "Collegio Italiano Ginecologi Ospedalieri", in sigla Cigo, nascerebbe infatti "Perché - si legge nella loro lettera aperta - l'unica associazione di ginecologi ospedalieri (cioè l'Aogoi ndr.) ha fallito nel raggiungere i suoi obiettivi". Ma mi faccia il piacere, direbbe il compianto Totò. Ma quali sarebbero codesti obiettivi? Sono cinque, secondo i nostri impavidamente. Il primo è la difesa dai contenziosi legali. Il secondo è la difesa delle retribuzioni e delle condizioni di lavoro. Il terzo, la difesa della meritocrazia nelle nomine apicali. Il quarto, il riconoscimento della funzione didattica degli ospedali. Il quinto, il riconoscimento del ruolo centrale dei medici nella gestione degli ospedali. Tanto di cappello, cari amici del neonato Ci-

go. Siamo ben consci di quanto sarebbe inutile provare a spiegarvi le molte cose già fatte, i risultati già ottenuti e le tante iniziative in essere da parte dell'Aogoi sui cinque fronti da voi indicati. Pertanto, dato che un in bocca a lupo non si nega a nessuno, ci limiteremo ad augurarvi buona fortuna.

Tuttavia qualcosa sentiamo comunque di dovervi dire. Vi rendete conto cari Bruno Andrei, Fulvia Cellani, Antonio Fasolino e Massimo Luerti (questi i nomi dei nostri eroi) che la vostra iniziativa, della quale non vogliamo neanche ipotizzare secondi o terzi fini, non farà altro che creare imbarazzo a coloro ai quali vi rivolgete per aderire all'ennesimo sindacato di condominio?

Non pensate che obiettivi e battaglie importanti e strategiche - come quelle per risolvere il crescente contenzioso medico-paziente, per contrastare la perdita di potere d'acquisto dei salari (che riguarda tutti gli italiani), per far uscire la politica dalla partita delle nomine, per porre fine al monopolio universitario sulla formazione dei medici (a proposito, degli ospedali d'insegnamento, ne avete parlato con i vostri padrini dell'Augui?) e per la conquista del governo clinico contro lo strapotere dei vari direttori generali di Asl e ospedali - siano battaglie da combattere unite. Tutti, in quanto medici, senza distinzione di casacche?

Evidentemente non vi siete posti questi complicati dilemmi. Del resto, anziché guardare in faccia la realtà e rimboccare le maniche per affrontare poteri e apparati così forti, è molto più facile inventarsi un nemico in casa sul quale scaricare frustrazioni e impotenza. Con grande gioia di quei politici, quei baroni e quei tanti nemici "veri" della nostra categoria. Come a dire: tra i due litiganti... il terzo gode. Sempre.

Il Tribunale di Roma dà ragione all'Aogoi e a Vittori

La notizia a pag. 30

Intervista al Ministro del Welfare Maurizio Sacconi



Ministro Sacconi, quest'anno corre il trentesimo anniversario di tre importanti leggi sanitarie che hanno cambiato il volto della sanità italiana. La legge 833 che ha istituito il Ssn, la legge 180 che ha innovato l'assistenza psichiatrica e la legge 194 che ha reso legale l'aborto. Qual è il suo bilancio e quali dinamiche evolutive prevede in merito?

Il nostro Servizio sanitario, istituito con la legge 833 del 1978, con le sue caratteristiche di universalità e solidarietà fondate sul dettato costituzionale, è un patrimonio importante anche se permangono divari inaccettabili tra nord e sud, a partire dall'assistenza ospedaliera che vede un nord con ospedali indubbiamente più efficienti e meglio organizzati rispetto alla stragrande maggioranza di quelli meridionali. Ma oggi questo sistema è chiamato ad affrontare nuove sfide, in un contesto profondamente mutato nel quale la sanità pubblica non solo deve poter assicurare le prestazioni legate al bisogno acuto ma deve intervenire sulle persone in tutto l'arco della vita, in un processo continuo. Per sostenere il sistema occorre sicuramente rafforzare l'autosufficienza della persona: questo significa farsi carico della salute dei cittadini sin dall'inizio, orientandoli, attraverso una adeguata informazione, ad adottare stili di vita corretti in modo da ridurre i fattori di rischio, e quindi l'incidenza delle malattie prevenibili.

Ritengo che la legge Basaglia, che trent'anni orsono ha rappresentato un significativo intervento di politica medica, modificando l'approccio alle malattie psichiatriche e privilegiando l'assistenza di prossimità, possa ora necessitare di un'ulteriore implementazione dopo un'attenta analisi sia a livello nazionale che internazionale dell'efficacia delle strategie di tutela della salute mentale, di un confronto sulle problematiche e sulle prospet-

Razionalizzazione, efficacia e appropriatezza Le parole chiave di una nuova politica sanitaria

“La direzione è quella di un universalismo selettivo capace di intercettare le reali priorità assistenziali sulla base di una rigorosa verifica dell'efficacia delle varie linee prestazionali”. È in questa chiave che il ministro Sacconi affronta in questa intervista esclusiva rilasciata al gruppo Hcom i grandi temi del Ssn, Welfare, federalismo, ruolo del privato, sostenibilità economica del sistema e nuovi Lea. E su temi cruciali per la categoria, come la formazione e il rischio clinico, Sacconi afferma che “oggi ci sono le condizioni anche per un intervento normativo a consolidamento della professione medica”

ve nell'ambito della ricerca, anche in rapporto ai servizi disponibili sul territorio, nonché di un confronto sull'efficacia di questi servizi sia dal punto di vista dei pazienti che dei loro familiari. Allo stesso modo, per quanto riguarda la legge 194, prima di ipotizzare modifiche credo sia doveroso adoperarsi per la sua compiuta attuazione. La nostra intenzione è quella di sollecitare anzitutto la piena applicazione, attraverso un rafforzamento degli strumenti di monitoraggio di cui disponiamo.

Con il Libro Verde sul welfare lei ha voluto aprire il dibattito sulle

prospettive di riforma del nostro sistema di sicurezza sociale. Per quanto riguarda la sanità ha tracciato un quadro preoccupante per il futuro se non interverranno riforme strutturali sul piano della governance ma anche dei finanziamenti, auspicando un maggiore ruolo del privato. Può approfondire quest'ultimo aspetto?

Il Libro verde sul welfare non solo vuole aprire un dibattito sul nostro sistema di sicurezza sociale, ma vuole anche mettere in luce le disfunzioni, gli sprechi e i costi dell'attuale modello italiano che, come sappiamo, è fortemente penalizzato dal peso eccessivo della spesa pensionistica. Per questo auspico la nascita di un modello di governance che garantisca la sostenibilità finanziaria attraverso un rinnovato e più autorevole livello di responsabilità a livello di governo centrale con compiti di regia ed indirizzo, affidando, invece, alle istituzioni locali l'erogazione di servizi in base a criteri di sussidiarietà e differenziazione.

Risulta altresì chiara la tendenza attuale secondo la quale la spesa privata rimane una componente essenziale delle spese socio-sanitarie delle famiglie italiane.

In questo quadro occorre dare, dunque, maggiore impulso allo sviluppo della previdenza complementare nonché ai fondi sanitari integrativi del servizio pubblico al fine di orientare e convogliare la spesa privata verso una modalità di raccolta dei finanziamenti che sia in grado di porsi accanto al finanziamento pubblico ed integrarlo.

A mio avviso siamo ad un punto tale per cui lo Stato deve intervenire con un quadro normativo adeguato, offrire benefici fiscali, ma soprattutto aiutare le persone a prendere atto dei limiti dell'intervento pubblico.

Qual è, sulla scorta della manovra del luglio scorso, il suo orientamento sulla sostenibilità finanziaria del Ssn?

La manovra impostata con il decreto legge 112/2008 garantisce un cospicuo aumento delle risorse anche negli anni 2010 e 2011. Questo aumento è superiore all'incremento atteso, in questi stessi due anni, del Pil reale. Il che significa che, in una situazione di generalizzata difficoltà a garantire incrementi della complessiva spesa primaria corrente, al settore sanitario è stato comunque assicurato uno spazio di crescita ulteriore. Certo tutto questo richiederà comunque di accelerare i processi di razionalizzazione degli attuali costi, ma è proprio ciò che ci proponiamo di conseguire con la nuova Intesa Stato Regioni che dovremo sti-



pulare entro l'anno, sui grandi temi del ridisegno delle reti ospedaliere, dell'incremento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, di una maggiore capacità dei sistemi regionali e aziendali di gestire le politiche del personale e dell'acquisizione dei beni e dei servizi.

Come risponde alle preoccupazioni sulla revisione dei Livelli essenziali di assistenza?

Siamo convinti che il margine di economia che si potrà conseguire con i processi di efficientamento della spesa sanitaria, cui prima facevo riferimento, sono tali da assicurare la possibilità di mantenere integro l'attuale profilo complessivo dei livelli essenziali di assistenza quale storicamente si è consolidato nel nostro Paese. Il problema è semmai un altro: fino ad oggi si è privilegiato un approccio genericamente espansivo del Lea, nel senso che, a fronte delle registrazioni di nuove prestazioni da considerare essenziali, non si è operata quella periodica revisione critica delle prestazioni o delle loro modalità erogative, già acquisite al sistema, ma non più prioritarie, che lo stesso decre-

to legislativo 502/92 prefigurava. La direzione deve essere quella di un universalismo selettivo, capace di intercettare le reali priorità assistenziali sulla base di una rigorosa verifica dell'efficacia delle varie linee prestazionali.

Il federalismo fiscale crea tante aspettative quanti timori. Soprattutto per la sanità e per la garanzia del mantenimento di livelli di assistenza sanitaria omogenei in tutto il Paese, indipendentemente dalla ricchezza delle singole realtà locali. Come conciliare autonomia e tutele nazionali in questo campo?

La bozza di disegno di legge del Governo, licenziata in prima lettura, parla chiaro. I meccanismi del federalismo fiscale saranno comunque tali da assicurare a tutte le realtà regionali il fabbisogno finanziario in grado di supportare il mantenimento del Lea. Ovviamente il fabbisogno finanziario assicurato sarà quello derivato da una equa determinazione dei costi standard. Le regioni che staranno dentro i costi standard non avranno problemi, quelle che fanno o faranno registrare costi superiori dovranno

accelerare i processi di razionalizzazione. Ma è una esperienza che in parte già stiamo facendo ad esempio con le Regioni impegnate nel Piano di rientro. Con il federalismo fiscale questo impianto diventerà più sistemico, con un più esplicito avvicinamento tra la dimensione dell'autonomia decisionale e quella della conseguente responsabilizzazione finanziaria, che potrà meglio essere giudicata dal cittadino elettore e fruitore dei servizi essenziali, compresi quelli sanitari.

La sanità territoriale si è sviluppata in modo assai variegato in questi anni nelle diverse Regioni, ma nel Libro Verde si indica la necessità di potenziare questi servizi su tutto il territorio nazionale. Come?

Noi vogliamo concentrare in pochi complessi ospedalieri l'impiego delle tecnologie e delle funzioni di eccellenza, cioè tutto quel che serve per i malati acuti. Ed è per questo che bisogna eliminare tanti ospedali marginali per sostituirli con la classica medicina del territorio rivalutando la figura del medico di famiglia, vero grande pilastro del no-

stro sistema perché rappresenta la reale possibilità di un migliore utilizzo delle risorse, sia nell'erogazione delle prestazioni che nel controllo delle stesse. Auspico che la medicina generale sappia sempre più rinnovarsi, riappropriandosi del suo ruolo strategico di assistenza di primo livello che giustifica la sua presenza così capillare sul territorio.

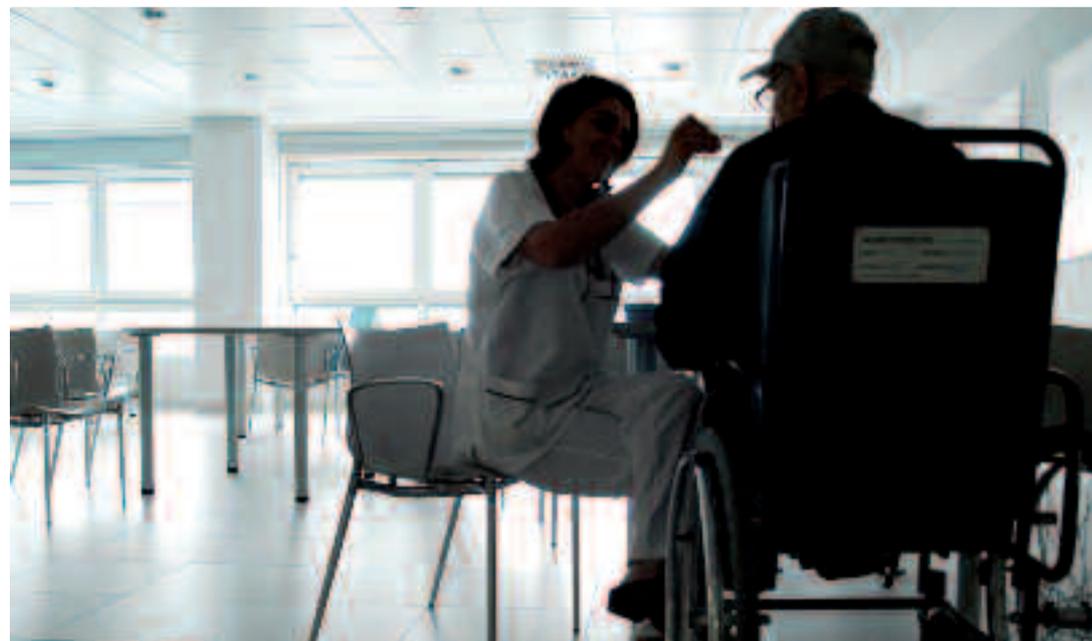
Nel Libro Verde si accenna alla necessità di garantire che il merito e la competenza siano gli unici criteri per la scelta di manager e dirigenti sanitari. Prevede un provvedimento ad hoc per cambiare le attuali regole di nomina?

Credo senz'altro che, insieme alle Regioni, i criteri di designazione dei direttori generali e dei dirigenti sanitari delle aziende vadano ripensati. Il problema non è chi li nomina, ma l'introduzione di criteri e requisiti rigorosi per evitare discrezionalità eccessive. E, comunque, ritengo che la figura monocratica dei direttori generali si sia rivelata in sé positiva.

Una delle riforme rimaste al palo in tutti questi anni è quella del governo clinico per garantire maggiore potere decisionale agli operatori sanitari nell'ambito delle aziende sanitarie, limitando in qualche modo l'attuale monocrazia dei direttori generali. Condivide questo obiettivo e pensa di portarlo avanti in questa legislatura?

Ritengo che il governo clinico sia una modalità di gestione e di miglioramento della qualità e della efficienza della attività sanitaria cui tutti, operatori e medici, debbono concorrere. Esso rappresenta, infatti, una politica sanitaria che mette al centro della propria attenzione l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni, creando le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione della qualità di queste ultime diventi parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi. Più in generale, credo che oggi ci siano le condizioni anche per un intervento normativo a consolidamento della professione medica. Penso che temi come l'accesso, la formazione specialistica, la formazione iniziale e quella continua, la definizione del rischio professionale, la stessa organizzazione ordinistica, i confini tra la professione medica e le altre professioni che chiamiamo paramediche, rappresentino materia che possa condurre a un testo unico, o forse a interventi più mirati e semplici. Non amo il ricorso troppo facile allo strumento legislativo, ma in questo ambito non ne escludo l'utilità.

© hcom - Health communication 2008



Tensione nei rapporti tra Governo e Regioni

Slitta il nuovo Patto per la salute

Ma il tavolo tecnico tra ministero e Regioni arriva ad un accordo sulla revisione dei Lea, senza i tagli richiesti dal governo e puntando sull'appropriatezza

Si sarebbe dovuto chiudere entro il 31 ottobre, così come prevedeva la Finanziaria anticipata di luglio. Ma in realtà il nuovo Patto per la Salute sembra ancora lontano: si arriverà a fine anno o forse ancora più in là. I rapporti tra Governo e Regioni sono tesi ed hanno al centro, oltre che l'accordo sulla materia sanitaria, anche il Piano Casa e l'applicazione del decreto Gelmini sulla scuola. L'ultima Conferenza dei Presidenti, che si è svolta a Roma lo scorso 30 ottobre mentre la città era "occupata" dalla manifestazione contro il decreto sulla scuola appena varato, ha ovviamente riservato gran parte dell'attenzione proprio a questo tema. Ma non ci si è dimenticati del resto. "Per il Patto della salute - ha dichiarato il presidente della Conferenza regionale, Vasco Errani - voglio ribadire il nostro concetto: dobbiamo condividere i Lea e il fabbisogno 2010-2012 per fare il nuovo Patto. Le Regioni - ha aggiunto Errani - hanno più volte dimostrato la piena volontà e determinazione di costruire una leale collaborazione e cooperazione. Non sempre è avvenuto e abbiamo preso anche non pochi schiaffi".

Proprio sui Lea il tavolo tecnico, cui partecipano rappresentanti delle Regioni e del ministero, sembra abbia trovato un'intesa, accantonando i tagli chiesti dal ministero e puntando invece sull'appropriatezza delle prestazioni. Anche la posizione della Lombardia, che aveva chiesto che i vincoli fossero applicati alle sole Regioni in deficit di bilancio, pare essere rientrata. In sostanza, dunque, dovrebbero esserci poco più di 50 prestazioni cancellate dalla lista dei Lea perché obsolete, e su questo concordano tutti. Poi alcune prestazioni la cui erogazione viene ristretta a specifiche patologie e infine un gruppo molto più ampio sottoposto a controllo, in quanto considerate ad alto rischio di inappropriatezza. Tra queste ultime si trovano in particolare gli



elenchi di Tac e risonanze magnetiche, che in un primo momento il Governo aveva chiesto fossero erogate esclusivamente per le patologie oncologiche o sospette oncologiche. Nell'accordo raggiunto la restrizione è caduta, e quindi queste indagini diagnostiche possono essere prescritte in tutti i casi in cui il medico lo ritenga opportuno, ma saranno sottoposte a monitoraggio e a misure che ne scoraggino il ricorso eccessivo e dunque inappropriato: accordi con i medici prescrittori, utilizzo di procolli diagnostici, linee guida ecc. In alcune Regioni, come la Toscana, questo avviene già: ad esempio, quando una Tac o una Rm viene prescritta in relazione alla patologia oncologica i tempi d'attesa sono brevi e vincolati, mentre quan-

do è motivata da altre cause si applica la normale lista d'attesa. Un sistema di deterrenza, insomma, che orienta molte richieste verso altre tipologie di indagine diagnostica.

Cancellata anche la proposta di origine ministeriale che rendeva obbligatoria la visita radiologica prima di ogni prestazione di diagnostica per immagini; l'obbligo di visita specifica dovrebbe essere ora ridotto solo ai casi di radiologia "interventista", applicazione di catetere o simili.

Ma se l'accordo di merito tra ministero e Regioni sulla revisione dei Lea sembra ora raggiunto, il versante economico di questo intervento resta però aperto. Va ricordato, in proposito, che i "nuovi Lea" varati nell'aprile scorso dall'allora mini-

stro Livia Turco furono invece bocciati dalla Corte dei Conti proprio perché mancava la copertura economica di 800 milioni.

La proposta originaria avanzata ora dal ministero si era calcolata che potesse produrre circa 2 miliardi di euro di risparmi, mentre la versione concordata con le Regioni avrà certamente un diverso peso economico. Questo però non dovrebbe portare ad ulteriori rinvii: il Dpcm sui nuovi Lea dovrebbe procedere, arrivando all'approvazione probabilmente entro un mese, mentre il nodo della copertura economica viene rinviato e sarà inserito nella partita complessiva del nuovo Patto per la Salute. A data da destinarsi, Corte dei Conti permettendo.

Formazione continua

Rinnovata la Commissione Ecm

La Commissione, della durata di tre anni, si è insediata lo scorso 30 ottobre ed è stata ricostituita presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) con Decreto ministeriale del 24 settembre 2008. A presiederla il ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi. Vice presidenti sono Enrico Rossi, coordinatore Commissione Salute, e Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo. A Maria Linetti l'incarico di segretario e responsabile del supporto amministrativo-gestionale. Ecco la lista completa dei componenti della nuova Commissione Ecm:

Presidente

Maurizio Sacconi, ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali)

Vice presidenti

Enrico Rossi, coordinatore Commissione Salute
Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo

Membri

Paolo Messina, Riccardo Vigneri, Melchiorre Fidelbo, Antonio Emilio Scala, Claudio Cricelli, Andrea Lenzi, Gloria Sacconi Jotti, Nora Coppola, Alberto Ferrando, Sandro Oddi, Roberto Petescia, Felice Ungaro, Alberto Zanobini, Alessandro Rossi, Pietro Stellini, Luigi Conte, Salvatore Onorati, Giuseppe Renzo, Felice Ribaldone, Gaetano Penocchio, Armando Zingales, Giuseppe Luigi Palma, Alberto Spanò, Marcello Bozzi, Gennaro Rocco, Maria Santo, Claudio Ciavatta, Salvatore Guinand, Angelo Foresta, Antonio Patrizio.

Componenti di diritto

Giovanni Leonardi (direttore generale delle Risorse umane e delle professioni sanitarie del ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) e il direttore generale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (da nominare).

Segretario e Responsabile del supporto amministrativo-gestionale Maria Linetti (ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali).

Si riapre il dibattito sul rapporto pubblico-privato

Berlusconi: privatizzeremo gli ospedali

Ma il sottosegretario Fazio precisa: stiamo pensando a promuovere joint-ventures pubblico-privato per riqualificare la rete ospedaliera italiana.

Ne discutiamo con: Bianco, Di Pietro, Rossi, Tomassini e Turco

Privatizzeremo molti ospedali pubblici". Così ha detto il presidente del Consiglio Silvio Berlusconi nelle scorse settimane, parlando a margine di un convegno dei Popolari-Liberali di Carlo Giovanardi svolto a Todi. Una frase breve, estemporanea, che ha aperto però un forte dibattito sul rafforzamento del privato all'interno del Ssn. Il sottosegretario alla Salute, Ferruccio Fazio, è quindi intervenuto per chiarire le parole del Premier: "Nel programma di Governo - ha detto Fazio - c'è l'idea di attivare i fondi strutturali per finanziare le opere di riqualificazione degli ospedali con il 50% di finanziamento a fondo perduto e il 50% di project financing". Potrebbero dunque crearsi delle situazioni in cui, all'interno degli ospedali pubblici, ci saranno delle unità gestite privatamente. "Pensiamo - ha aggiunto Fazio - che l'ospedale possa diventare una joint venture tra pubblico e privato. La riqualificazione degli ospedali è l'obiettivo da raggiungere e, se per arrivare a questo può essere utile il contributo del privato, allora ben venga".

Una questione che solleva molte domande, e che avrà conseguenze differenti a seconda di come verrà attuata. Abbiamo raccolto le opinioni di alcuni esponenti del panorama politico e professionale della sanità, per capire se e come il privato possa rappresentare un'opportunità per contenere la spesa sanitaria e realizzare investimenti in grado migliorare la qualità delle cure.

Amedeo Bianco
Presidente Fnomceo

"Gli interessi privati non sono conciliabili con quelli collettivi"

Guardo con perplessità e preoccupazione all'ipotesi che determinate attività o addirittura la parte più moderna, il *core* dell'assistenza sanitaria del futuro, possano essere oggetto di interessi privati. Interessi che, per quanto legittimi, non sono assimilabili a quelli collettivi. Sono due logiche che, viste nell'ottica dell'autonomia e della responsabilità del medico per garantire equità

e qualità delle cure, difficilmente appaiono conciliabili. Penso all'esperienza dei medici americani che vivono in un sistema dove il privato è dominante: negli editoriali pubblicati dal *Journal of American Medical Association*, quegli stessi professionisti che avevano respinto i progetti proposti da Hillary Clinton di costruire un servizio sanitario nazionale, hanno fatto marcia indietro, dichiarandosi profondamente pentiti del loro diniego.

Il privato in sanità non è una novità. Una parte consistente dei servizi sanitari sono gestiti dal privato e, guarda caso, predominano proprio nelle Regioni in "difficoltà". Se questo diventa sinonimo di efficienza facciamo attenzione. Non mancano neppure progetti realizzati in *project financing*, primo tra tutti l'ospedale di Mestre: una struttura eccellente ma che per i prossimi tren-



t'anni avrà come obiettivo solo quello di produrre un ritorno degli investimenti attuati. In buona sostanza se intervengono interessi privati, le cui logiche legittime sono quelle di realizzare profitti, è difficile pensare che si possano conciliare con quelli del pubblico di produrre e garantire salute.

Il vero problema è come si spende il denaro. Un esempio di risorse disponibili ma mai usate, o meglio utilizzate solo da alcuni, sono quelle per l'edilizia sanitaria. Bisognerebbe quindi rendere più efficiente ed efficace la spesa bonificandola da tutte le ingerenze negative che ben conosciamo. Anzi, paradossalmen-

te l'arrivo di nuovo denaro potrebbe persino peggiorare la situazione.

In sintesi: abbiamo veramente bisogno di questo? Possibile che questa sia l'unica strada percorribile per risollevare la sanità italiana? Non sarebbe preferibile recuperare efficienza? (E.M.)

Antonio Di Pietro
Deputato Italia dei Valori

"Non serve privatizzare, ma trasparenza e controlli serrati"

Noi dell'Italia dei Valori ci batteremo affinché la sanità rimanga nelle mani dello Stato. Poiché si tratta di un settore delicatissimo che non può e non deve essere privatizzato. Le cure necessarie per la salute dei cittadini devono essere garantite, come espresso anche dalla nostra Costituzione, senza operare distinzioni di sorta tra pazienti di serie A e pazienti di serie B, tra poveri e ricchi. Non credo, inoltre, che i problemi relativi alla cattiva gestione dell'ambito sanitario e alla collusione tra poteri possano essere risolti passando da una gestione pubblica ad una privata. Piuttosto, è necessario garantire massima trasparenza nella gestione dell'amministrazione e attuazione certa di controlli serrati, per evitare che episodi di gravissima malasanità, come quelli cui abbiamo assistito negli ultimi anni, si verifichino a danno della salute



dei cittadini.

Enrico Rossi
Coordinatore degli assessori regionali alla Sanità

"No alla privatizzazione, sì all'apporto del privato"

La proposta della privatizzazione degli ospedali lanciata da Berlusconi e ribadita dal sottosegretario Fazio è un grave passo indietro. Nel 2008 ricorrono i 30 anni della creazione del Servizio sanitario nazionale. Con tutti i suoi difetti, che nessuno nega e che certamente vanno superati, il sistema sanitario pubblico è una grande infrastruttura civile e istituzionale che ha dato concretezza a valori fondamentali come la



libertà, la dignità della persona, il diritto alla salute. Senza questo servizio, che rappresenta non solo una tutela essenziale per ciascuno di noi ma anche una preziosa risorsa economica, sociale e culturale, la nostra vita sarebbe diversa.

Si è parlato di fondi strutturali e di *project financing*. Penso che attivare i fondi strutturali per finanziare le opere di riqualificazione degli ospedali con il 50% di finanziamento a fondo perduto e il 50% di *project financing* significhi in pratica consegnare gli ospedali ai privati. Impegnare i fondi strutturali è giusto, aveva già iniziato a farlo il ministro Turco, ma allora è bene non fermar-

si al 50% e arrivare almeno al 75%, perché la sanità deve rimanere saldamente in mano pubblica. Si può prevedere un investimento dei privati, ma questo non deve riguardare la parte sanitaria, piuttosto i servizi logistici, come abbiamo fatto in Toscana.

Privatizzare una cardiocirurgia, ad esempio, significa di fatto allargare il business della sanità e questo porta al prestazionismo, per cui quante più prestazioni faccio tanto meglio è. L'obiettivo della sanità che vogliamo non può essere il profitto ma l'equità, l'accessibilità dei servizi, la qualità di una sanità di iniziativa, che accoglie e prende in carico con particolare attenzione chi meno sa e meno può. Per questo è importante che la parte clinica sia pubblica.

Non credo poi che mettere "pezzi di privato" dentro gli ospedali pubblici darebbe buoni risultati. Penso che quella della privatizzazione sia una cultura vecchia e superata e che il Sud, maggiormente in difficoltà, abbia bisogno di più strutture e di una migliore organizzazione piuttosto che di bravi medici perché quelli ce li ha già. Se dovessi sintetizzare il mio pensiero potrei dire quindi: no alla privatizzazione della sanità, sì all'apporto del privato di qualità. (E.A.)

Antonio Tomassini
Presidente Commissione Igiene e Sanità del Senato

"La joint venture pubblico-privato è una opportunità già in atto"

Sulla proposta di privatizzare gli ospedali maggiormente in difficoltà sono assolutamente d'accordo. E non capisco la polemica, in quanto è la soluzione giusta, anche per interrompere quell'emorragia di soldi pubblici che fa sì che rispetto al Veneto o alla Lombardia, in alcune del Regioni del meridione lo Stato spende oltre il 40 per cento in più per of-

fruire servizi che non giustificano il costo maggiore. Dunque la soluzione è il federalismo fiscale e la privatizzazione di molti ospedali pubblici.

È chiaro, però, che non si tratta di una privatizzazione degli ospedali nuda e cruda, ma l'ipotesi è quella di una joint venture tra pubblico privato, che tra l'altro già esiste, per gestire strutture ospedaliere che non funzionano con la collaborazione dei privati. L'idea è di attivare, grazie ai fondi strutturali, finanziamenti che siano al 50% a fondo perduto e al 50% in *project financing* per consentire l'ingresso del privato nelle strutture sanitarie pubbliche. Come ha già spiegato il sottosegretario alla Salute, Ferruccio Fazio. Non si tratterà dunque di ospedali privati veri e propri, quanto piuttosto dovrebbero essere create unità gestite privatamente nel pubblico.

Quella di Berlusconi non è stata una dichiarazione così, estempo-

reana. Nel programma del Pdl d'altronde alla voce Sanità, oltre all'eliminazione delle liste d'attesa e all'introduzione della trasparenza nella scelta dei manager, si parla espressamente di rinnovo tecnologico e nuove strutture ospedaliere. (S.S.)

Livia Turco
Capogruppo PD Commissione
Affari Sociali della Camera

“Meglio portare avanti il processo di modernizzazione avviato”

La sanità non funziona? La ricetta di Berlusconi è semplice: federalismo fiscale e privatizzazione degli ospedali. La nuova uscita del presidente del Consiglio va presa sul serio e analizzata bene. A partire da quella panacea di tutti i mali che rischia di diventare il federalismo fiscale. Berlusconi dice che solo dando autonomia e responsabilità tributaria alle Regioni i conti pubblici potranno essere messi a posto. Peccato



che per la sanità il progetto Calderoli sia al momento inapplicabile. Il ddl prevede infatti che il finanziamento pubblico sia erogato sulla base di costi standard ottimali secondo determinati indicatori. In altre parole finanziare solo il “giusto” e nulla di più per ogni prestazione o servizio. Un obiettivo condivisibile e sul quale occorre lavorare, sapendo però che ci vorrà tempo e grande attenzione perché, purtroppo, il nostro sistema sanitario non è attualmente in grado di effettuare la standardizzazione dei suoi costi. E a dirlo non sono

l'opposizione o qualche disfattista ma l'Istat, l'Isae e la Ragioneria generale dello Stato che, nel corso di una recente audizione in Parlamento, hanno fatto presente che i data base per poter calcolare i costi standard sono tutti da costruire.

Anche per quanto riguarda la privatizzazione degli ospedali occorre ragionare con calma senza fermarsi alle pur giuste dichiarazioni di principio sul primato del pubblico in un ambito delicato come quello della tutela della salute. Il tema del rapporto pubblico-privato in sanità non è nuovo. Ma cosa vuol dire? Si sta forse pensando a tante “cordatine” alle quali svendere un patrimonio di competenze professionali e tecnologiche fatto di centinaia di ospedali e di decine di migliaia di professionisti, tenendoci i debiti e dando ai privati i profitti? Spero proprio di no. E non esistono ricette uniche o modelli validi per ogni luogo o realtà. Ma è certo che su alcune linee generali c'è una radicata condivisione. Prima di tutto sulla loro dimensione. Oggi non ha più senso avere tanti piccoli ospedali, occorre che essi siano riconvertiti

offrendo ai cittadini di quelle località valide alternative e la certezza di avere comunque facile accesso ad un ospedale rinnovato e moderno.

Nei due anni scarsi di governo del centro sinistra abbiamo fatto molto in questa direzione. A cominciare dal riammodernamento strutturale e tecnologico della nostra rete sanitaria. Il presidente Berlusconi e i suoi ministri, invece di parlare di *project financing* con il privato senza sapere che sono già in atto, sarebbe bene si occupassero di gestire gli investimenti che gli abbiamo lasciato in eredità, monitorando la realizzazione delle opere per tenere sotto controllo tempi e costi di attuazione.

E se il privato vuole portare il proprio contributo a questa grande opera di ammodernamento del Paese, ben venga se sarà capace di promuovere nuove opportunità e nuove possibilità di tutela e di servizi.

Ma stiamo attenti alle sirene di un privato di per sé efficiente e migliore. Rischieremo di svendere un patrimonio straordinario che appartiene a tutti gli italiani per un piatto di lenticchie.



Gyno-Canesten®

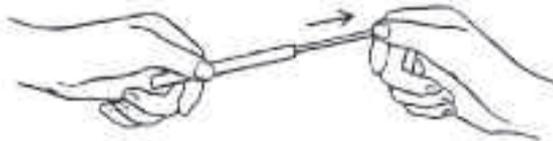
Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. 5 g di crema vaginale contengono: Principio attivo: clotrimazolo 100 mg. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Una compressa vaginale contiene: Principio attivo: clotrimazolo 100 mg. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere sezione 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Crema vaginale. Compresse vaginali. **4. INFORMAZIONI CLINICHE.** **4.1. Indicazioni terapeutiche.** Gyno-Canesten crema vaginale e compresse vaginali si usano per il trattamento di: **infezioni vulvo-vaginali sostenute da Candida**, con sintomi localizzati quali: prurito, leucorrea, arrossamento e sensazione di gonfiore della mucosa vaginale, bruciore al passaggio dell'urina. Gyno-Canesten crema si usa anche per: **vulviti e balaniti da Candida**. **4.2. Posologia e modo di somministrazione.** Le compresse o la crema vanno introdotte il più profondamente possibile in vagina ed a tale scopo la paziente dovrà assumere la posizione supina a gambe lievemente piegate. Il trattamento dovrebbe essere opportunamente iniziato e concluso nel periodo intermestruale. **GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale.** Salvo diversa prescrizione medica, si somministra giornalmente, e cioè alla sera per 3 giorni consecutivi, introducendo il contenuto di un applicatore (5 g circa) profondamente in vagina. Se necessario può essere effettuato un secondo trattamento di 3 giorni. In caso di vulvite o balanite da Candida, il trattamento dovrebbe protrarsi per 1-2 settimane. Inoltre, si consiglia l'applicazione di Gyno-Canesten crema esternamente, sulla zona perineale sino alla regione anale. Ciò si esegue applicando in loco la crema in strato sottile 2-3 volte al giorno e facendola penetrare con lieve movimento. Allo scopo di evitare una reinfezione, in particolare in presenza di vulvite o balanite da Candida, il partner deve essere contemporaneamente trattato localmente (glande e prepuzio). **GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali.** Una compressa la sera per sei giorni consecutivi (vedere sezione 6.6), oppure all'occorrenza si può attuare la posologia di 2 compresse la sera prima di coricarsi, per 3 giorni consecutivi. Nelle forme croniche recidivanti, la posologia giornaliera può essere aumentata a 2 compresse vaginali la sera, per un periodo di 6-12 giorni. Inoltre, si consiglia l'applicazione di Gyno-Canesten crema esternamente, sulla zona perineale sino alla regione anale. Ciò si esegue applicando in loco la crema in strato sottile 2-3 volte al giorno; si consiglia anche, soprattutto in caso di vulvite da Candida, il contemporaneo trattamento locale del partner (glande e prepuzio) con Gyno-Canesten crema. Perché Gyno-Canesten compresse si dissolvano completamente è necessario che la vagina presenti un adeguato grado di umidità. Altrimenti, potrebbe verificarsi la fuoriuscita di frammenti non dissolti della compressa. Per evitare ciò, è importante che il medicinale venga inserito il più profondamente possibile in vagina al momento di coricarsi. Se, nonostante tale precauzione, la compressa dovesse non dissolversi completamente nell'arco di una notte, si dovrà prendere in considerazione l'impiego della crema vaginale. **4.3. Controindicazioni.** Ipersensibilità al principio attivo, all'alcool cetostearilico (Gyno-Canesten crema) o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4. Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego.** Gyno-Canesten può ridurre l'efficacia e la sicurezza dei prodotti a base di lattice, come preservativi e diaframmi. L'effetto è temporaneo e si verifica solo durante il trattamento. L'impiego, specie se prolungato, di prodotti per uso topico, può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione. In tal caso, è necessario interrompere il trattamento e adottare idonee misure terapeutiche. L'alcool cetostearilico contenuto nella crema può provocare reazioni cutanee locali (es. dermatite da contatto). **4.5. Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** Nessuna nota. **4.6. Gravidanza ed allattamento.** Sebbene non siano stati effettuati studi clinici controllati nelle donne in gravidanza, le indagini epidemiologiche indicano l'assenza di effetti dannosi del trattamento con Gyno-Canesten sulla madre e sul bambino. Tuttavia, come per tutti i farmaci, nel primo trimestre di gravidanza il prodotto va somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. In caso di infezione vaginale da Candida, nelle ultime 4-6 settimane di gestazione va opportunamente eseguito un ciclo di cura, con l'intento di bonificare il canale genitale materno, onde evitare i frequenti casi di candidosi neonatale. In tal caso, si dovrebbe effettuare il trattamento, sotto il diretto controllo medico, con Gyno-Canesten compresse, in quanto utilizzabili senza applicatore. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non è stato osservato alcun effetto sulla capacità di guidare o di usare macchinari. **4.8. Effetti indesiderati.** Gli effetti indesiderati, classificati per organi ed apparati, sono: organismo nel suo complesso: reazione allergica (sincope, ipotensione, dispnea, disturbi gastrointestinali), dolore. Cute e annessi: prurito, eruzione cutanea. **4.9. Sovradosaggio.** Non sono riscontrabili nella letteratura segnalazioni di effetti tossici del clotrimazolo riferibili ad iperdosaggio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE.** **5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: antimicotico per uso topico, appartenente al gruppo dei derivati imidazolici. Codice ATC: G01AF02. **Meccanismo d'azione.** Il clotrimazolo agisce contro i funghi mediante inibizione della sintesi dell'ergosterolo. L'inibizione della sintesi dell'ergosterolo provoca una compromissione strutturale e funzionale della membrana citoplasmatica. **Effetti farmacodinamici.** Il clotrimazolo ha un ampio spettro d'azione antimicotica *in vitro* ed *in vivo*, che comprende dermatofiti, lieviti, muffe, ecc. In appropriate condizioni sperimentali, i valori di MIC per questi tipi di funghi sono nell'intervallo inferiore a 0,062-4-8 µg/ml di substrato. Il meccanismo

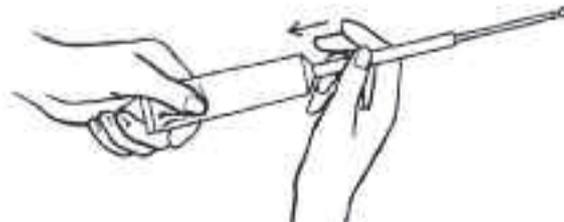
d'azione del clotrimazolo è fungistatico o fungicida in relazione alla sua concentrazione nella sede d'infezione. L'attività *in vitro* è limitata agli elementi fungini proliferanti; le spore fungine sono solo leggermente sensibili. In aggiunta alla sua attività antimicotica, Gyno-Canesten agisce anche su *Trichomonas vaginalis*, microrganismi gram-positivi (*Streptococchi* / *Stafilococchi*) e microrganismi gram-negativi (*Bacteroides* / *Gardnerella vaginalis*). *In vitro*, il clotrimazolo inibisce la moltiplicazione dei *Corynebatteri* e dei cocchi gram-positivi - con l'eccezione degli *Enterococchi* - in concentrazioni di 0,5-10 µg/ml di substrato ed esercita un'azione tricomonocida a 100 µg/ml. Le varianti primariamente resistenti di specie fungine sensibili sono molto rare; lo sviluppo di una resistenza secondaria da parte di funghi sensibili è stata finora osservata solo in casi veramente isolati, in condizioni terapeutiche. **5.2. Proprietà farmacocinetiche.** Gli studi farmacocinetici dopo applicazione cutanea e vaginale hanno evidenziato che viene assorbita solo una piccola parte del clotrimazolo (rispettivamente il 3% e dal 3 al 10% della dose). A causa della rapida trasformazione epatica del clotrimazolo assorbito in metaboliti privi di attività farmacologica, le risultanti concentrazioni plasmatiche di picco sono inferiori a 10 ng/ml; a seguito di applicazione intravaginale infatti, il clotrimazolo non dà luogo ad effetti sistemici misurabili o ad effetti indesiderati, se non in casi eccezionali. **5.3. Dati preclinici di sicurezza.** I dati preclinici rivelano assenza di rischi per gli esseri umani sulla base di studi convenzionali di tossicità per somministrazioni singole e ripetute, genotossicità e tossicità riproduttiva. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE.** **6.1. Elenco degli eccipienti.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Sorbitano stearato, polisorbato 60, cetil palmitato, alcool cetostearilico, ottidodecanolo, alcool benzilico, acqua depurata. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Lattosio monoidrato, amido di mais, magnesio stearato, silice colloidale anidra, calcio lattato pentaidrato, crospovidone, acido lattico, ipromellosa, cellulosa microcristallina. **6.2. Incompatibilità.** Non sono segnalati in letteratura fenomeni di incompatibilità del clotrimazolo con altri farmaci. **6.3. Periodo di validità.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale 3 anni. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali 4 anni. **6.4. Speciali precauzioni per la conservazione.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Nessuna speciale precauzione per la conservazione. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Nessuna speciale precauzione per la conservazione. **6.5. Natura e contenuto del contenitore.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Tubo di alluminio internamente protetto con resine epossidiche. Tubo da 30 g di crema vaginale con 6 applicatori monouso. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Blister di PVC/Alluminio. 12 compresse. **6.6 Istruzioni per l'uso e la manipolazione.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. L'applicatore va usato una sola volta e quindi gettato al fine di evitare possibili reinfezioni.

Crema vaginale

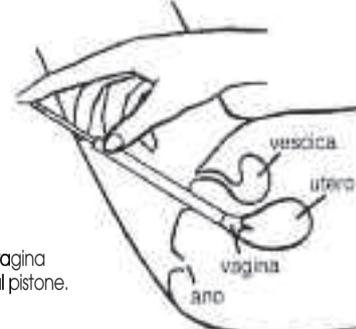
1. Innanzi tutto estrarre il pistone dall'applicatore monouso fino al suo arresto.



2. Aprire il tubo. Inserire l'applicatore monouso in quest'ultimo e tenerlo ben premuto. Riempire l'applicatore esercitando una cauta pressione sul tubo.



3. Sfilare l'applicatore monouso, introdurre lo stesso il più profondamente possibile in vagina (è consigliabile stare sdraiate) e svuotarlo mediante regolare e continua pressione sul pistone.



4. Estrarre l'applicatore e quindi gettarlo.

GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Dopo aver lavato accuratamente le mani, introdurre la compressa vaginale direttamente con il dito il più profondamente possibile in vagina (il modo migliore è con la paziente sdraiata sul dorso, con le gambe leggermente flesse). **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Bayer S.p.A. - V.le Certosa 130 - MILANO. **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Gyno-Canesten 2% crema vaginale: AIC 025833068. Gyno-Canesten 100 mg compresse vaginali: AIC 025833029. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** Gyno-Canesten 2% crema vaginale: Giugno 2005. In commercio dal settembre 1982. Gyno-Canesten 100 mg compresse vaginali: Giugno 2005. In commercio dal maggio 1973. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO.** Giugno 2007.

Federalismo fiscale: il Governo vara il Ddl delega

Il nodo delle risorse

A cura di Lucia Conti

Un taglio secco del 10%. Quasi 8 miliardi di euro in meno rispetto alla spesa sanitaria storica per le 15 Regioni italiane a statuto ordinario. È questo il dato più eclatante che si desume da una simulazione curata dal Centro Studi Sintesi di Venezia per il Sole 24 Ore, su cosa potrebbe accadere con il federalismo fiscale per quanto riguarda il finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Il ddl delega approvato dal Governo prevede che per la sanità il finanziamento pubblico sia erogato sulla base di costi standard ottimali secondo determinati indicatori. L'obiettivo dichiarato è quello di finanziare, tra risorse proprie e fondi frutto della perequazione statale, servizi e prestazioni al costo ottimale. In altre parole solo il costo "giusto" e nulla di più per ogni

Cominciano a circolare le prime simulazioni sugli effetti del provvedimento Calderoli. Per la sanità la spesa si potrebbe ridurre da un massimo di 8 a un minimo di 2,2 miliardi. Ma resta il nodo su come calcolare i costi standard

prestazione o servizio. Partendo dal principio, teoricamente ineccepibile, che se una stessa prestazione costa 100 nella tal Regione, non c'è ragione al mondo, se non quella di finanziarie sprechi o cattiva gestione, di pagarla 150 in un'altra. In attesa di avere in mano gli indicatori rea-

li che dovrebbero essere utilizzati per il calcolo dei prezzi ottimali da finanziare, il Centro Studi Sintesi (alla pagina a fianco vedi il commento del direttore del centro Studi Catia Ventura) ha elaborato propri indici dividendo le Regioni in gruppi omogenei dal punto di vista demogra-

TABELLA 1 Federalismo fiscale e costi standard in sanità

Simulazione riparto fondo sanitario sulla base di costi standard ottimali applicata alle sole Regioni a statuto ordinario

In questo caso la simulazione prende a riferimento i costi minori pro capite per funzione all'interno di gruppi di Regioni di dimensioni omogenee, misurando poi la distanza tra questi valori e quelli ottenuti dalle altre Regioni del gruppo

Regione	Spesa storica 2006 (milioni di euro)	Riparto standard (milioni di euro)	Differenza %
Piemonte	7.027	6.036	14,1
Lombardia	12.843	12.820	0,2
Liguria	3.023	2.288	24,3
Veneto	6.861	6.587	4,0
Emilia Romagna	7.350	5.821	20,8
Toscana	5.834	5.032	13,7
Umbria	1.596	1.503	5,8
Marche	2.456	2.173	11,5
Lazio	10.122	7.177	29,1
Abruzzo	1.855	1.855	0,0
Molise	580	556	4,2
Campania	7.835	7.835	0,0
Puglia	5.660	5.600	0,0
Basilicata	1.029	1.029	0,0
Calabria	3.477	2.849	18,1
Totale	77.548	69.220	10,7

Fonte: Il Sole 24 Ore, 8 settembre 2008, su dati elaborati dal Centro Studi Sintesi

fico e analizzando i costi pro capite individuando la performance migliore in termini di costo. Ne è nata una classifica (vedi tabella 1) che mostra una sostanziale differenza tra spesa storica e costo ottimale in quasi tutte le Regioni con l'eccezione di Lombardia, Abruzzo, Campania e Puglia. La somma finale presenta appunto un saldo negativo del 10%, pari a circa 8 miliardi di euro di spesa ingiustificata perché fuori dagli standard e quindi

non più finanziabile. Letta così la partita del federalismo fiscale in sanità sembrerebbe avere come risultato principale quello di un taglio secco ai finanziamenti lasciando aperti molti punti di domanda sulle ricadute in termini di prestazioni ai cittadini. Tolle le quattro regioni indicate sopra, infatti, tutte le altre, a meno di non ricorrere a nuove tasse o ticket, si vedrebbero costrette a tagliare i propri budget in misura consi-

TABELLA 2 Federalismo fiscale e costi standard in sanità

Simulazione riparto fondo sanitario sulla base della migliore spesa storica pro capite applicata a tutte le Regioni

In questo caso gli esperti del ministero del Welfare hanno elaborato due ipotesi. La prima prende a riferimento come "quota capitaria di riparto" la spesa capitaria storica di Lombardia e Veneto e la seconda la spesa capitaria storica di Emilia Romagna e Toscana.

Regioni	Spesa storica 2007 (mil. di euro)	Quota capitaria storica (euro)	Prima ipotesi con quota capitaria standard sulla media Lombardia-Veneto			Seconda ipotesi con quota capitaria standard sulla media Emilia Romagna-Toscana		
			Quota capitaria standard 1 di 1.692,01 euro	Diff. (euro)	Finanz. eccedenti rispetto a standard* (mil. di euro)	Quota capitaria standard 1 di 1.767,33 euro	Dif. (euro)	Finanz. eccedenti rispetto a standard* (mil. di euro)
Piemonte	7.900	1.798	1.692,01	105,64	465	1.767,33	30,32	133
V. D'Aosta	252	2.137	1.692,01	445,41	56	1.767,33	370,09	47
Lombardia	16.430	1.659	1.692,01	-32,78	-	1.767,33	-108,10	-
P.A. Bolzano	1.069	2.152	1.692,01	460,48	227	1.767,33	385,16	190
P.A. Trento	976	1.935	1.692,01	242,67	125	1.767,33	167,35	86
Veneto	8.446	1.725	1.692,01	32,77	158	1.767,33	-42,55	-
Friuli V.G.	2.195	1.786	1.692,01	94,27	115	1.767,33	18,95	23
Liguria	3.149	1.966	1.692,01	274,46	442	1.767,33	199,14	321
E. Romagna	7.822	1.757	1.692,01	65,28	279	1.767,33	-10,04	-
Toscana	6.642	1.777	1.692,01	85,35	314	1.767,33	10,3	37
Umbria	1.523	1.704	1.692,01	11,97	-	1.767,33	-63,35	-
Marche	2.572	1.684	1.692,01	-7,65	-	1.767,33	-82,97	-
Lazio	1.198	2.001	1.692,01	309,03	1719	1.767,33	233,71	1.300
Abruzzo	2.386	1.796	1.692,01	10,81	137	1.767,33	28,49	38
Molise	635	1.919	1.692,01	227,45	73	1.767,33	152,13	49
Campania	9.873	1.748	1.692,01	55,62	323	1.767,33	-19,70	-
Puglia	6.788	7.170	1.692,01	18,23	-	1.767,33	-57,09	-
Basilicata	990	1.744	1.692,01	52,07	31	1.767,33	-23,25	-
Calabria	3.272	1.736	1.692,01	44,29	89	1.767,33	-31,03	-
Sicilia	8.471	1.724	1.692,01	32,06	161	1.767,33	-43,26	-
Sardegna	2.727	1.673	1.692,01	-19,20	-	1.767,33	-94,52	-
Italia	105.316	1.766	1.692,01	74,47	4.715	1.767,33	-0,85	2.223

* escluse eccedenze inferiori a 20 euro

Fonte: Il Sole 24 Ore-Sanità 7-13 ottobre 2008, su dati elaborati dal ministero del Welfare

La riforma Calderoli in pillole

Punto per punto i principi ispiratori del federalismo fiscale

Il federalismo fiscale passa all'esame del Parlamento. Inizia quindi il cammino di una riforma su cui si discute oramai da anni e che ha come obiettivo il superamento del sistema di finanza regionale e locale improntato sul trasferimento di risorse derivanti in misura significativa dallo Stato. Un sistema che, secondo i sostenitori del federalismo, ha dimostrato di non poter più funzionare, perché non in grado di favorire la responsabilizzazione degli amministratori e la trasparenza dei meccanismi finanziari. Una riforma che si realizzerà attraverso una serie di interventi volti ad affidare sempre più autonomia alle Regioni e agli enti locali, ma all'interno di un sistema di verifica e accompagnamento da parte dello Stato.

Autonomia finanziaria di Regioni ed Enti locali. Ma senza aggravare del carico fiscale nei con-

fronti dei cittadini. La pressione fiscale complessiva dovrà anzi ridursi, grazie all'esclusione di ogni doppia imposizione sullo stesso presupposto, fatte salve le addizionali previste dalla legge statale. Ogni attribuzione di risorse autonome alle Regioni e agli enti locali, in relazione alle rispettive competenze, sarà effettuata secondo il principio di territorialità e sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza necessaria. Ad ogni trasferimento di funzioni dallo Stato alle autonomie, inoltre, dovrà corrispondere trasferimenti di personale, in modo da evitare duplicazioni di funzioni o costi aggiuntivi. Dovrà poi sussistere una tendenziale correlazione tra prelievo fiscale e benefici connessi, in modo anche da favorire la corrispondenza tra responsabilità finanziaria e amministrativa sul territorio. Saranno infine previsti sistemi di premialità per la amministrazioni virtuose ed efficienti,

L'ANALISI

Una precisazione sulla questione dei costi standard

di Catia Ventura,
Direttore Centro Studi Sintesi
e Alberto Cestari,
Ricercatore Centro Studi Sintesi

■ La stima dei costi standard è da considerarsi un "tentativo" di determinare i possibili risparmi derivanti dal passaggio dal criterio della

relative all'attuazione del federalismo sarà legata ai criteri di determinazione dei costi standard per ciascuna funzione di spesa essenziale. Sarà necessario stabilire se i costi standard dovranno fare riferimento alle spese effettivamente svolte dalle Regioni e dagli enti locali o se, diversamente, dovranno essere legati al contesto sociale, economico e geografico all'interno del quale tali funzioni saranno esercitate. Non si tratta di un dettaglio di poco conto. La prima soluzione appare più agevole, in quanto basata su dati finanziari desumibili dai bilanci pubblici; tuttavia, questa strada presenta alcuni limiti. Una bassa spesa per una determinata funzione potrebbe essere il frutto di una scelta politica effettuata dagli amministratori pubblici e non di uno scarso fabbisogno o di una maggiore efficienza; ad esempio, la questione della spesa per infrastrutture nel Veneto, sottodimensionata rispetto alle effettive esigenze del territorio, appare legata più a ragioni di disponibilità di risorse economiche che ad una scarsa necessità di nuove strade nel Nord-Est. Per converso, un elevato livello di spesa potrebbe dipendere non da inefficienze del settore pubblico bensì da particolari condizioni sociali ed economiche del territorio, come, ad esempio, la questione sanitaria per la Liguria. Per tale ragione, la strada più corretta, ma anche la più difficoltosa, consiste nella determinazione del fabbisogno effettivo territoriale: in linea teorica, tale fabbisogno dovrebbe prescindere dai dati di bilancio, considerando unicamente informazioni statistiche in grado di descrivere il contesto sociale, economico, demografico e geografico all'interno del quale si svolge l'azione dell'amministratore locale. Dovranno essere dei parametri oggettivi, attraverso i quali verrà finanziata la spesa ritenuta necessaria per quel determinato contesto, che, è opportuno sottolineare, rimane immutato indipendentemente dal fatto che vi siano amministratori "virtuosi" o "spreconi".

spesa storica ad un sistema che preveda parametri più oggettivi. Allo stato attuale, non vi sono indicazioni ufficiali sulle modalità di determinazione dei costi standard; per tale ragione, si è scelto di impostare la nostra simulazione sui dati di bilancio degli enti e sulla dimensione demografica delle Regioni. Tuttavia, nella prospettiva di attuazione del federalismo fiscale, riteniamo opportuno effettuare alcune ulteriori considerazioni. La bozza "Calderoli" prevede una modalità di applicazione del federalismo che verte sulle spese da finanziare. Più precisamente, tale meccanismo prevede la copertura delle prestazioni essenziali individuate dall'articolo 117 della Costituzione (sanità, assistenza e istruzione) mediante tributi propri, partecipazioni a tributi erariali e quote del fondo perequativo. Il nodo cruciale della proposta di riforma consiste nell'introduzione del concetto di "costo standard", parametro sulla base del quale verrà determinata la quota di accesso di ciascuna Regione al fondo perequativo statale. È un meccanismo che nelle ultime versioni della bozza è stato esteso anche a Province e Comuni. Una delle principali difficoltà

regionale percentuale più bassa sufficiente a finanziare in toto sanità, assistenza e scuola. Il riferimento sarebbe così la Lombardia alla quale sarebbe sufficiente trattenere il 21,3% del totale delle imposte erariali versate dai suoi cittadini e dalle sue imprese per finanziare in toto la spesa regionale, senza ricorrere al fondo perequativo. Sulla base di questo parametro è stata stilata una graduatoria che evidenzia, rispetto a questa quota, l'eccedenza da coprire con il fondo perequativo nazionale. In testa, per quota di ricorso al fondo, figurano la Campania e la Puglia, che da sole assorbitano rispettivamente il 23,6% e il 17,2% del fondo perequativo. Tutte le altre regioni si attestano su quote a una cifra, dal 9,6% della Calabria al 2% del Molise.



Lombardia e Veneto registrata nel 2007 e pari a 1.692 euro. La seconda assume come riparto standard la media della spesa procapite di Emilia Romagna e Toscana. Nel primo caso il differenziale tra spesa storica e riparto standard porterebbe a un taglio di 4,7 miliardi di euro, mentre nella seconda il risparmio scenderebbe a 2,2 miliardi. In ogni caso un bel salasso per le casse delle Asl di quasi tutte le Regioni. Per quanto riguarda invece gli scenari che si potrebbero creare con il fondo di perequazione, al momento abbiamo disponibile solo un'ipotesi, elaborata anch'essa dal Centro studi Sintesi. Lo studio, pubblicato anch'esso dal *Sole 24 ore*, analizza le nuove modalità di finanziamento previste dal ddl delega sul federalismo fiscale. Con le nuove regole le Regioni dovranno tendere a diventare "autonome" dal punto di vista finanziario, trattenendo a casa la quota parte degli introiti derivanti dalle imposte versate a vario titolo dai propri cittadini (Irap, Iva regionalizzata e Irpef), necessaria a coprire il fabbisogno per le spese sociali devolute alle Regioni (sanità, assistenza sociale e istruzione). Dato che le basi imponibili variano di molto, sarà creato un fondo perequativo per colmare i gap regionali e garantire a tutte le realtà finanziamenti adeguati ai bisogni standardizzati. Lo studio ipotizza che gli indici per il calcolo della quota di entrate fiscali da destinare a queste spese si basino sulla quota re-

derevole, con punte del 29,1% nel Lazio, del 24,3% in Liguria e del 20,8 in Emilia Romagna. Sono dati senz'altro sorprendenti che fanno riflettere, ponendo molti interrogativi. Soprattutto perché, se è vero che da quest'analisi emerge uno spaccato della sanità italiana dai mille volti con spese molto diverse tra una realtà e l'altra per prestazioni che sulla carta dovrebbe essere uguali. È altrettanto vero che il costo "giusto" in sanità non può prescindere anche da parametri di qualità e modalità di erogazione (accessibilità e fruibilità) delle prestazioni e dal contesto socio-demografico (indice di anzianità della popolazione in primo luogo).

Le due simulazioni del ministero del Welfare

Una prova indiretta dell'aleatorietà di questi calcoli viene tra l'altro da una recente simulazione effettuata dal Ministero del Welfare e pubblicata dal *Sole 24 ore sanità*, che ipotizza risparmi molto diversi da quelli ventilati dal Centro studi Sintesi. La simulazione del Welfare si basa su due ipotesi. La prima prende a riferimento (riparto standard) la media della spesa procapite in

prevedendo invece meccanismi sanzionatori per gli enti che non rispettano gli equilibri economico-finanziari o non assicurano i livelli essenziali delle prestazioni.

Dalla spesa storica ai costi standard. Si passerà gradualmente al finanziamento per costi standard corrispondenti ad una media buona amministrazione sulla base dei risultati di spesa delle Regioni. L'obiettivo è un'effettiva autonomia di entrata e di spesa di Regioni ed enti locali, con tributi di cui le amministrazioni regionali e locali potranno determinare autonomamente i contenuti, seppure nella cornice e nei limiti fissati dalle leggi. I tributi dovranno garantire flessibilità, manovrabilità e

territorialità; le amministrazioni più efficienti, che sanno contenere i costi a parità di servizi, potranno ridurre i propri tributi, così come prevedere esenzioni, detrazioni, deduzioni e speciali agevolazioni.

Le Regioni disporranno, per il finanziamento delle spese connesse ai livelli essenziali delle prestazioni (in specie: sanità, istruzione, assistenza e in modo analogo trasporto pubblico locale), di tributi regionali da individuare in base al principio di correlazione tra il tipo di tributo ed il servizio erogato; di una aliquota o addizionale Irpef; della compartecipazione regionale all'Iva; di quote specifiche del fondo perequativo. In via transitoria, le spese saranno finanzia-

te anche con il gettito dell'Irap fino alla data della sua sostituzione con altri tributi.

Perequazione

Sarà istituito un fondo perequativo a favore delle Regioni con minore capacità fiscale: per le spese riconducibili ai livelli essenziali per le Regioni; ed alle funzioni fondamentali per gli enti locali. Le Regioni potranno ridefinire la perequazione degli enti locali fissata dallo Stato, d'intesa con gli stessi enti.

Il fondo perequativo per i livelli essenziali delle prestazioni sarà alimentato, per le Regioni, dalla compartecipazione all'Iva; per le altre spese dall'addizionale regionale all'Irpef.

Garanzie per gli enti locali. I tributi degli enti locali saranno stabiliti dallo Stato o dalla Regione, in quanto titolari del potere legislativo, con garanzia di un significativo margine di flessibilità e nel rispetto dell'autonomia propria dell'ente locale. Gli enti locali disporranno di partecipazioni al gettito di tributi erariali e regionali, a garanzia della stabilità dell'ente.

Città metropolitane e Roma capitale. Sono previste specifiche disposizioni per le aree metropo-

► Segue a pagina 12



► Segue da pagina 11

litane, la cui autonomia di entrata e di spesa dovrà essere commisurata alla complessità delle funzioni. Con specifico decreto legislativo sarà disciplinata l'attribuzione delle risorse alla città di Roma, tenendo conto delle specifiche esigenze derivanti da essere la capitale. Previsto inoltre il trasferimento di beni dallo Stato al patrimonio di Regioni ed enti locali.

Coordinamento dei diversi livelli di governo. Dovrà essere garantita la trasparenza delle diverse capacità fiscali per abitante prima e dopo la perequazione, in modo da rendere evidente i diversi flussi finanziari tra gli enti. È stabilito il concorso all'osservanza del patto di stabilità per ciascuna Regione e ciascun ente locale. L'attuazione della legge dovrà inoltre essere compatibile con gli impegni finanziari assunti con il patto europeo di stabilità e crescita. Le maggiori risorse finanziarie rese disponibili a seguito della riduzione delle spese determineranno una riduzione della pressione fiscale dei diversi livelli di governo.

Finanziamenti speciali. È prevista una specifica disciplina per l'attribuzione di risorse aggiuntive ed interventi speciali in favore di determinati enti locali e Regioni finanziati con contributi speciali dal bilancio dello Stato, con i finanziamenti dell'Unione europea e con i cofinanziamenti nazionali.

Commissioni di coordinamento. Per la prima fase attuativa sarà istituita una Commissione paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale, della quale faranno parte i rappresentanti dei diversi livelli istituzionali. La Commissione dovrà raccogliere ed elaborare i dati in vista della predisposizione dei decreti legislativi da parte del Governo, in un quadro di complessiva collaborazione e condivisione tra Stato, Regioni ed enti locali. Sull'esempio di importanti paesi europei di ispirazione federale (come Spagna e Germania) si prevede poi l'istituzione di una cabina di regia (denominata "Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica"), quale sede condivisa tra tutti gli attori istituzionali coinvolti, con funzioni di verifica del funzionamento del nuovo sistema a regime e del corretto utilizzo del fondo perequativo.

Regioni speciali. Le Regioni a statuto speciale concorreranno al conseguimento degli obiettivi di perequazione e di solidarietà e all'esercizio dei diritti e doveri da essi derivanti. Specifiche modalità saranno individuate per le Regioni a statuto speciale i cui livelli di reddito pro-capite siano inferiori alla media nazionale.

Intervista al sottosegretario alla Salute, Francesca Martini

Il federalismo fiscale è l'unica alternativa per salvare il Ssn

di Ester Maragò

Sottosegretario Martini, la sanità italiana si sta avviando verso grandi cambiamenti soprattutto in vista del federalismo fiscale. In questo scenario che ruolo avrà il ministero del Welfare?

In un sistema sanitario universalistico che mantiene come caposaldo i Lea, in cui vige il principio sacrosanto del diritto alla salute per tutti, serve una guida. Un punto di partenza per arrivare a sistema omogeneo di innalzamento generale della quantità e della qualità delle prestazioni nell'ambito dell'equilibrio di bilancio. Soprattutto in un momento in cui l'assunzione di responsabilità da parte delle Regioni presenta una disomogeneità inaccettabile e genera due Paesi con differenti qualità di prestazioni.

Ma sicuramente non ci saranno ingerenze che sarebbe peraltro anacronistiche e anticostituzionali alla luce della riforma del Titolo V la quale ha già definito il governo sanitario in capo alle Regioni. Anzi, questo scenario verrà rafforzato dal federalismo

Il risanamento del Ssn e del Paese passa attraverso il Federalismo fiscale. Ne è fermamente convinta Francesca Martini, sottosegretario Welfare con delega alla Salute. Le Regioni non potranno più derogare alle loro responsabilità e chi sbaglia andrà a casa. Ma anche il Ministero farà la sua parte "accompagnando" le realtà con maggiori difficoltà economiche verso un sistema virtuoso



fiscale il quale dispone il principio della responsabilità di spesa per le realtà locali come un principio inderogabile su cui, a mio avviso, si gioca l'unica possibilità di tenuta non solo del Ssn, ma anche del Paese.

Per arrivare a un sistema omogeneo ci assumeremo delle precise responsabilità accompagnando tutte le Regioni verso modelli virtuosi già attuati sul territorio. E il nostro punto di riferimento saranno i modelli sanitari adottati in Lombardia e in Veneto. Dalla media delle performance raggiunte in queste due Regioni intendiamo ricavare un costo standard, ossia il costo delle pratiche migliori offerte ai cittadini. Un sistema che ci consentirà di passare dal finanziamento attraverso la spesa storica a quello attraverso il costo standard.

Perché prendere come punto di riferimento per l'individuazione del costo standard solo Lombardia e Veneto?

Questo è un tavolo di lavoro che stiamo perfezionando, siamo quindi disponibili all'ascolto e al

ragionamento. Ma la nostra valutazione nasce dal fatto che i modelli di riferimento hanno già dato i frutti in termini di equilibrio di spesa e nella capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, ed anche in materia di sperimentazione di modelli gestionali avanzati. Quindi nell'includere modelli diversi potremmo correre il rischio di inficiare questa azione di rinnovamento. Questa è una scelta di coraggio, perché se non si sceglie in maniera definitiva non si raggiungeranno mai gli obiettivi prefissati.

In che tempi dovrebbe avvenire questa trasformazione?

Il Federalismo fiscale e l'obiettivo dei costi standard saranno raggiunti in maniera non traumatica. Ci sarà un inserimento morbido e rispettoso delle identità regionali, che verrà supportato da un fondo di accompagnamento. Questo mi sembra un modo di operare intelligente e rigoroso perché, senza derogare dagli obiettivi stabiliti, tiene conto del fatto che il cambiamento se imposto dalla sera alla mattina diventa irraggiungibile. Quello che stiamo attuando è quanto vogliono i cittadini.

Inoltre è la strada giusta per fermare anche la mobilità interregionale dei pazienti che non aiuta nessuno: dare risposte a casa propria è fondamentale. È chiaro che alla luce del federalismo fiscale va stressato il principio del fallimento politico, ossia la inelleggibilità dei politici che sbagliano. Con questo progetto diventiamo un po' anche il sindacato del cittadino. Quello che chiede il cittadino è di vedere le cose vanno avanti.

La malasanità è un reato, come ha ricordato anche il ministro Sacconi, e non ci riferiamo a quella che va perseguita penalmente, ma a quelle cattive "abitudini" che trasformano il cittadino in una vittima di un sistema che non funziona.

Intervista ad Enrico Rossi, coordinatore degli assessori regionali alla Sanità

D'accordo, ma attenzione ai costi standard

di Eva Antoiotti

Assessore Rossi, pensa che ci saranno problemi sull'iter della legge sul federalismo fiscale?

Si è convenuto sul procedere a discutere, adesso bisognerà vedere i conti, a partire dal fatto che la spesa sanitaria complessivamente in Italia è ancora al di sotto dei Paesi più avanzati dell'Europa. Il Governo, invece, sembra orientato a contenere i finanziamenti proprio nell'applicazione del federalismo fiscale.

Dunque il nodo è ora la definizione dei costi standard?

Quando parliamo di costi standard siamo molto preoccupati, perché si continuano a confondere costo standard e media pro capite, che invece è cosa diversa.

La Regione Lombardia ha sicuramente una buona capacità di controllo della spesa, ma soprattutto ha molti giovani e questo spiega perché la sua spesa media pro capite sia più bassa. Discuteremo con le altre Regioni, ma noi siamo convinti che si debba correggere la spesa media tenendo conto della popolazione anziana. Che le persone con più di 65 anni di età abbiano un maggiore consumo di prestazioni sanitarie lo capiscono tutti, è nell'esperienza di ciascuno di noi. E tutte le analisi ci dicono che la popolazione anziana assorbe circa il 70% delle prestazioni sanitarie.

Noi abbiamo fatto uno studio e abbiamo visto che i consumi degli anziani in Lombardia sono quantitativamente gli stessi degli



anziani in Toscana. Se la Lombardia avesse in percentuale lo stesso numero di anziani che ci sono da noi, avrebbe la stessa spesa media della Toscana. Anzi, per essere puntigliosi, spenderebbero 8 euro in più.

Si può pensare di dare un valore economico alle singole prestazioni sanitarie?

È un calcolo pressoché impossi-

bile, sono 40mila le prestazioni sanitarie. Si possono isolare alcune *best practice*, anche sotto il profilo economico, ma visto che la sanità si basa anche sulla relazione tra persone, pesare le prestazioni singole come fossero un prodotto industriale è assai difficile. E peraltro sarebbe sempre a prescindere dall'appropriatezza. **Cosa comporterebbe l'applicazione a tutte le Regioni dei costi standard o della spesa media più bassa?**

Necessariamente si dovrebbero ridurre le prestazioni e in questa direzione sembra muoversi anche il ridisegno dei Lea. Ma è una vera follia, in tempo di crisi economica, tentare di ridurre un capitolo di spesa così importante per i cittadini. Con spirito di collaborazione, le Regioni discuteranno con i rappresentanti del Governo per valorizzare l'appropriatezza, riducendo gli sprechi senza penalizzare i cittadini.

Torino, 5-8 ottobre 2008

I mille temi della ginecologia



di Arianna Alberti
e Giulio Maria Corbelli

Il "colpo d'occhio" sulla platea dell'Auditorium del Lingotto quasi completamente piena in occasione dell'inaugurazione rappresenta bene lo spirito di partecipazione che ha contraddistinto l'84° Congresso Sigo e 49° Congresso Aogoi svoltosi a Torino dal 5 all'8 ottobre. Altrettanto rappresentativo il palco, su cui erano informalmente seduti, accanto ai padroni di casa Mario Campogrande e Giorgio Vittori, rappresentanti delle istituzioni, delle associazioni, dello sport e, naturalmente, delle società professionali italiane e internazionali. Due immagini emblematiche perché partecipazione e multidisciplinarietà sono stati due ingredienti fondamentali di tutti e quattro i giorni di lavori.

Al Lingotto si sono alternate sessioni dedicate alle tematiche scientifiche ad incontri con gli operatori sociali, dibattito sulle attività associative e aggiornamenti educativi. Un caleidoscopio di interventi che hanno reso l'appuntamento congressuale un'imperdibile fucina di stimoli professionali

La vita associativa

Nelle 30 sessioni del programma torinese, sono state affrontate tematiche scientifiche e sociali, ma sono stati anche dibattuti i temi specifici della vita associativa inerente la professione ostetrico-ginecologica. D'altra parte, anche per questo motivo sono convenuti nel capoluogo piemontese tanti rappresentanti dell'associazionismo scientifico internazionale,

dalla presidente della Figo Dorothy Shaw al presidente dell'Eb-cog William Dunlop, dal presidente eletto Figo Gamal Serour al segretario generale Upigo Guy Schlaeder. Nelle sessioni dedicate a questo tema, si sono affrontate, ad esempio, nella Tavola rotonda sul futuro della Figo le strategie con cui la Federazione internazionale intende affrontare le tante emergenze relative alla

salute della donna nel mondo, nella sessione sulla formazione del ginecologo europeo le iniziative che tutte le società scientifiche dedicheranno ad armonizzare e rendere più competitiva l'istruzione professionale in ciascun paese, nell'incontro sull'economia sanitaria le azioni per sollecitare un adeguamento della valutazione della prestazione ginecologica da parte della politica.

Senza contare i numerosi simposi delle società affiliate, tra cui quello dei ginecologi territoriali dell'Agite e quello dei ginecologi della terza età della Sigite, quelli dedicati alla colposcopia della Sicpev e alla diagnosi prenatale della Sidip, ed altri ancora.

La donna tra scienza e società

Naturalmente largo spazio hanno avuto le sessioni scientifiche che hanno analizzato la professione ostetrico-ginecologica in – possiamo dire – tutti i suoi aspetti. Si è approfondita la chirurgia ginecologica con esperti del calibro del tedesco Diethelm Walwiener e anche con tre colleghi di chirurgia in diretta da Berlino, Arzignano e Avellino. L'oncologia ginecologica è stata affrontata sia negli aspetti relativi all'approccio medico-paziente sia in quelli più strettamente terapeutici con approfondimenti

■ QUATTRO GIORNI INTENSI Diamo i numeri

1800	presenze
440	relatori
1366	iscritti
40	relatori stranieri
250	espositori (aziende farmaceutiche, elettromedicali, case editrici)
100	sponsor
6	corsi pregressuali
255	comunicazioni orali / poster
30	sessioni scientifiche
3	sessioni aperte al pubblico (endometriosi, economia sanitaria, donna migrante)
5	simposi sponsorizzati
7	simposi società affiliate
3	collegamenti chirurgia in diretta da Berlino, Arzignano (Vicenza) e Avellino
4	tavole rotonde
7	patrocini

particolari nella gestione del carcinoma endometriale, della cervice uterina e mammario. Ostetricia e salute riproduttiva sono stati al centro di altre importanti sessioni mentre un particolare successo ha riscosso l'incontro sull'impiego delle cellule staminali in ginecologia. Ma citare tutte le tematiche scientifiche affrontate richiederebbe troppo spazio. Occorre tuttavia sottolineare che la professione ginecologica ormai non può restare chiusa nei reparti e negli ambulatori ma deve confrontarsi con i mutamenti della società. È per questo motivo che gli organizzatori hanno dedicato specifiche sessioni a temi quali la salute della donna migrante

te o la ginecologia militare nelle quali i rappresentanti di associazioni e strutture professionali hanno potuto condividere con il pubblico le proprie esperienze. E non sorprende che la sessione dedicata ai 30 anni della Legge 194 abbia suscitato un enorme interesse, visto che il tema dell'interruzione della gravidanza è ancora oggetto di un dibattito animato sia dentro che fuori degli spazi della professione ginecologica. Il mosaico delle tematiche che sono state trattate al Lingotto è, quindi, davvero ampio: in queste pagine cerchiamo di riportarne alcune perché il discorso iniziato a Torino si sviluppi in un dibattito di continuo aggiornamento anche su *GynecoAogoi*.

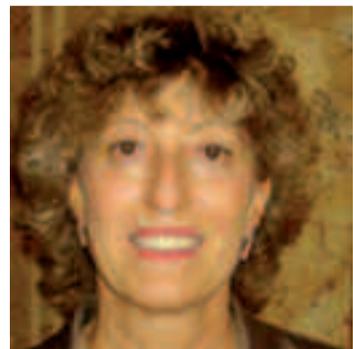
ASSEMBLEA AOGOI

Conferme e novità ai vertici associativi

Per la prima volta nella storia dell'associazione, una riconferma alla presidenza: Giovanni Monni guiderà ancora l'Aogoi con il preciso compito di rinforzare l'unità. Al suo fianco, riconfermato Antonio Chiantera alla Segreteria e nuova nomina per due vicepresidenti, Valeria Dubini e Elsa Viora

■ Partiamo dalle novità: per la prima volta un presidente viene rieletto al termine del suo mandato, e per la prima volta ci sono due donne alla vicepresidenza Aogoi. Se a questo si aggiunge la riconferma del segretario uscente e il rinnovo del direttivo, si ha un bilancio il più sintetico possibile dell'assemblea Aogoi, che nel pomeriggio di martedì 7 ottobre nell'Auditorium del Centro congressi del Lingotto di Torino ha costituito un

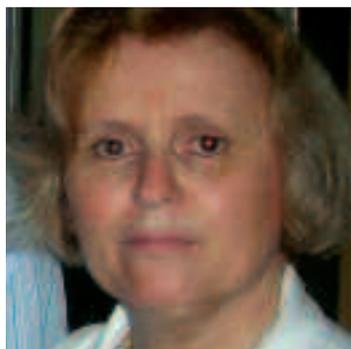
Valeria Dubini



momento molto sentito di ritrovata compattezza e voglia di lavorare all'interno dell'associazione. **Giovanni Monni**, quindi, si riconferma presidente e conferisce al suo nuovo mandato un compito particolare, quello di impegnarsi per ritrovare l'unità nel mondo ostetrico-ginecologico italiano completando l'opera di conciliazione con i colleghi universitari dell'Agui. Il

rinnovo del mandato a Monni è stato salutato dall'assemblea con un caldo applauso, che il presidente ha accolto in piedi con commossa austerità: "Ringrazio tutti voi - ha detto - per la fiducia, i segretari regionali e provinciali, che sono l'anima della nostra associazione, i giovani colleghi che sono intervenuti numerosi. Un grazie particolare al nostro inossidabile segretario nazionale **Antonio Chiantera**". Il quale, dal canto suo, ha salutato con un "ahimè" la sua decima riconferma alla Segreteria nazionale. Anche l'infaticabile segretario Aogoi è da tempo impegnato in un intenso lavoro diplomatico per ricucire lo strappo con la Agui, per il quale, come già annunciato anche sulle pagine di *Gynecoletter* (la nuova newsletter dell'Aogoi), ricomincerà a lavorare a partire da novembre, dopo il congresso Fiog. Dall'assemblea è emersa anche la

Elsa Viora



nuova "geografia" del direttivo Aogoi che vede anche due donne alla vicepresidenza: Valeria Dubini ed Elsa Viora. Mentre Viora ha anche un passato in consultorio e in ateneo, **Valeria Dubini** è da sempre impegnata nel lavoro ospedaliero, attualmente presso l'ospedale Nuovo San Giovanni di Dio di Firenze. Ma questa energica fiorentina 53enne, oltre che delle tematiche che riguardano la salute delle donne, si occupa con passione anche dei loro diritti, che si tratti di contraccezione, Ivg, donne immigrate, menopausa o chirurgia conservativa. Ha partecipato alla commissione tecnica del Ministero che si è occupata di neonati fortemente pretermine e fa parte della commissione nazionale dell'Istituto superiore di sanità per le Linee guida sulla Gravidanza fisiologica. In Aogoi ha rivestito il ruolo di Segretario provinciale e, dal 2004, è membro dell'ufficio di Presidenza nazionale. Fra le fondatrici della commissione sulla violenza alle donne, nel 2006 ha coordinato il manuale dal titolo "Violenza sulle donne: compiti e obblighi del ginecologo". Viene da Torino l'altra nuova vicepresidente Aogoi, **Elsa Viora**, e non manca di sottolinearlo anche accogliendo la nuova nomina, che considera "anche un riconoscimento al lavoro di tutte le torinesi e i torinesi, ginecologi e non, che hanno contribuito alla riuscita del nostro Congresso nazionale". Viora è oggi dirigente medico presso il Centro di ecografia e diagnosi prenatale dell'Ospedale Sant'Anna di Torino ma non dimentica i suoi otto anni di esperienza in consultorio: "La ginecologia sta diventando sempre più 'donna' - commenta - e l'Aogoi ha da tempo recepito questo cambiamento della nostra realtà lavorativa inserendo nel Consiglio di Presidenza le amiche e colleghe Valeria Dubini e Patrizia Forleo che con il loro lavoro hanno dimostrato di essere ampiamente all'altezza del ruolo loro assegnato".

congresso
SIGO-AOGOI

Tavola rotonda FIGO

La salute delle donne



Partecipare alla Tavola rotonda della Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia è un po' come guardare la Terra dalla Luna: si vedono i problemi legati alla salute delle donne del pianeta scorrere davanti agli occhi spietatamente. Le tante morti evitabili. Le iniziative di prevenzione che vanno rinforzate. I dibattiti sulle questioni etiche. Ecco formarsi un'immagine completa, paese dopo paese, e relatore dopo relatore, in questo caso tutti prestigiosi e provenienti da tutti gli angoli del pianeta. Per questo, d'altra parte, la FIGO è stata formata nell'ormai lontano 1954: per raccogliere le informazioni provenienti dai 113 paesi nel mondo in cui è presente, condividerle creando unità tra le società scientifiche nel mondo che si occupano di promuovere il benessere e la salute materno-infantile e usarle per elevare lo standard della pratica ostetrica e ginecologica a livello globale.

Tragedie evitabili

La prima immagine che si è mostrata alla platea dell'Auditorium la mattina di lunedì 6 ottobre in apertura dei lavori, è stata quella ben poco rosea descritta dalla presidente FIGO **Dorothy Shaw** che ha incentrato il suo intervento sulla necessità di attivarsi per prevenire le tragedie che incombono sulla salute della donna, molte delle quali provocano morti evitabili: "Ogni minuto nel mondo una donna muore per cause correlate alla gravidanza o al parto, 110 sono vittime di complicanze correlate alla gravidanza, 5 persone sono infettate dal virus Hiv e 650 da una malattia sessualmente



W. Dunlop

trasmissibile. Ogni due minuti una donna muore per cancro alla cervice, ogni otto minuti una donna muore in un Paese in via di sviluppo per le complicanze di un aborto in condizioni di non sicurezza. Ogni 40 minuti una donna è uccisa dal partner. Ogni anno 2 milioni di donne sono sottoposte a mutilazioni genitali e due milioni di adulti e bambini muoiono di Aids". Molte di queste drammatiche situazioni colpiscono le donne dei Paesi in via di sviluppo e, ha aggiunto Shaw, l'appuntamento in Sudafrica, a Città del Capo nel 2009, va letto come un segnale della nostra vicinanza alle loro esigenze. Naturalmente non si tratta solo di contemplare la situazione ma di intervenire: la FIGO ha diversi progetti mirati a ridurre gli inaccettabili tassi di mortalità e morbidità materno-infantile, progetti coordinati dal comitato Matherhood Newborn Health projects (Smnh) presieduto dal canadese **Andre Lalonde**: "Tra i compiti del comitato vi è il monitoraggio delle attività per la prevenzione e la cura dell'emorragia post partum, svolto sia in

Le età della donna tra natura e tecnologia

President
Mario Campogrande
Giorgio Vittori

President Onoran
D. Shaw President FIGO
W. Dunlop President IBCOG
C. G. President IBCOG

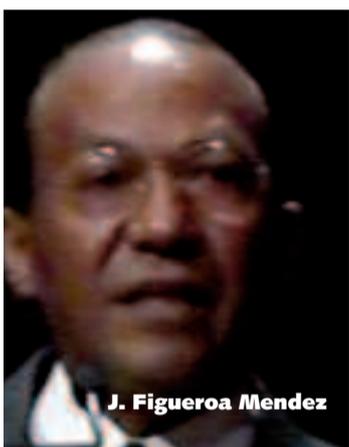
vista dalla Luna



modo indipendente che insieme ad altre organizzazioni; l'identificazione delle aree dove la Figo può svolgere un ruolo attivo, nell'ottica di formulare raccomandazioni al comitato esecutivo, e la formulazione di proposte che dovranno sempre includere una strategia per la raccolta dei fondi necessari a sostenerle". In questo senso "la raccolta dei dati è un elemento importantissimo - ha detto Lalonde - perché ci permette di formulare delle strategie efficaci, così come la sensibilizzazione delle autorità locali e il coinvolgimento della società civile". La ginecologia italiana e, in particolare, la Sigo ha da sempre condotto, secondo le parole di Lalonde, un ottimo lavoro di partnership.

L'etica nell'ottica globale

Tra gli altri comitati che seguono le specifiche aree di intervento della Figo, uno dei più delicati è sicuramente quello sugli aspetti etici della riproduzione umana e della salute della donna. Si tratta dell'unico organismo internazionale ad occuparsi dell'impatto degli aspetti etici sull'ostetricia, la ginecologia



J. Figueroa Mendez

e la salute femminile ed è composto da un folto gruppo di esperti in etica medica in rappresentanza dei paesi del mondo industrializzato e di quello in via di sviluppo. Il suo compito precipuo è quello di formulare opinioni, che vengono poi elaborate sotto forma di linee guida utilizzate dai professionisti della salute femminile di tutto il mondo sia per definire gli standard nazionali e locali, sia per promuovere un approfondito dibattito sui temi etici nell'ottica di sostenere il miglioramento della salute e della condizione della donna a livello internazionale. Le linee guida su una vasta serie di problematiche etiche sono state raccolte in un volume "Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology" diffuso nel 2006. "L'elaborazione di linee guida richiede un lavoro molto impegnativo - ha affermato l'egiziano Gamal Serour, president-elect Figo e presidente del comitato - senza contare gli aspetti legati alla traduzione e alla loro diffusione a livello internazionale".

"Una parte importante della nostra attività - ha aggiunto - è de-

dicata all'organizzazione di meeting e alla promozione di iniziative che vedono coinvolti organismi come l'Eshre, l'Unesco e l'Unicef". Serour ha poi parlato della grande responsabilità in capo a questo "consensus body" dell'etica, soprattutto per la complessità di "incorporare" nelle diverse società i numerosi aspetti etici legati alla riproduzione (dalla clonazione alla brevettazione del genoma umano), concludendo con una battuta: "forse sarà un caso, ma cinque presidenti della Figo sono stati prima presidenti del Comitato etico".

Una lingua comune sul cancro

C'è anche un italiano a capo di un altro comitato Figo: per Sergio Pecorelli, che presiede da tempo il gruppo che si occupa della ginecologia oncologica, il compito più importante di un comitato come questo è di farsi promotore e interprete di un "lingua comune". "Nomenclatura e definizioni - ha detto - sono indispensabili per parlare uno stesso linguaggio che poi è lo strumento che ci consente di capire e quindi sapere dove andare". Composto da sei membri di ogni continente, il comitato Figo, che ha sede a Milano ed è ospitato dall'Istituto europeo di oncologia che ne sostiene le spese, ha infatti tra i suoi compiti quello di formulare raccomandazioni per la classificazione e stadiazione dei tumori ginecologici e di elaborare linee guida nel campo della ricerca, dello screening, della prevenzione e gestione di queste neoplasie, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Le priorità attuali, ha spiegato Pecorelli, riguar-

dano il prosieguo e la revisione dei sistemi di stadiazione ginecologica; la revisione delle attuali linee guida, alla luce delle nuove scoperte nel campo della ricerca e delle terapie; la realizzazione di programmi di formazione da attuare nei Pvs per il training dei medici locali. In particolare per il carcinoma mammario, il comitato intende coinvolgere altri gruppi di lavoro già attivi in questo ambito, per elaborare una revisione della stadiazione e delle linee guida cliniche pratiche. Pecorelli ha invitato i ginecologi ad occuparsi di più del tumore mammario perché "sono pochi i ginecologi che se ne occupano in modo specifico", e più in generale a intensificare il lavoro di prevenzione oncologica. "I ginecologi - ha detto - sono medici fortunati perché hanno a disposizione uno strumento come il pap test e ora anche un vaccino".

Mai più aborti insicuri

Tra le strategie future della Figo c'è anche l'impegno per la prevenzione dell'aborto in condizioni di non sicurezza, di cui ha parlato il dominicano José Figueroa, segretario della Federazione latinoamericana delle società di ostetricia e ginecologia (Flasog) che ha concentrato il suo intervento sul contesto dei paesi dell'America Latina, ma - ha precisato, "a livello globale, nei paesi in via di sviluppo si stima siano 19 milioni gli aborti praticati ogni anno in condizioni di non sicurezza". Il presidente Ebcog William Dunlop ha invece dedicato il suo intervento all'importanza delle federazioni regionali in seno alla Figo. L'Ebcog, che ha sede a Bruxelles, è il Board della sezione di Ginecologia e ostetricia dell'Union européenne des médecins spécialistes (Uems) che rappresenta le associazioni nazionali dei medici specialisti nell'Unione europea. Il suo obiettivo primario è di migliorare la salute materno-infantile promuovendo i più elevati standard assistenziali in tutti i paesi europei e di unire le professionalità più qualificate della ginecologia



G. Serour

ostetricia degli stati membri. Alla tavola rotonda hanno preso parte, tra gli altri, anche John M. Okaro, presidente della Società di ginecologia e ostetricia della Nigeria (Sogon) che ha parlato dell'impatto delle iniziative Figo nell'area africana, e Arnaldo Acosta dal Paraguay, past president della Figo, che ha trattato la problematica dell'emorragia post partum.

ASSEMBLEA SIGO

Fare rete per essere più forti

■ "La partnership con le altre associazioni è il nostro punto di forza". Questo il messaggio che il presidente Sigo Giorgio Vittori ha espresso più volte nel corso dell'Assemblea ripercorrendo, attraverso le slide proiettate sul grande schermo, le numerosissime iniziative promosse dalla Società dall'inizio dell'anno, e che hanno visto coinvolte, insieme all'Aogoi e alle società affiliate, il mondo delle associazioni e i partner istituzionali, e quelle che la Sigo intende realizzare nel prossimo futuro. Tra i progetti a breve, Vittori ha presentato il format del portale scientifico a cui la Sigo sta già lavorando. Rassegna stampa, directory delle pagine di informazione scientifica utili al professionista, spazi interattivi e partecipazione sono alcune delle qualità del nuovo sito internet www.sigo.it, che sarà presto online. Ma soprattutto la multimedialità, che è già un punto di forza di tante iniziative Sigo: i video realizzati per informare, lanciare campagne, insegnare la prevenzione hanno raggiunto migliaia di giovani grazie alla immediatezza della comunicazione sul web. Tra i canali utilizzati, YouTube e la realtà virtuale di Second life, dove è ambientata anche una vera sit-com che affronta i temi della sessualità delle giovani donne e della prevenzione dei problemi ginecologici. Il presidente Sigo si è anche soffermato sull'impegno richiesto dai prossimi importanti appuntamenti congressuali, quelli nazionali Sigo, a Bari nel 2009 e a Milano nel 2010, e quelli internazionali Figo, Cape Town 2009 e, soprattutto, Roma 2012.



A. Lalonde



S. Pecorelli

È la dimensione psicologica del cancro quella posta al centro della sessione congressuale presieduta da Carlo Sbiroli. Nessuna patologia più di questa mette la paziente di fronte a una modifica radicale del proprio spazio e del proprio tempo. Ma perché il ginecologo possa essere d'aiuto, deve imparare a comunicare



Una malattia che costringe a pensare alla morte. È questo drammatico aspetto che è stato posto al centro della sessione dedicata alle "Nuove possibilità di prevenzione e di trattamento per la qualità di vita della paziente oncologica". Cancro vuol dire anche fatigue, ansia e depressione (un problema che colpisce circa l'80 per cento delle pazienti oncologiche) e il ginecologo oncologo non può non tenerne conto. Anche se un'adeguata comunicazione in campo oncologico richiede tempo per l'ascolto, per la comprensione del contesto di vita della paziente e dei suoi

GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Cancro. La dimensione psicologica della malattia

rapporti con la famiglia, mentre "le nostre strutture non sono pensate per questo".

La "lettera viola"

"La comunicazione di una diagnosi di cancro è un po' la lettera viola che il medico dà al paziente" ha detto **Francesco De**

Falco del servizio di psicologia oncologica della Fondazione Pascale di Napoli, citando il bel libro di José Saramago "Le intermittenze della morte". Dopo la diagnosi, di fronte al paziente c'è un *mare magnum*: tempo e spazio hanno una valenza tutta diversa, "lo spazio non è più il

mondo ma l'ospedale, il tempo non è più un progetto di vita ma quello dei controlli medici, con il timer dei 5 anni tra le mani...". La comunicazione in oncologia è complessa oltretutto gravosa per il medico. Cosa dire e come dirlo. La strada è "cappare quello che il paziente vuol

le sapere e procedere per gradi, tenendo presente che spesso i fantasmi sono peggiori di una dura realtà". Tra i problemi sollevati, quello che i psico-oncologi non sono strutturati: "è come se in una cardiocirurgia mancassero i cardiologi". Tra i punti sottolineati, l'importanza del lavoro di equipe tra i vari specialisti coinvolti nell'assistenza e cura alla paziente oncologica e del ruolo del personale infermieristico, il più vicino ai pazienti tanto che il tasso di burn-out tra gli infermieri è altissimo.

Il ginecologo impreparato
Un tema di ampia riflessione e

CELLULE STAMINALI

La speranza scorre nel sangue. Cordonale

Nonostante le incoraggianti prospettive legate alle terapie basate sull'uso di cellule staminali, ad oggi le sperimentazioni sull'uomo sono poche. Eppure l'impegno della ricerca è grande: anche in Italia, dove esiste una delle reti di banking di sangue cordonale migliore al mondo e dove si svolgono importanti studi nel campo della eradicazione dei tumori al seno

■ Le prospettive sono promettenti. Se così non fosse, non ci sarebbero tanti ricercatori impegnati in un campo reso sdrucchiolito da complicazioni legali, strutturali ed etiche come quello delle cellule staminali. A testimoniare la complessità delle variabili messe in campo da questo settore della ricerca, alla sessione "Le cellule staminali in ostetricia e ginecologia" del Congresso di Torino sono stati chiamati a parlare ben undici relatori. A loro il compito di analizzare difficoltà e opportunità affrontate da chi si occupa di ricerca in questo campo. A partire dalle fonti da cui rifornirsi di cellule staminali...

Banche in crescita

Tra le varie sorgenti di staminali, tutte illustrate nel suo intervento da **Maurizio Muraca** del Bambino Gesù di Roma, una delle più importanti è il sangue del cordone ombelicale dal quale proviene ad oggi il 20% delle cellule utilizzate nei trapianti. E la loro disponibilità è in aumento, grazie anche all'interesse dimostrato da parte dell'industria farmaceutica. Ad oggi in Italia è attiva una rete di 16 banche che conservano circa 15.000 campioni, numeri che pongono il nostro paese alla guida della classifica europea insieme alla Germania e alla Spagna, secondo i dati illustrati da **Paola Saracco**

della Cord blood bank del Sant'Anna di Torino. Ma in Parlamento giacciono almeno sette proposte di legge sull'argomen-

to, e tra queste il senatore **Cesare Cursi** ha citato quella presentata dal presidente della Camera che prevede la raccolta obbligatoria del sangue da cordone ombelicale, da conservare in strutture pubbliche e private convenzionate sulla base di stringenti criteri specifici definiti dal ministero del Welfare.

Staminali per sradicare il cancro

Dal punto di vista delle applicazioni, secondo i dati presentati da **Marco Salvetti**, responsabile del Centro neurologico terapie sperimentali (Centers) dell'ospedale Sant'Andrea di Roma, nel mondo si spende ogni anno un miliardo di dollari per ricercare farmaci a base di cellule staminali, ma si parte da 5.000 candidati per arrivare ad avere, a oggi, solo un farmaco registrato per uso umano. Tra i settori in cui si hanno le sperimentazioni più interessanti, quel-



C. Cursi



Sandro Melani

Nicola Natale

dibattito ha riguardato la mancanza di preparazione del ginecologo, ma più in generale del medico, nell'accompagnamento della paziente nel suo percorso di fine-vita. "L'approccio in fase diagnostica è importante, ma lo è soprattutto in fase terminale, quando i medici scappano". Perché, come ha affermato **Carlo Sbiroli** che ha moderato la sessione, "a scuola ci insegnano a far nascere non ad accompagnare alla morte... E d'altronde è difficile per un terapeuta, il cui operato è teso a prolungare il più possibile la vita del suo paziente, pensare anche alla morte, che vive, necessariamente, come un fallimento".

"Siamo i medici della vita, comunicare la morte non è nel nostro Dna" ha affermato sdrammatizzante **Carlo Maria Stigliano** che ha parlato della prevenzione vaccinale anti-Hpv e del vissuto delle bambine/adolescenti, soffermandosi sugli aspetti legati all'impatto che questo tipo di vaccinazione può avere non solo sulle adolescenti (con una percezione di immunità tout court riguardo alle malattie sessualmente trasmesse), ma anche su madri e padri "costretti a pensare all'incipiente sessualità delle loro bambine". Ai ginecologi spetta un ruolo di primo piano nella strategia vaccinale anti-Hpv, ha aggiunto, insieme ai medici di famiglia e ai pediatri, "un ruolo che dobbiamo valorizzare, tanto più perché non adeguatamente riconosciuto a livello istituzionale".

lo delle terapie rigenerative nel trattamento di malattie come la sclerosi multipla, di cui ha parlato a Torino Marco Salvetti, o quello relativo alle cardiopatie: per il biologo bolognese **Carlo Ventura** le staminali potrebbero aiutare buona parte dei pazienti con insufficienza cardiaca ad evitare il trapianto di cuore.

Ma forse il campo d'applicazione di maggior interesse ginecologico è quello relativo all'oncologia, principalmente per la cura del cancro al seno. Le "cancer stem cells", considerate le "radici" del tumore, costituiscono, come ha spiegato **Carla Boccaccio** del dipartimento di Scienze oncologiche dell'Università di Torino, la sottopopolazione cellulare necessaria e sufficiente a generare tutta la massa cellulare tumorale. Quindi teoricamente se si riuscisse ad eliminare tutte le cancer stem cells, attualmente resistenti ai trattamenti, si riuscirebbe ad evitare la formazione di nuova massa tumorale. Una prospettiva incoraggiante sulla quale sono già stati fatti alcuni importanti passi in avanti studiando il ruolo dell'oncogene Met.

MEDICINA DI GENERE

Salute, sostantivo femminile

Parlare di medicina di genere in un Congresso di ginecologi può apparire scontato. Ma se si affrontano gli aspetti che vanno "oltre" la ginecologia e l'ostetricia, l'appuntamento diventa un'occasione fondamentale per tracciare un quadro ben più ampio della salute al femminile. E quindi aiutare il ginecologo a diventare realmente un "medico della donna" completo



Non poteva essere che quella su "Medicina di genere: non solo ginecologia e ostetricia" l'unica sessione ad avere esclusivamente relatori di sesso femminile: "non è stato difficile trovarle - ha spiegato **Valentina Donvito** che ha presieduto la riunione - perché negli ultimi anni le donne che si occupano di salute delle donne sono sempre più numerose e preparate". Per fortuna: perché il lavoro da compiere per superare la "maschilizzazione" della medicina è ancora tanto. Basti pensare che "i farmaci non sono mai stati studiati sulle donne, a causa dei potenziali effetti confondenti delle variazioni ormonali, delle difficoltà di reclutare donne negli studi, della paura degli eventuali effetti teratogeni ma anche per l'assurdo convincimento che la donna sia esattamente come l'uomo, solo più piccola". La denuncia fatta dalla farmacologa **Flavia Franconi**, vicepresidente della Società italiana per la salute e la medicina di genere, nasce da una preoccupazione per la diversa farmacocinetica registrata nelle donne. Anche perché "tra le donne in età fertile, quelle che prendo-

no un anticoncezionale ormonale e quelle che non lo prendono sono due categorie completamente diverse dal punto di vista farmacologico".

Alcuni dei meccanismi che influenzano questo genere di fenomeni sono stati illustrati da **Francesca Fiorillo** del Department Menopausal service di Napoli, che ha evidenziato le profonde reciproche influenze esistenti tra il sistema endocrino, quello immunitario e quello nervoso. "Le donne - ha specificato - hanno un sistema immunitario più efficace che consente una maggiore protezione dalle infezioni e dai tumori ma vanno incontro a maggiori problemi legati a patologie autoimmuni che, nel 75% dei casi, colpiscono donne".

Ma **Carlotta Buzzoni** dell'Associazione italiana registri tumori è meno ottimista rispetto alla "protezione" antitumorale presente nel sistema immunitario femminile: "Nel nostro paese una donna ogni 4 ha la probabilità teorica di ammalarsi di tumore nel corso della vita, e una su 11 ha la probabilità di morirne; un rischio che cresce con l'età, poiché fino a 44 anni è diagnosticato solo il 9% del

totale dei tumori, tra le donne in età adulta il 30% e il rimanente 60% tra le ultrasessantacinquenni".

Ma a preoccupare le donne ci sono anche cuore e mente. Ad occuparsi del primo è stata **Patrizia Presbitero** dell'Istituto Clinico Humanitas di Milano. "Se la cardiopatia ischemica è la causa più comune di mortalità e morbilità in ambedue i sessi - ha spiegato - nelle donne l'attività degli ormoni sessuali nel corso della vita riproduttiva attenua l'influenza dei fattori di rischio e ritarda la comparsa della malattia fino a dopo la menopausa. Ma se questa differenza biologica rappresenta un vantaggio per le donne, vi sono alcuni svantaggi collegati alle abitudini sociali che aumentano la presenza di alcuni fattori di rischio quali l'obesità, la sedentarietà ed il diabete mellito". E per quanto riguarda la "mente" o, meglio, la relazione tra genere e malattie psichiatriche, **Maria Zuccolin** della Società italiana di psichiatria ha sottolineato come si registrino tassi di prevalenza di patologie psichiche come depressione o disistima quasi doppi nelle donne rispetto agli uomini.

ENDOMETRIOSI Dal dolore pelvico all'infertilità

Un registro nazionale per far emergere la realtà di una patologia troppo spesso sottovalutata: lo ha presentato a Torino la senatrice **Bianconi** mentre esperti clinici di tutto il mondo si sono confrontati sugli interventi terapeutici più efficaci

■ Denunciare la disinformazione sull'endometriosi e far capire che si tratta di una malattia troppo spesso sottovalutata è stato l'obiettivo di numerose iniziative specifiche del mondo ostetrico-ginecologico italiano. Non poteva quindi mancare a Torino una sessione aperta al pubblico dedicata a questa patologia che colpisce, secondo i dati forniti dall'Associazione italiana endometriosi, il 10-17% delle donne in età fertile. Solo che troppo spesso si giunge alla diagnosi solo dopo che la malattia ha mostrato uno dei suoi segni peggiori, l'infertilità. Per far luce sulla realtà sommersa, la senatrice **Laura Bianconi** ha presentato un disegno di legge per l'istituzione di un "Registro nazionale endometriosi" che ha illustrato al Congresso di Torino. Secondo la proposta, il registro sarà attivato presso l'Iss e metterà l'Italia in linea con la mozione Ue nella quale si richiedeva agli stati membri di riconoscere l'endometriosi come malattia sociale. Purtroppo, però, allo stato attuale non esiste una cura definitiva per l'endometriosi: la terapia farmacologica mira a ridurre i dolori pelvici, primo sintomo della patologia, con il ricorso a Fans o a farmaci di tipo ormonale, mentre attraverso il trattamento chirurgico, che generalmente oggi avviene con tecnica laparoscopica poco invasiva, si procede all'asportazione delle lesioni endometriali. Ma anche questo non risolve il problema: secondo due studi commentati a Torino da **Tommaso Falcone** del dipartimento di Ostetricia e ginecologia della Cleveland Clinic in Ohio, i tassi di recidiva nel trattamento chirurgico del dolore pelvico associato all'endometriosi a 1 e 3 anni sono del 10 e del 36%. Ma uno studio retrospettivo a 7 anni ha trovato che meno della metà (44,6%) delle pazienti che si erano sottoposte all'intervento con tecnica laparoscopica hanno evitato di tornare ad operarsi. Percentuali maggiori si hanno in caso di operazione invasiva con asportazione dell'utero. D'altra parte le pazienti operate per endometriosi profonda interessante i legamenti uterosacrali presentano spesso importanti disturbi urogenitali. Per evitare questo fenomeno, l'equipe di **Eugenio Volpi** dell'Ospedale Mauriziano Umberto I Torino reparto di Ginecologia Oncologica ha sperimentato una tecnica, presentata al Congresso torinese, di identificazione laparoscopica delle strutture nervose attraversanti i legamenti uterosacrali che ha consentito di contenere il fenomeno.



LEGGE 194

Aborto, parlarne senza divisioni

Posti in piedi nella sala del Centro congressi del Lingotto che ha ospitato la sessione "Legge 194 dopo 30 anni". Il tema dell'aborto fa discutere e suscita interesse. A volte le opinioni diverse sfociano in contrasti, come può accadere tra ginecologi obiettori e non, ma nella sessione torinese il vicepresidente del Movimento per la vita **Lucio Romano** e il ginecologo bresciano **Pietro Puzzi** si sono confrontati senza nessuno scontro. Anche **Giovanni Fattorini**, vicepresidente Agite e moderatore della sessione, ha invitato a superare ogni divisione perché, ha detto, "l'obiezione di coscienza è una conquista per tutti, anche per chi non la pratica; servono solo delle politiche contro chi vi fa ricorso per convenienza".

Aborto sicuro

La chiave per evitare sterili contrapposizioni è analizzare il tema dal punto di vista dei dati e non delle ideologie, come ha fatto **Dorothy Shaw** parlando dell'aborto sicuro nel mondo. La situazione è chiara: ogni 8 minuti una donna muore per le conseguenze di un intervento di interruzione della gravidanza. Si tratta di morti evitabili rendendo sicure le procedure, che, invece, raramente lo sono nei 20 milioni di interventi illegali che avvengono ogni anno nel mondo e a volte nemmeno nei 22 mi-

Una sessione seguitissima e senza scontri inutili: partendo dall'analisi dei dati e dalla presa di coscienza di posizioni differenti, ciascuno ha dato il proprio contributo per rendere l'Ivg una procedura sicura che soccorre la donna nel momento del bisogno

lioni di aborti legali. I numeri comunque dimostrano che vietare l'aborto non serve ad evitare che vi si faccia ricorso, anzi può incoraggiare situazioni di clandestinità che accrescono l'insicurezza. Lo confermano anche i dati italiani, illustrati da **Michele Grandolfo**, dirigente di ricerca dell'Iss: analizzando le cifre relative a questi 30 anni di Legge 194, si rileva che con la legalizzazione si sono evitati circa 4 milioni di aborti e si può stimare una riduzione del 79% del ricorso all'aborto clandestino, ancora purtroppo presente soprattutto al Sud dove, ad eccezione della regione Puglia, i servizi per l'Ivg sono scarsi e poco accessibili. Inoltre i dati mostrano che la maggiore riduzione del ricorso all'aborto si registra tra le donne più istruite, per le quali l'aborto legalizzato è l'ultima opzione in caso di gravidanza indesiderata e non una scelta di elezione da adottare quasi come un contraccettivo.

Educazione per prevenire

Si tratta, quindi, di diffondere questa idea dell'aborto incoraggiando le iniziative educative. Ma quale tipo di educazione sessuale produce i risultati migliori? Secondo un'analisi condotta dai Cdc di Atlanta e illustrata da Shaw, gli interventi che puntano solo all'astinenza non ottengono la riduzione delle gravidanze indesiderate che si hanno con una educazione sessua-

le completa. E anche il ginecologo milanese **Tiziano Motta** ha sottolineato l'importanza degli interventi educativi in età adolescenziale, citando evidenze in letteratura secondo cui l'educazione sessuale è efficace nel ridurre i rischi connessi con la sessualità.

Come migliorare i servizi

Ma si tratta anche di rendere accessibili i servizi garantendone

al contempo la professionalità. Eppure in Italia non esistono linee guida sull'aborto prodotte dagli operatori che definiscano i requisiti minimi di qualità, come ha lamentato la neo-eletta vicepresidente Aogoi **Valeria Dubini**. Analizzando quelle esistenti all'estero, si individuano alcune caratteristiche essenziali come l'accoglienza, il rispetto della privacy, la riduzione dei tempi di attesa e infine un servizio di counselling post-Ivg sulla contraccezione.

Alla donna dovrebbe anche essere permesso di scegliere tra aborto chirurgico e aborto medico: generalmente, secondo quanto riferito dal tesoriere Sigo **Emilio Arisi**, chi chiede l'aborto medico vuole evitare l'intervento e l'anestesia e quindi accetta di essere cosciente, mentre l'intervento chirurgico viene preferito dalla donna che in qualche modo delega al medico l'interruzione della gravidanza. Secondo Arisi, allo stato attuale delle conoscenze è infondato dichiarare che l'aborto medico sia più pericoloso di quello chirurgico perché "la stima del rischio di esiti infausti per aborto farmacologico è comparabile a quello per aborto spontaneo (1,2 per 100.000) o all'interruzione di gravidanza globalmente (0,6 per 100.000)".

A destra: Dorothy Shaw presidente della FIGO



DONNE DEL CAMBIAMENTO

Diventare madre oggi

■ Maternità responsabile, sessualità e violenza contro le donne. Questi i temi affrontati nella tavola rotonda "Le donne del cambiamento tra biologia e cultura". L'età "psicosociale" per avere un figlio contrasta nettamente con l'età biologica: "donne di 38 anni vengono da noi e ci dicono che non si sentono ancora pronte per un figlio" esordisce **Simona Draghi** del Fatebenefratelli - Isola Tiberina di Roma, intervenendo sul-

I ginecologi si interrogano in una tavola rotonda su come affrontare i veloci mutamenti sociali: donne che pensano ad avere un figlio solo in tarda età, donne che devono superare una esperienza terribile come quella della violenza sessuale...

la maternità responsabile. I motivi sono vari e ben noti, la maternità in Italia costa e non è supportata, ma non sono solo economici, sempre più spesso le donne posticipano la maternità per dedicarsi alla carriera (il 43%

delle manager non ha figli) o per l'assenza di un rapporto stabile. Farsi carico delle problematiche sociali e politiche legate alla maternità è compito della politica, soprattutto, ma anche del ginecologo, che ha un ruolo importan-

te nell'educazione riproduttiva, ha detto la Draghi. "Noi ginecologi dobbiamo dire molto chiaramente alla donna che a quarant'anni un figlio potrebbe non arrivare, perché la fertilità si dimezza intorno ai 35 e scende al 10 per cento intorno ai 40 anni, che una gravidanza over 40 comporta dei rischi". Certo anche l'età del padre conta: oltre i 54 anni aumenta notevolmente il rischio di trasmettere patologie... In conclusione: "forse è giunto il momento di chiederci se i figli non valga la pena di ritornare a farli a 25 anni". L'esperienza del Svs-Soccorso violenza sessuale presso la Man-

giagalli di Milano è stata illustrata da **Marina Ruspa** che ha sottolineato come dal 2004 i numeri della violenza contro le donne siano cresciuti: "Difficile però stimare il fenomeno in tutta la sua ampiezza, anche perché i contorni della violenza domestica, la più estesa, sono i più difficili da valutare". La fascia di età più colpita è quella delle donne tra i 35 e 40 anni e la gravidanza è uno dei fattori scatenanti la violenza da parte dell'uomo. Per le donne, ha ricordato la Ruspa, i figli rappresentano uno sprone a denunciare queste violenze, soprattutto quando avvengono in loro presenza.

DONNE MIGRANTI

Sfide e opportunità per la salute della madre straniera

Le violenze subite durante il viaggio in Italia, le mutilazioni genitali segno di una cultura "altra", la differente concezione della sessualità e della maternità. Quali strumenti sono necessari al ginecologo per affrontare la complessa realtà della sua paziente proveniente da paesi lontani? A Torino una sessione congressuale che ha riscosso grande successo ha cercato di trovare le risposte a questa domanda

La prima volta che ho parlato ad un convegno era in un piccolo intervento alla fine del programma, mentre tutti andavano via. Oggi siamo qui in questa sala piena affollata, in piena dignità all'interno del programma di un congresso di ampio respiro". La ginecologa **Mbiye Diku** era appena tornata dal Cpt di Lampedusa quando ha preso la parola alla sessione "Quale salute per la donna migrante nel nostro paese" al Congresso Sigo-Aogoi: "È una discesa agli inferi - ha detto - I segni delle violenze, le cicatrici che ci troviamo davanti ci pongono domande durissime sul nostro modo di fare medicina, ma anche sulla nostra cultura". Basti pensare al fenomeno delle mutilazioni genitali femminili rispetto al quale "fino a pochi anni fa, gli stessi ginecologi operavano una sorta di rimozione del problema e spesso assumevano un atteggiamento di intolleranza, dettato da ignoranza, molto offensivo per la paziente portatrice della mutilazione. Ma - spiega **Omar Abdulcadir** del Centro di riferimento per la prevenzione e cura delle complicanze delle Mgf di Firenze - la stigmatizzazione della pratica spesso ha portato alla stigmatizzazione della donna con conseguenze nefaste nell'instaurarsi di un rapporto di fiducia medico-paziente".



Le peculiarità della donna mi-

grante si verificano anche nel campo della contraccezione, tanto che gli operatori dell'Emilia Romagna, che hanno svolto una ricerca in questo campo, hanno coniato il termine di "contraccezione transculturale": "La scelta del metodo contraccettivo dipende molto anche dai metodi noti nel paese d'origine" spiega **Grazia Lesi** della Asl di Bologna. Nei rapporti con le donne migranti, è fondamentale la presenza di un mediatore culturale perché dispone delle competenze culturali che permettono di comunicare efficacemente. Lo ribadisce anche **Kassida Khairallah** che svolge questo ruolo presso il Sant'Anna di Torino e che ha sottolineato i problemi legati alla de-

pressione post-partum nelle donne migranti: "Un fenomeno particolarmente sentito dopo il cesareo che viene vissuto come un fallimento e con il pericolo di stigmatizzazione che può venire dalla comunità di origine". Ma anche la più consueta esperienza della gravidanza è, per una donna immigrata, un evento ricco di sfide: a se stessa, alla sua comunità, al sistema socio-educativo e, naturalmente, al sistema sanitario. Per il quale, Mbiye Diku ne è convinta, gli stranieri costituiscono però non un problema ma una straordinaria opportunità di cambiamento.

**Nella foto in alto: Mbiye Diku
In basso: Aldo Morrone**



GINECOLOGIA MILITARE

Nasce il medico della donna soldato

Con l'apertura del servizio militare alle donne è cresciuta l'esigenza di avere ginecologi in divisa. L'esperienza della medicina al femminile nel Policlinico militare del Celio, dove, a dire il vero, le donne vanno a curarsi già da tempo...

Debutto ufficiale per il ginecologo militare. Non si era mai vista ad un congresso di ginecologia una sessione dedicata ai medici della donna "con le stellette", come li definisce il Colonnello **Antonio Caramanica**, Capo dipartimento di scienze nefrourologiche, capo del servizio di senologia del Policlinico militare di Roma. Il "Celio", come viene chiamato il Policlinico militare, è l'unica struttura sanitaria militare presente sul territorio nazionale che abbia compiti clinico-terapeutici. Una struttura che, spiega Caramanica, "negli ultimi anni è cresciuta sia dal punto di vista del personale che da quello delle specialità e dispone di attrezzature tecnologiche all'avanguardia. Oltre ad occuparci del personale militare e civile del ministero e dei familiari, abbiamo la possibilità di far accedere patologie, come quelle neoplastiche, vascolari, chirurgiche o neurochirurgiche, che ci interessano particolarmente: qualsiasi cittadino italiano può fare richiesta e compatibilmente con le risorse possiamo farlo accedere". Dotato di un reparto ginecologico con ambulatori specializzati di isteroscopia, ecografia, diagnostica prenatale e senologia, il Celio non effettua però servizio ostetrico.

Colonnello Caramanica, che storia ha la ginecologia militare? Non esisteva fino a circa venti anni fa, prima c'erano quasi solo chirurghi e ortopedici, perché eravamo sui campi di battaglia a fare guerre. Poi, con l'apertura anche al personale civile e ai familiari dei militari, si è cominciato a sentire l'esigenza di avere medici che seguissero i problemi delle donne. Infine c'è stato l'arruolamento del personale femminile. La maggior parte di noi sono ex chirurghi che sono poi passati alla ginecologia, ma ci sono anche colleghi di nuova generazione che sono ginecologi

assunti dall'esercito italiano. **Come si diventa un ginecologo militare?**

O si studia all'Accademia, quindi si fa l'università con le stellette, oppure ci si specializza e poi si fa il concorso per entrare nell'Arma. Alla base ci deve essere una sorta di vocazione perché le condizioni lavorative sono difficili, sia dal punto di vista economico sia per lo stress dovuto al fatto di andare spesso in giro per il mondo. Questo comporta problemi familiari e anche difficoltà per esercitare la libera professione.

Che assistenza ricevono le donne soldato in missione all'estero? Il soldato che va in missione è già



Antonio Caramanica

selezionato per fare il soldato e c'è una ulteriore selezione prima delle partenze, quindi è in perfetto stato di efficienza psicofisica. I problemi ginecologici di una donna soldato in missione all'estero sono quelli di ogni giovane donna in Italia, non variano se non perché aggravati dallo stress. In ogni caso, noi fuori area abbiamo tutte le attrezzature di intervento, eco, risonanza, tac, e al minimo accenno di patologia ci si attiva per il rientro in Patria.

ECONOMIA SANITARIA

Più peso alla ginecologia

La scarsa valutazione attribuita alle prestazioni ginecologiche dall'attuale sistema dei Drg ha ricadute pesanti sia sulla professione che sul livello di assistenza. Una questione gravissima che è al centro di molte iniziative delle società ostetrico-ginecologiche italiane. A Torino si sono incontrati per parlarne rappresentanti del mondo politico, della gestione sanitaria ed accademici

“L'uso di una sala operatoria costa in media 1.000 euro l'ora. Un intervento per endometriosi dura circa tre ore, più mezzora di preparazione prima e mezzora per sistemare dopo; e viene valutato 2.500 euro. Come può questo non generare preoccupazione per la tutela della salute delle donne?”. L'esempio lanciato da **Giorgio Vittori** in apertura della sessione sull'“Economia sanitaria in ginecologia e ostetricia”, da lui presieduta insieme con il segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera**, riflette bene il cuore del problema. Un problema che coinvolge diversi soggetti, tra cui i politici e i manager dell'area sanità. Ecco perché all'incontro sono stati chiamati a parlare insieme alla senatrice **Laura Bianconi** e al parlamentare e ginecologo **Benedetto Fucci**, l'assessore alla sanità della Regione Sardegna **Nerina Dirindin** con **Tonino Pedicini**, direttore dell'Agenzia regionale sanitaria della Campania (Arsan). E non potevano mancare esperti del calibro dell'avvocato **Carlo Cincotti** e del docente di economia sanitaria **Fabrizio Gianfrate** che ha ricordato come il rapporto tra spesa del Ssn e Pil nel nostro paese sia



Tonino Pedicini

intorno al 6,5%, inferiore, ma non troppo, alla media europea mentre la domanda di prestazioni è ben superiore. A proposito delle strategie e proposte istituzionali per una rivalutazione delle prestazioni ginecologiche, accanto a una revisione dei Drg, Gianfrate ha sottolineato la necessità di “un'analisi attenta su quante risorse occorrono davvero alla ginecologia italiana e su come debbano essere impiegate, tenendo conto delle ‘velocità diverse’ tra nord e sud”. In questo confronto, però il direttore generale dell'Arsan Pedicini ha tenuto a precisare che “i ginecologi campani tengono botta alla fuga di pazienti per i Drg



Benedetto Fucci

ad alta specializzazione, con un 7 per cento di emigrazione sanitaria, percentuale del tutto simile a quella del Nord Italia”. E riguardo allo spinoso problema dei tagli cesarei che vede la Campania al top – su oltre 62mila parti oltre il 61% sono Tc (un incremento del 528,2% tra il 1980-2000, con uno sfioramento di spesa che si aggira sui 16 milioni di euro all'anno) – Pedicini ha ricordato come pure ci siano eccezioni “virtuose”, come la Uoc di ginecologia di Castellamare di Stabia. “I ginecologi campani devono raccogliere questa sfida impegnandosi a contenere i Tc in una percentuale tra il 15 e il 20% – ha detto, ag-

giungendo che – non ci sono certo motivazioni cliniche che supportino il fenomeno, tanto più che i dati dimostrano che quando partoriscono fuori regione le donne campane ricorrono meno al cesareo”.

L'onorevole Fucci, componente della Commissione affari sociali e della Commissione Politiche della Ue della Camera dei deputati, ha sottolineato le prime incoraggianti premesse per una nuova alleanza tra medici e istituzioni che giungono dal Senato, “in particolare sugli importanti temi che riguardano le assicurazioni e la responsabilità professionale al centro dei disegni di legge Tomassini e Bianconi”. Nel tracciare il quadro del contenzioso medico-legale, che in gran parte riguarda l'ostetricia e la ginecologia, Fucci ha annunciato l'imminente costituzione di una Commissione d'inchiesta parlamentare sugli errori in medicina e tra i problemi ha ricordato come in molte Asl, soprattutto al sud, le strutture amministrative e legali siano assenti. In tema di federalismo fiscale e sanità, il senatore si è detto convinto che “garantisca trasparenza e una destinazione delle risorse più attenta ai veri bisogni del territorio”.

Sempre in tema di responsabilità professionale l'avvocato Cincotti ha sottolineato l'importanza di scindere la responsabilità esterna “paziente/struttura” da quella interna “struttura/operatore sanitario” portando ad esempio il recente drammatico episodio della fuga di gas letale fuoriuscito in sala operatoria che ha visto denunciati indiscriminatamente tutti gli operatori presenti. “Il parere delle società scientifiche in merito alla funzionalità di una struttura dovrebbe precorrere il riconoscimento di idoneità da parte del Ssn – ha affermato aggiungendo come sia necessario dar vita a un Codice di operatività per il controllo e la realizzazione dell'efficienza e dell'efficacia delle aziende, anche in termini di collegamento tra le varie strutture specialistiche”.

Ospiti internazionali
A Torino,
da tutto
il mondo

Il Congresso Sigo-Aogoi 2008 si è distinto per la grande presenza di ospiti internazionali, quasi una prova generale per il Congresso Figo di Roma del 2012. La presidente della Federazione internazionale, **Dorothy Shaw**, ha svolto il ruolo di presidente onoraria del Congresso, di presidente della seduta dedicata alle “Strategie future della Figo” e di relatrice nella sessione sulla Legge 194 ma è stata vista anche seduta tra il pubblico in tante altre sessioni. Gli altri presidenti onorari del Congresso erano, oltre al presidente Aogoi **Giovanni Monni**, **William Dunlop**, presidente dell'European Board and College of Obstetrics and Gynaecology – Ebcog, e **Gamal I. Serour**, presidente eletto Figo. Ma a Torino c'erano anche il presidente **Jan Stencl** e il segretario generale **Guy Schlaeder** dell'Union professionnelle internationale des gynécologues et obstétriciens – Upigo. Tra le altre aree geografiche rappresentate da illustri professionisti, la Spagna con **Luis Cabero Roura**, già vice presidente Figo, il Canada con il presidente del comitato Safe Matherhood Newborn Health projects (Smnh) della Figo **Andre Lalonde**, la Repubblica dominicana con **José Figueroa**, segretario della Federazione latinoamericana delle società di ostetricia e ginecologia (Flasog), la Nigeria con **John M. Okaro**, presidente della nazionale Società di ginecologia e ostetricia (Sogon), e per il Paraguay **Arnaldo Acosta**, past president della Figo. Ma c'erano anche rappresentanti di Argentina, Cina, Giappone, Giordania, Libano, e tanti altri paesi europei ed extraeuropei.

IL GINECOLOGO EUROPEO

Superare i confini della formazione

In Europa sono attivi network che si occupano di armonizzare i programmi formativi destinati agli specializzandi in ostetricia e ginecologia. Ma dall'Italia c'è poca partecipazione. I rappresentanti delle associazioni professionali discutono iniziative e strategie per aprire le porte dell'Europa ai ginecologi di domani

In una Europa realmente unita, presto non avrà più senso parlare di “ginecologo italiano” o “francese” o “spagnolo” e così via. Si delinea la figura del ginecologo europeo, cioè di quella figura professionale che racchiude in sé i requisiti necessari per l'accreditamento in Europa. Per analizzare questi requisiti, si sono trovati a discutere in occasione del Congresso di Torino i rappresentanti di varie associazioni professionali che da tempo hanno intrapreso inizia-

tive specifiche per sostenere la formazione. Ad esempio, all'interno dell'Ebcog (European board and college of obstetrics and gynaecology) è nato il network europeo dei tirocinanti in ostetricia e ginecologia (Entog) che rappresenta i futuri specialisti di 29 paesi. La rete è impegnata in Europa per armonizzare i programmi formativi sulla base di standard elevati, facilitando gli scambi e le interazioni. Tutto questo in stretta collaborazione con l'Ebcog che, dal canto suo,

offre già un vasto programma formativo e che, come ha annunciato il suo presidente **William Dunlop** a Torino, avvierà presto sul suo sito un servizio di *e-learning*.

Anche l'Upigo (Union professionnelle internationale des gynécologues et obstétriciens), la più antica associazione internazionale ostetrico-ginecologica essendo stata fondata a Parigi nel 1953, pochi mesi prima della fondazione della Figo, “si occupa dell'armonizzazione della for-

mazione degli specialisti in Europa e ha avuto un ruolo fondamentale nella creazione del gruppo di lavoro che ha elaborato nell'aprile 1993 le prime raccomandazioni europee per la formazione ostetrico-ginecologica”. Lo ha raccontato il segretario generale **Guy Schlaeder** che a Torino ha rappresentato l'Upigo insieme al vicepresidente **Jan Stencl** e al tesoriere **Pier Francesco Tropea**.

Purtroppo l'Italia, nonostante il prestigioso impegno internazionale delle sue associazioni scientifiche, fatica ad approfittare delle iniziative di formazione attivate a livello continentale. Lo ha denunciato **Pietro Gambadauro** che è stato presidente della se-

zione italiana dell'Entog e che a Torino ha presentato un'analisi tagliente della situazione nel nostro paese, a partire dal livello dei salari, uno dei peggiori in Europa. Ma su questo argomento è intervenuto anche **Vincenzo Giambanco**, presidente Sigo dal '96 al '98: “Perché in Italia non si applicano i log-book della Ebcog? Perché sono così pochi i programmi di visita ed accreditamento dell'Ebcog attivi sul nostro territorio?” si è chiesto il ginecologo palermitano, suggerendo di percorrere la strada dell'unione: “Credo che la sinergia sia la chiave per affrontare tutti gli aspetti della professione ginecologica – ha detto – In Francia, ad esempio, i programmi di accreditamento Ebcog si sono avviati anche grazie all'unificazione delle associazioni ostetrico-ginecologiche”.

Rapporto Sdo 2007

Cure sempre più appropriate, ma il ricorso al Tc continua a crescere

di Ester Maragò

L'ospedale italiano continua a mutare i propri connotati e a migliorare le sue performance. I ricoveri diminuiscono sempre di più, così come continuano a calare le giornate di degenza. Si contrae invece in maniera incisiva il Day hospital. Certo nelle regioni del Centro Sud i tassi di ospedalizzazione per acuti sono ancora troppo alti, ma anche in queste realtà locali, ad eccezione del Molise, la situazione è in netto miglioramento.

Se la qualità quindi si impone sempre più nelle corsie ospedaliere, l'eccessivo ricorso al parto cesareo continua a rimanere una macchia indelebile nell'appropriatezza delle cure.

È questa la "diagnosi" sulle strutture italiane effettuata dal Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero 2007 elaborato dal Dipartimento della qualità Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, attraverso la lettura del flusso informativo sulle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) delle strutture ospedaliere pubbliche e private. Una diagnosi ancora "preliminare" in quanto, nonostante tutte le Regioni abbiano trasmesso i dati relativi al primo semestre del 2007, mancano all'appello i numeri degli ultimi sei mesi dell'anno della Provincia Autonoma di Trento, del Friuli Venezia Giulia, delle Marche e del Molise.

Quindi, avverte il Ministero, i dati non pervenuti sono stati stimati e pertanto si consiglia cautela nella loro lettura e interpretazione.

Il quadro generale

Qual è il quadro emerso da questa prima analisi delle Sdo? L'attività ospedaliera dell'anno 2007 si consoliderebbe su 12 milioni e 319 mila 301 ricoveri, in diminuzione del 4,2% rispetto al 2006.

Una contrazione del numero dei ricoveri complessivi che si evidenzia in tutte le tipologie di attività dagli acuti alla riabilitazione e lungodegenza, dal regime ordinario a quello diurno. Ma a differenza di quanto avvenuto negli anni precedenti, il

Sono stati presentati i dati preliminari del Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (dato Sdo 2007). Migliora la performance ospedaliera, ma non mancano le criticità

TABELLA 1 L'attività ospedaliera 2007

Tipo attività		Numero	Var %
Acuti	Ordinario	7.873.578	- 3,1
	Dh	3.568.418	- 7,2
Riabilitazione	Ordinario	297.819	- 0,9
	Dh	66.215	- 7,7
Lungodegenza		100.625	- 2,8
Neonati		412.646	0,5
Totale		12.319.301	- 4,2

Day hospital si ridurrebbe in misura più incisiva (tabella 1). Va però sottolineato che la stima di una riduzione di oltre il 7% del ricovero diurno è sicuramente sovrastimata per effetto della mancanza dei dati delle Regioni citate e relativi al secondo semestre 2007. Le giornate passate dagli italiani in ospedale sono 76 milioni e 569mila, in diminuzione dell'1,8% rispetto all'anno precedente, quindi in misura minore rispetto al numero dei dimessi e prevalentemente nelle discipline per acuti, sia nella modalità ordinaria che in quella diurna. Il tasso di ospedalizzazione del 2007 per tutte le tipologie - acuti, riabilitazione e lungodegenza, ordinario e day hospital - può essere stimato a 199 per mille abitanti, in discreta diminuzione rispetto ai dati emersi nel 2006 (211 per mille abitanti) e a quelli del 2005 (erano 213).

La riduzione più evidente si registra nel tasso per acuti che pas-

sa da 138 per mille abitanti del 2006, a 131 per il ricovero ordinario del 2007, mentre per il ricovero diurno passa da 65 a 60 per mille abitanti.

Per quanto riguarda la composizione del ricovero tra modalità diurna e ricovero ordinario e nei volumi di prestazioni le differenze regionali sono ancora marcate e parlano di un'Italia che continua a marciare a differenti velocità.

I ricoveri ordinari continuano a prevalere rispetto a quelli in Day hospital in undici Regioni: superano la media nazionale Trento e Bolzano, Marche, Lazio e Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. Fanalino di coda, il Molise.

In sostanza, tutte le Regioni appartenenti all'area centro meridionale del Paese, ed in particolare quelle sottoposte ai Piani di rientro, si presentano ancora con tassi di ospedalizzazione per acuti superiori o prossimi al 200 per mille. Comunque, qualcosa

si sta muovendo. Infatti, segnala il Rapporto, per tutte queste Regioni, ad eccezione del Molise, sono già registrabili consistenti margini di miglioramento che portano ad evidenziare un avvio del processo di deospedalizzazione.

Complessità, efficienza ed appropriatezza

Le dimissioni con Drg chirurgico raggiungono complessivamente il 40,6%, e sono in lieve aumento rispetto ai dati registrati negli anni precedenti (40,2% nel 2006 e 38,9 nel 2005).

Diminuiscono invece i ricoveri chirurgici in Day surgery che passano dal 36,1% del 2006 al 35,2% del 2007. La causa? Un probabile effetto dello spostamento in modalità ambulatoriale di alcune prestazioni chirurgiche. Ma anche in questo caso l'analisi potrebbe essere una conseguenza delle modalità di stima effettuate solo sui dati pervenuti.

Rimane invariato, come già avviene da diversi anni, il trend per la degenza media che si attesta su 6,7 giorni passati dagli italiani nelle corsie ospedaliere.

Per quanto riguarda le differenze regionali si va da un minimo di 6,23 giorni in Sicilia (degenza media standardizzata per case-mix) al valore massimo di 7,63 giorni registrato in Veneto.

La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, rimane ferma a 2 giorni. I valori più alti si registrano nel Lazio (2,7 giorni) e in Basilicata e Liguria (2,4).

Segnali positivi arrivano dal fronte dei tassi di ospedalizzazione per asma, diabete e scompenso cardiaco, utili quali indicatori proxy per valutare l'inefficienza dell'assistenza primaria e dell'assistenza specialistica territoriale: nel 2007 il tasso del diabete passa da 99 a 92 per 100mila abitanti, quello dell'asma da 37 a 33, lo scompenso cardiaco da 329 a 325.

L'appropriatezza organizzativa, misurata semplicemente con un indicatore che totalizza i pazienti con Drg medico dimessi da reparti chirurgici, denota lievi segnali di miglioramento riducendosi al 36%.

Sono in testa alla classifica dei primi trenta Drg per numerosità di dimissioni in regime ordinario il parto vaginale e quello

TABELLA 3 Percentuale dei parti cesarei effettuati Regione per Regione Ricovero per acuti 2007

Regione	% Parti cesarei sul totale parti
Piemonte	32,23
Valle d'Aosta	33,71
Lombardia	28,23
P. A. di Bolzano	24,17
P. A. di Trento ^{1,2}	28,19
Veneto	28,75
Friuli-Venezia Giulia ^{1,2}	24,35
Liguria	33,92
Emilia-Romagna	29,56
Toscana	26,66
Umbria	31,26
Marche ^{1,2}	35,43
Lazio	44,11
Abruzzo	45,27
Molise ^{1,2}	52,00
Campania	61,80
Puglia	50,60
Basilicata	48,19
Calabria	46,60
Sicilia	52,91
Sardegna	38,62
Italia^{1,2,3}	39,27

1. I tassi di ricovero sono stati calcolati stimando il volume di attività del secondo semestre (non pervenuto alla data della elaborazione), in base ai dati del primo semestre
2. La percentuale di parti cesarei e di dimessi da reparti chirurgici con Drg medici è stata calcolata sui dati del primo semestre.
3. Il volume complessivo di attività è stato ottenuto facendo uso di valori stimati per il secondo semestre di P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Marche e Molise

cesareo senza complicanze, rispettivamente con 315.277 e 193.958 dimessi e una degenza media di 3,5 e 4,9 giorni. Al terzo posto troviamo l'insufficienza cardiaca e shock (192.637 dimessi e una degenza media di 3,4 giorni). Seguono gli interventi sulle articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori (135.961 dimessi, 11,3 giorni medi di degenza) e gli interventi su utero non per neoplasie (113.866 e degenza media 4,4 giorni) (tabella 2).

Eccesso di cesarei, un'anomalia tutta italiana

Non si inverte il trend dei parti cesarei: continuano a crescere nonostante i ripetuti e significativi interventi messi in atto dalle Regioni. E questo, rimarca il ministero, è un fenomeno prettamente italiano.

La percentuale media stimata per il 2007 è del 39,3% (tabella 3). Sul fronte regionale continua a guidare la classifica negativa la Campania con il 61,8% di cesarei sul totale dei parti effettuati. Seguono, con percentuali decisamente superiori alle medie, la Sicilia (52,9%), il Molise (52%) e la Puglia (50,6%). Ma valori fuori norma si registrano anche in Basilicata (48,2%), Calabria (46,6%), Abruzzo (45,3%) e Lazio (44,1%).



Nasce "donneinrete.net"

Parola d'ordine: si ricomincia da Lei

■ **La neonata associazione punta a creare, attraverso il portale on line, un percorso privilegiato di accesso a tutte le informazioni utili per la salute delle donne**

di Ester Maragò

La salute delle donne è ora a portata di mouse. È nata "donneinrete.net" un'associazione tutta al femminile che si rivolge al mondo delle donne per parlare della loro salute, bisogni e problemi. Per comunicare da donna a donna. Basterà un clic sul sito internet www.donneinrete.net e tutte potranno ricevere risposte ai loro quesiti, ma anche offrire suggerimenti, indicazioni, consulenze per dare vita ad una "rete" di sostegno e opportunità.

La neonata associazione alla quale aderiscono donne impegnate in diversi settori della vita sociale e produttiva, ha debuttato il 16 ottobre a Roma presso la sede del Senato della Repubblica in piazza della Minerva. "La salute delle donne - ha spiegato **Rosaria Iardino**, presidente dell'associazione - è indicata dall'Oms come primo indicatore del livello di salute dell'intera popolazione di un Paese. In questo momento più che mai c'è un'esigenza di solidarietà. Solidarietà fra donne per confrontarsi, aiutarsi e soprattutto sostenersi. Quale migliore strumento di una rete di donne? Per questo - ha aggiunto - chiediamo anche l'impegno di Camere e Regioni e dei loro componenti per promuovere, con appositi provvedimenti, l'accesso alle cure, la ricerca di genere e il diritto alla salute delle donne italiane e immigrate".

La "rete" in rosa si muoverà lungo due direttrici: fare lobby politica e informare le donne per dare risposte chiare a tutte le loro necessità. "Faremo lobby - ha spiegato Iardino - per una politica propositiva dei diritti delle donne, mentre sul nostro sito internet creeremo un percorso privilegiato di accesso a tutte le informazioni utili per la salute. Sarà creata un'anagrafe verificata di tutte le associazioni che possono aiutare il sesso femminile a fugare ogni dubbio su patologie o problemi di altra natura. Ed anche una rete delle Asl, per dare

la possibilità di prendere visione dei tempi di attesa per esami e visite diagnostiche. Insomma, vogliamo creare uno strumento utile per rendere più effettivo il diritto alla salute delle donne". Ma le iniziative di "donneinrete.net" non si esauriscono qui. È stato promosso il progetto "100 donne per 100 mestieri" cui hanno aderito cento rappresentanti del mondo femminile provenienti da tutta Italia chiamate a raccontare quali sono le difficoltà che ogni giorno minacciano il loro benessere.

■ **Otto buone azioni per un'Italia più in rosa**

L'agenda di "donneinrete.net" è fitta d'impegni. Sono otto i punti sui quali le donne concentreranno le forze. Esattamente "Otto buone azioni per un'Italia più rosa" che l'associazione ha voluto mettere nero su bianco in una lettera indirizzata ai parlamentari e ai Governatori delle Regioni italiane. L'alleanza rosa chiede innanzitutto la promozione della maternità responsabile. Come? Con la piena applicazione della legge 194, quindi prevenzione dell'aborto, tutela della maternità, consolidamento della rete dei

consultori, sostegno delle maternità difficili e, alla luce della crescita del fenomeno dell'obiezione di coscienza da parte degli operatori, la garanzia di accesso all'Ivg. Bisogna poi procedere con la promozione del parto indolore e del percorso nascita attraverso adeguati interventi di supporto per tutta la fase della gravidanza, sia dal punto di vista medico-diagnostico sia educati-

vo-psicologico; il tutto con un occhio di riguardo alle fasce sociali economicamente più disagiate e alle donne immigrate.

E ancora, occorre dare un taglio deciso al ricorso improprio al parto cesareo; sviluppare la ricerca di genere, coinvolgendo università, istituti di ricerca e aziende farmaceutiche, anche attraverso incentivi di natura fiscale per la promozione di trials clinici femminili per le patologie più rilevanti. E inoltre fondamentale inserire la medicina di genere nei programmi dei corsi di laurea in medicina e incentivare gli interventi di prevenzione in campo oncologico per tutte le patologie prevenibili. Quindi, via libera la potenziamento dei programmi di screening soprattutto nelle Regioni del meridione che su questo fronte segnano il passo. È necessario promuovere percorsi di accoglienza e assistenza "in rosa", pre e post operatori in particolare per l'oncologia, umanizzando tutti i reparti di oncologia femminili, in primis quelli dedicati alla neoplasia della mammella, integrandoli anche con i servizi di supporto psicologico,

di chirurgia e medicina estetica. Infine, per le donne in rete è indispensabile combattere la violenza contro le donne in tutte le sue forme, con adeguate azioni legislative e interventi mirati attraverso il potenziamento dei centri antiviolenza e con la creazione di sportelli dedicati nel pronto soccorso dei principali ospedali italiani.

■ **Il plauso delle parlamentari**

L'iniziativa "donneinrete.net" ha richiamato l'attenzione di numerosi esponenti di Maggioranza ed Opposizione.

Per il senatore **Antonio Tomasini**, presidente della Commissione Igiene e Sanità, da sempre attento ai temi che coinvolgono il mondo femminile, la rete è un 'uovo di Colombo' che consentirà di mettere insieme tutte le esperienze maturate per tutelare la salute, e non solo.

"Bisogna ricominciare da Lei" ha detto **Paola Bianconi**, senatrice del Pdl. Nel sottolineare come sanità e ricerca non siano ancora a misura di donna, ha ricordato il suo impegno politico per far sì, che siano avviati corsi di specializzazione in medicina di genere. "Bisogna portare avanti una politica da parte di Lei - ha affermato **Livia Turco**, Capogruppo Commissione affari sociali della camera del Pd intervenuta al battesimo della "rete rosa" - questo vuol dire portare avanti cinque azioni fondamentali: stringere un patto tra donne e Ssn per migliorare la sanità pubblica; investire nelle ricerca di genere; prestare la massima attenzione al rapporto salute-povertà, perché i gruppi più vulnerabili sono soprattutto rappresentati dalle donne; pensare alla salute riproduttiva delle donne e dei bambini e infine creare una rete di competenze per elaborare e costruire un'etica pubblica per prendersi cura dell'altro".

Le patologie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini

Alcune malattie cardiache	+ 5%
Allergie	+ 8%
Diabete	+ 9%
Iperensione arteriosa	+ 30%
Calcolosi	+ 31%
Artrosi e artrite	+ 49%
Cataratta	+ 80%
Alzheimer	+ 100%
Cefalea ed emicrania	+ 123%
Depressione e ansietà	+ 138%
Tiroide	+ 500%
Osteoporosi	+ 736%

L. 194: il Consiglio di Stato boccia le linee guida lombarde

■ **A gennaio nuove linee di indirizzo regionali vietavano l'Ivg dopo la 22ª settimana**

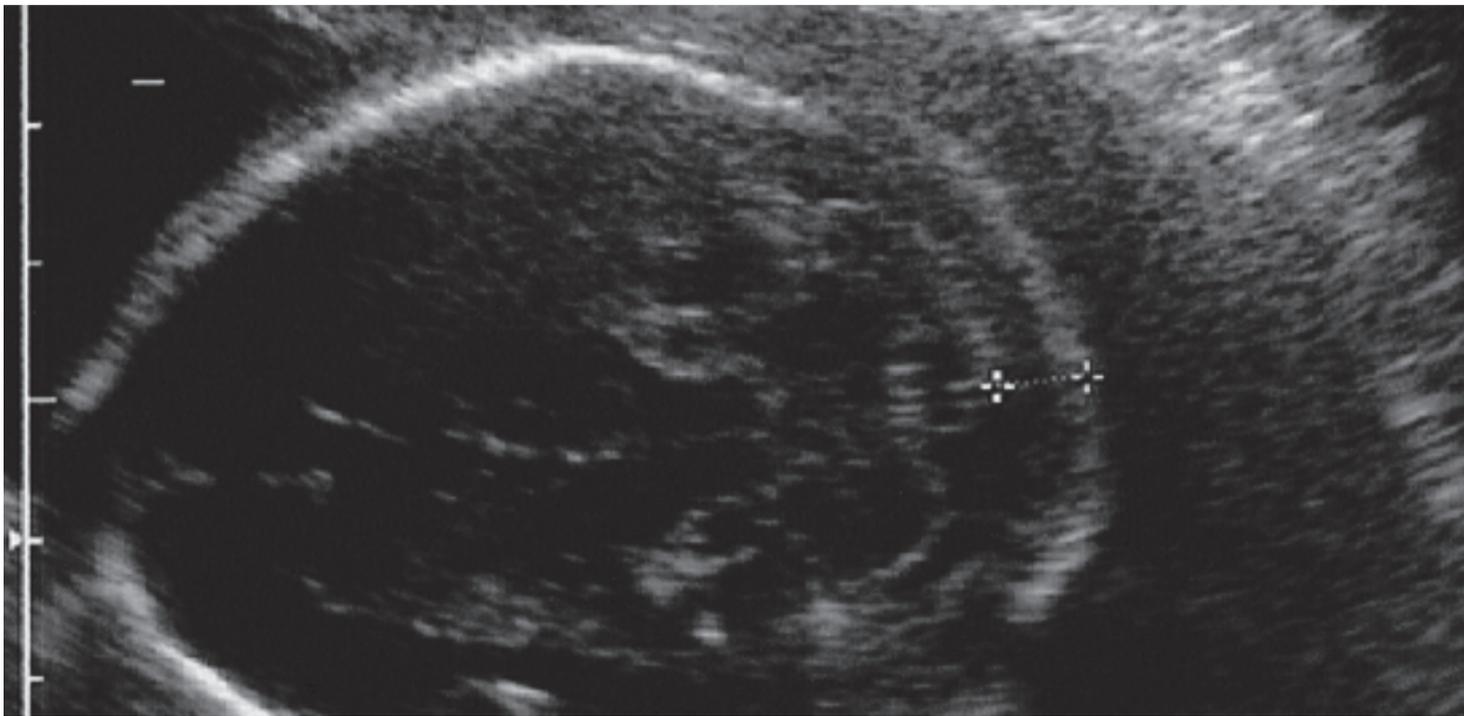
Si può abortire dopo la 22ª settimana. Questa, in definitiva, la sentenza del Consiglio di Stato, che ha confermato la decisione del Tar di sospendere le linee regionali sull'interruzione della gravidanza introdotte lo scorso gennaio in Lombardia, con le quali si stabiliva in 22 settimane e 3 giorni il limite entro il quale poter operare l'interruzione volontaria di gravidanza. La legge 194 consente l'Ivg fino al novantesimo giorno dal concepimento, eccetto per i casi in cui sussista pericolo di vita per la madre o in cui il nascituro sia affetto da patologie o malformazioni, per i quali è consentito un massimo di 24 settimane. La Giunta regionale non sembra però preoccupata della sentenza. "Si continuerà - ha detto il presidente Roberto

Formigoni - ad agire secondo le linee, che corrispondono al progresso scientifico e al sentimento dei medici che hanno scelto di agire secondo scienza e coscienza". Per il governatore la sentenza "porterà molti a farsi delle domande su temi importanti come quelli che riguardano la vita", anche rispetto alla legge 194, che è "pienamente applicata e rispettata in Lombardia, ma ormai ha più di 30 anni. La ricerca nel frattempo è andata avanti, insieme alle attrezzature mediche che garantiscono la vita del feto e ai medici che agiscono per salvare la vita del nascituro". Perplesità sulla decisione del Consiglio di Stato sono state espresse anche dal sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella, che annuncia di aver richiesto un parere al

Consiglio Superiore di Sanità al fine di arrivare ad indicazioni che possano valere su tutto il territorio nazionale. L'indicazione di impedire, come indicato dalla Lombardia, gli aborti tardivi oltre 22 settimane e 3 giorni di gravidanza, "non è stata una decisione arbitraria delle istituzioni politiche locali ma l'estensione a tutta la Regione di codici di autoregolamentazione già vigenti in diverse cliniche sul territorio", ha osservato Roccella, difendendo l'azione dell'Esecutivo lombardo da qualsiasi atto di ferro. Secondo il sottosegretario, al contrario, non uniformare le procedure tra tutte le aziende sanitarie regionali "significa consentire che i criteri di attuazione delle leggi possano variare da ospedale ad ospedale anche all'interno di una stessa regione". Stabilire la definizione del concetto di vita autonoma del feto non può essere, secondo il sottosegretario, un fatto territoriale o addirittura aziendale. Ne vale la difesa della donna e la

sua equità di trattamento delle cure. Le linee di indirizzo della Regione Lombardia per l'attuazione della 194 introducevano, tra l'altro, alcune procedure per medici e ospedali. Certificati medici redatti da almeno due ginecologi e raccolti in una cartella clinica inviata alla Direzione sanitaria. E più chiarezza per le procedure d'urgenza, le cui motivazioni avrebbero dovute essere espone chiaramente sul certificato, prevedendo un periodo di sette giorni di riflessione tra la richiesta di interruzione volontaria della gravidanza da parte della donna e la programmazione dell'intervento. Le linee guida non hanno tuttavia convinto il Consiglio di Stato, che ha anzitutto ricordato come la legge 194 sia a contenuto costituzionalmente vincolato ed escluda la possibilità di un intervento regionale amministrativo teso a specificare i termini indicati dalla legge statale. (L.C.)

Contenzioso medico-legale



L'ecografia come supporto all'esame clinico: responsabilità medico-legali

di Pier Francesco Tropea

È nozione largamente acquisita che la diffusione delle conoscenze nell'epoca attuale avvenga attraverso le immagini trasmesse quotidianamente da strumenti tecnici sempre più sofisticati. In ambito medico, l'elemento sopra richiamato ha radicalmente mutato l'approccio diagnostico, oggi essenzialmente basato su una semeiologia strumentale che ha messo in ombra la semeiotica clinica dei medici della passata generazione.

Se è indubbio che il ricorso a tecnicismi sofisticati consente di ottenere una diagnostica raffinata, è altrettanto vero che tale pratica ha creato maggiori aspettative nel paziente, convinto che la disponibilità di tecniche diagnostiche perfezionate si traduca in una infallibilità del medico. Nel campo dell'indagine ecografica ostetrica, l'apparente facilità di esecuzione dell'esame, l'immediatezza del responso e l'accessibilità all'immagine si sono tradotte in una richiesta indiscriminata di accesso all'ecografia da parte della gestante, nel convincimento che a detto esame possa essere attribuita un'esattezza diagnostica che non tiene conto dei limiti insiti nella tecnica adope-

L'apparente facilità di esecuzione dell'indagine ecografica ostetrica, l'immediatezza del responso e l'accessibilità all'immagine si sono tradotte in una richiesta indiscriminata di accesso all'ecografia da parte della gestante, nel convincimento che questo esame fornisca un'esattezza diagnostica ben al di là dei limiti insiti nella tecnica adoperata. È facilmente comprensibile dunque come la mancata definizione ecografica di un quadro patologico venga sempre attribuita all'operatore sanitario, chiamato a rispondere giudizialmente di una colpa professionale per imperizia o negligenza

rata. Ne viene di conseguenza che la mancata definizione ecografica di un quadro patologico viene sempre attribuita all'operatore sanitario, chiamato a rispondere giudizialmente di una colpa professionale per imperizia o negligenza. Ragione di più per l'ecografista, rispetto al clinico, di adoperare con scrupolo il massimo di perizia, diligenza e prudenza nell'eseguire l'esame strumentale di cui trattiamo in questa sede.

A tal proposito è utile rammentare che un referto ecografico espresso descrittivamente per iscritto e corredato da relativa documentazione iconografica, come è d'uso per qualsiasi ecografia, ha un indiscutibile valore medico-legale, in quanto considerato alla stregua di una vera e propria certificazione medica.

Peraltro, trattandosi di prestazione squisitamente specialistica, l'esecutore dell'esame ne risponde in misura maggiore rispetto alla semplice prestazione medica, tenendo presente l'assunto, più volte richiamato dalla Corte di Cassazione, della diretta proporzionalità tra l'entità della responsabilità medica ed il grado di perfezionamento tecnico del medico esecutore della prestazione e il livello della struttura sanitaria nella quale egli svolge la propria attività. I giudici della Corte Suprema rammentano (Cass. Pen. Sez. IV n. 1914, marzo 1983) che l'operato del medico specialista deve essere valutato più severamente rispetto a quello del medico generico, in quanto il titolo di specializzazione, ufficialmente conferito dallo Stato, legittima nel paziente

un'aspettativa di maggior perizia del sanitario interpellato.

Profili di responsabilità

L'operato del medico ecografista può connotarsi di imperizia in caso di uso evidentemente errato dello strumento tecnico ovvero se si dimostra un'insufficiente conoscenza da parte del sanitario dei criteri di valutazione diagnostica ecografica o quando non si proceda ad un approfondimento del caso in esame, ove sussistano elementi di sospetta patologia, ad esempio neoplastica. L'ecografista può essere considerato responsabile di negligenza se non provvede alla refertazione e all'archiviazione dell'esame praticato, se non correda il referto con la documentazione iconografica ovvero se non prescrive alla paziente di effettuare alcune indagini complementari, ove opportune ai fini di una più completa definizione del caso in esame.

Inoltre l'ecografista può essere chiamato a rispondere di imprudenza se non valuta obiettivamente i limiti della propria competenza e le potenzialità dello strumento adoperato, disponendo, ove necessario, l'invio della paziente ad uno specialista del settore più qualificato o ad un

Centro sanitario più attrezzato. In relazione a quest'ultimo elemento, sarà utile rammentare che la Suprema Corte ha affermato che l'oggetto dell'informazione che il medico è obbligato a fornire alla paziente deve concernere anche l'eventuale carenza della struttura in rapporto alle attrezzature in dotazione e al loro regolare funzionamento, il che può comportare l'eventualità di un trasferimento della paziente in altra struttura, ove non sussistano condizioni di emergenza che impediscano l'attuazione di tale programma.

Nel caso in cui da un errore di diagnosi ecografica derivi un trattamento terapeutico errato con conseguente danno per la paziente, può sorgere un interessante quesito giuridico circa gli eventuali profili di responsabilità a carico rispettivamente dell'ecografista e/o del clinico cui è stata affidata la conduzione del caso in oggetto. In pratica, occorre stabilire ex artt. 40 e 41 c.p. se il referto strumentale ha interrotto il nesso di causalità tra l'errore terapeutico e l'evento dannoso, evenienza nella quale la colpa rimane in via esclusiva a carico dell'ecografista. Viceversa, se si dimostra che il clinico, in possesso di un'ecografia errata, ha ommesso di procedere, come avrebbe potuto, ad ulteriori approfondimenti diagnostici, si può giungere ad affermare una responsabilità solidale del clinico e dell'ecografista ex art. 2059 c.c..

L'ecografia-office

Da quando, all'esame ecografico tradizionale, si è affiancata la cosiddetta ecografia-office, un nuovo quesito giuridico è sorto circa la responsabilità che assume l'esecutore di quest'ultimo esame che ha caratteristiche peculiari, come più avanti vedremo. Nata da un'intuizione di Timor-Tritsch (*ndr* Membro Onorario dell'Aogo per i suoi meriti scientifici e culturali in medicina fetale e perinatale), l'ecografia-office è stata proposta come esame da praticare in Pronto Soccorso allo scopo di confermare o escludere l'esistenza di patologie addominali di non chiara definizione clinica.

Trattasi infatti di un esame ecografico, effettuato per via transaddominale o endovaginale, finalizzato alla ricerca di dati diagnostici utilizzabili a supporto e completamento della visita clinica. In campo ostetrico-ginecologico, tale esame può assumere una particolare valenza, ove si pensi alla diagnosi differenziale tra impianto gravidico in utero e gravidanza extrauterina, o alla rapida verifica della vitalità embrionale. Nell'ambito della patologia

► Segue a pagina 25

di Carmine Gigli
Responsabile servizio
M.A.M.M.A. AOGOI

Risk management

Dai "nostri" sinistri alla prevenzione del rischio clinico

L'Aogoi è stata sempre molto attenta alla questione del contenzioso medico-legale collegato all'errore sanitario e già nel 2002 aveva lanciato tra i suoi associati la campagna "Tutela e Prevenzione" per sensibilizzare i soci su questo problema (1). In questi anni molta strada è stata percorsa e dai primi convegni in cui l'attenzione era rivolta soprattutto alla gestione del contenzioso giudiziario si è passati alle manifestazioni orientate a sensibilizzare il legislatore su questo problema, per poi approdare ai corsi per la prevenzione del rischio clinico.

La prevenzione del rischio sanitario rimane un problema complesso e dobbiamo constatare che non tutte le componenti coinvolte nell'evento avverso concorrono in egual misura alla sua soluzione. I magistrati spesso si limitano a giudicare la colpa, trascurando la ricerca delle cause che hanno portato all'errore; si limitano a sanzionare l'individuo lasciando invariato il contesto. In tal modo permettono che l'errore si ripresenti in circostanze analoghe. I gestori della sanità guardano ai costi immediati e non sono disposti a finanziare i progetti finalizzati a prevenire gli errori. I medici, che nel loro corso di studi non hanno avuto una formazione orientata alla prevenzione dell'errore, hanno difficoltà ad adottare quei cambiamenti che potrebbero ridurre l'incidenza degli errori. In questa situazione, il compito di introdurre nell'attività clinica delle pratiche idonee a prevenire il rischio sanitario è destinato a ricadere sulle società scientifiche, come l'Aogoi. La loro funzione dovrà essere quella di individuare gli errori che si verificano più frequentemente durante l'esecuzione degli atti medici della propria specialità, analizzarne le cause e indicare le tecniche e i comportamenti più idonei per garantire

■ In Italia non c'è un ente demandato istituzionalmente a raccogliere i dati sugli errori sanitari. Il programma "Scudo giudiziario AOGOI" ha cercato di sopperire a questa carenza creando un database con i sinistri che si sono verificati in ostetricia e ginecologia e che sono stati denunciati alle polizze dell'Aogoi e al servizio di assistenza ai soci "M.A.M.M.A. AOGOI"

il massimo della sicurezza per il paziente. In Italia non c'è un ente demandato istituzionalmente a raccogliere i dati sugli errori sanitari (tantomeno su quelli che si verificano in ostetricia e ginecologia) e di conseguenza non disponiamo di dati ufficiali sui sinistri che si verificano in questa e in altre branche specialistiche. Il programma "Scudo giudiziario AOGOI" ha cercato di sopperire a questa carenza creando un database con i si-

nistri che si sono verificati in ostetricia e ginecologia e che sono stati denunciati alle polizze dell'Aogoi e al servizio di assistenza ai soci denominato M.A.M.M.A. AOGOI (2). L'insieme di questi dati, anche se non ci può consentire di conoscere l'incidenza degli errori medici in ostetricia e ginecologia, perché non comprende tutti i sinistri che si sono verificati nel periodo, ci permette tuttavia

di individuare i sinistri che si sono verificati nella specialità.

Il data base Aogoi sui sinistri in ostetricia e ginecologia

Il data base è stato costruito utilizzando le 342 denunce di sinistro per la difesa nei procedimenti penali e per le cause sul rapporto di lavoro che a partire dal giugno 2002 sono state presentate per attivare la Polizza "Tutela legale", insieme alle 107 denunce di sinistro per la difesa nei procedimenti civili inviate all'assicurazione per la Responsabilità Civile, che dal luglio 2007 è stata affiancata alla precedente.

Le 449 denunce di sinistro presentate per attivare queste due polizze sono state poi integrate con i sinistri compresi tra le 462 richieste di assistenza avanzate dall'ottobre 2004 al servizio M.A.M.M.A. AOGOI (2) - il servizio che fornisce un supporto legale e sindacale a tutti i soci che lo richiedono. La raccolta dei dati si è conclusa al 31 luglio 2008 (vedi **Tabella 1**). Ha fatto seguito un'accurata operazione di "ripulitura" dei dati con l'eliminazione dei doppi: vale a dire di quei sinistri denunciati separatamente per attivare la polizza nel proce-

dimento penale e per l'indennizzo nel procedimento civile, dei sinistri denunciati distintamente da più medici coinvolti nello stesso evento, di quelli che si erano verificati prima del giugno 2000 (inizio di validità della polizza "Protezione legale") e di quelli denunciati dopo il 31 luglio 2008.

Sono stati considerati utili per l'indagine 352 sinistri denunciati alle Compagnie assicurative e che avevano coinvolto 421 medici, oltre a 157 eventi segnalati a M.A.M.M.A. AOGOI (2), per complessivi 509 eventi. Da questi sono stati esclusi i contenziosi per cause attinenti il rapporto di lavoro (n. 65), che verranno esaminati separatamente, e sono stati eliminati tutti quei sinistri con informazioni insufficienti per un corretto inquadramento (n. 27).

I casi utili ai fini dello studio sono stati dunque 417.

La **tabella 2** riporta la distribuzione dei sinistri in relazione al soggetto che ha subito il danno prevalente, ovvero: la donna (gravida, puerpera, paziente ginecologica) o il feto/neonato. Il danno subito da quest'ultimo è stato denunciato in un numero maggiore di casi. Questo non esclude che nello stesso evento anche la madre possa aver subito un danno, quantomeno da un punto di vista psicologico.

La **tabella 3** riporta le denunce dei sinistri verificatisi per problematiche Ostetriche e che hanno comportato degli esiti a carico della madre, del feto o del neonato. L'evento più frequente è stata la morte fetale con 96 denunce. Nella maggior parte dei casi denunciati (50) la morte del feto si è verificata nel corso del travaglio di parto ed è stata attribuita ad una patologia asfittica. Le lesioni a carico del feto/neonato hanno fatto registrare 47 denunce, alle quali di devono aggiungere i 24 casi con esiti da distocia di spalla, riportati separatamente perché nel modulo di denuncia era stato specificato chiaramente che si trattava di questo tipo di patologia, mentre, per le altre lesioni le descrizioni sono risultate me-

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.

FIRMATO IL NUOVO CONTRATTO

Lo scorso 17 ottobre 2008 le Organizzazioni Sindacali di categoria, nessuna esclusa, hanno sottoscritto la versione definitiva del Contratto Nazionale di Lavoro dei dirigenti medici e veterinari del SSN, relativo al quadriennio normativo 2006-

2009 e al primo biennio economico 2006-2007.

Gli effetti giuridici del contratto decorrono dal giorno successivo alla stipula, quindi dal 18 ottobre 2008 e le Aziende sono tenute ad applicare gli istituti a contenuto economico e normativo (aumenti stipendiali) entro 30 giorni (art.2). Questo dovrebbe consentirci di ricevere gli aumenti economici con la busta paga di novembre. Il prossimo passo sarà l'inizio

Gli aumenti lordi mensili in busta paga saranno i seguenti:

Dirigente con incarico di struttura complessa	389,89 euro per 13 mensilità
Dirigente con incarico di struttura semplice	302,89 euro per 13 mensilità
Dirigente medico	214,79 euro per 13 mensilità
Dirigente medico con anzianità < 5 anni	149,00 euro per 13 mensilità

della contrattazione integrativa a livello aziendale, per trovare gli accordi sulla parte normativa, compresa la questione dei

"riposi", che il contratto ha stabilito di demandare a tale livello di trattativa. Le Aziende sono tenute a

convocare le delegazioni sindacali, per l'avvio della trattativa integrativa, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del contratto.

La contrattazione integrativa dovrà concludersi perentoriamente entro 150 giorni, salvo diverso accordo tra le parti opportunamente motivato (art.4). Il testo integrale del CCNL 2006-2009 della dirigenza medica può essere letto e scaricato dal sito www.fesmed.it.

TABELLA 1 Costruzione del database

Provenienza dei dati	N. schede
Database polizza ARAG	275
Database polizza EUROP ASSISTANCE	67
Database polizza Responsabilità Civile	107
Database M.A.M.M.A. AOGOI	462
TOTALE	911

TABELLA 2 Soggetti prevalentemente danneggiati

	N.	%
Donna	202	48,4
Feto / Neonato	215	51,6
Totale	417	100

TABELLA 3 Gravidanza e parto: 298 denunce di sinistri

Sinistro denunciato	N.	%
Morte Fetale	96	32,2
Lesioni Feto/Neonato	47	15,8
Malformazione non diagnosticata	42	14,1
Morte della paziente	25	8,4
Distocia di spalla	24	8,1
Lesioni anatomiche alla donna	22	7,4
Isterectomia non prevista	15	5,0
Aborto	5	1,7
Corpo estraneo nel sito chirurgico	6	2,0
Grav. extrauterina non diagnosticata	6	2,0
Consenso imperfetto	4	1,3
Varie	6	2,0

no accurate, rendendo opportuno un accorpamento. Le lesioni fetali sono state complessivamente 71, pari al 23,8% di tutte le denunce registrate per sinistri verificatisi nell'ambito dell'ostetricia. In 42 casi la denuncia verteva sul mancato riconoscimento di una malformazione fetale. La morte della gravida si è verificata in 25 casi.

Le denunce per esiti di sinistri verificatisi in campo ginecologico sono state 119 (tabella 4). Nel

ventivata. Anche in questo caso, è stato possibile quantificare separatamente questi due tipi di esiti perché ben segnalati nelle denunce e numericamente rilevanti.

Le lesioni anatomiche complessive salgono così a 70 casi, pari al 58,8% di tutti i sinistri denunciati in ambito ginecologico. La morte della paziente si è verificata in 13 casi, nella maggior parte dei quali è sopravvenuta per complicanze successive a un

intervento chirurgico. In 5 casi è stata registrata un'insufficienza delle indagini diagnostiche relative a patologie mammarie, che ha comportato un tardivo riconoscimento della patologia tumorale e interventi più estesi. Un cenno a parte merita il riscontro di un corpo estraneo nel sito chirurgico dopo un intervento ostetrico o ginecologico. Questa particolare patologia, com'è

noto, rientra tra gli "eventi sentinella" per i quali il ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali oltre a fornire uno specifico protocollo per una sorveglianza e gestione univoca di tali eventi sul territorio nazio-

Il compito di introdurre nell'attività clinica delle pratiche idonee a prevenire il rischio sanitario è destinato a ricadere sulle società scientifiche come l'Aogoi

maggior numero dei casi (56), le pazienti hanno lamentato un danno anatomico; a questi devono essere aggiunti 8 casi, nei quali è comparsa una fistola, e 6 casi nei quali si è dovuti ricorrere a un'isterectomia non pre-

TABELLA 4 Ginecologia: 119 denunce di sinistri per esiti

Sinistro denunciato	N.	%
Lesioni anatomiche	56	47,1
Morte della paziente	13	10,9
Gravidanza indesiderata	9	7,6
Fistola	8	6,7
Isterectomia non prevista	6	5,0
Mastectomia	5	4,2
Sterilità	4	3,4
Corpo Estraneo nel sito chirurgico	3	2,5
Complicazioni varie	15	12,6

TABELLA 5 Corpo estraneo nel sito chirurgico: 9 eventi - 10 medici coinvolti

Tipo di intervento	N.	%
Intervento ginecologico	3	33,3
Taglio Cesareo	5	55,5
Intervento vaginale	1	11,1

Per saperne di più

1. Gigli C. Errore medico: la FESMED propone "Tutela e Prevenzione". GynecoAOGOI 2002, n.4
2. M.A.M.M.A. AOGOI. Movement Against Medical Malpractice and Accident of Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani
3. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali > Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure > Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio. <http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=238&menu=sicurezza>

nale ha stabilito che è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna: a) l'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione delle adeguate misure correttive (3. Il nostro database ha evidenziato che in 9 casi è stata denunciata la presenza di materiale lasciato all'interno del sito chirurgico, che ha richiesto un successivo intervento o ulteriori procedure. In oltre la metà dei casi l'evento si è verificato nel corso di un Taglio Cesareo, com'è illustrato nella tabella 5.

Verso una gestione avanzata del rischio clinico

Questi dati, emersi da un'analisi preliminare del database, non sono di per se stessi conclusivi e richiedono ulteriori approfondimenti e analisi. Infatti, è opportuno sottolineare che la denuncia di un sinistro non deve portare a concludere necessariamente che ci sia stato un errore medico. Tanto meno si può ipotizzare a priori una rispondenza tra evento avverso e responsabilità dei soggetti che ne sono rimasti coinvolti. Tuttavia, attraverso l'analisi dei sinistri è possibile individuare l'eventuale presenza di errori nelle tecniche, nei comportamenti e nelle strutture, tali da poter favorire il verificarsi dell'evento avverso. Sotto questo punto di vista questi dati possono essere considerati come il primo passo verso una gestione avanzata del rischio clinico.

L'individuazione dei sinistri che ricorrono con maggior frequenza nella nostra specialità dovrà portarci a effettuare un'analisi approfondita degli eventi avversi più ricorrenti, con un esame critico delle procedure e delle tecniche comunemente utilizzate, al fine di individuare i possibili punti deboli che possono favorire il verificarsi dell'errore. Successivamente si dovranno individuare gli accorgimenti più idonei a contrastare il ripetersi dello stesso errore.

Segue da pagina 23

emorragica insorta in gravidanza, è di fondamentale importanza l'utilizzazione dell'ecografia-office per giungere alla diagnosi di placenta normalmente inserita, di varici cervicali o di gravidanza cervicale, quadro quest'ultimo di non raro riscontro in riferimento all'aumento esponenziale dei tagli cesari, con conseguente, maggiore incidenza di un impianto gravidico sulla pregressa cicatrice cesarea.

In campo ginecologico, l'ecografia-office consente di valutare la natura di una tumescenza pelvica (solida o cistica) e di controllare la localizzazione di uno IUD. Un campo notevolmente interessante di applicazione dell'ecografia-office è rappresentato dalla possibilità di effettuare una diagnosi differenziale nell'ambito di una patologia emorragica ginecologica, potendo, mediante un semplice esame ecografico effettuabile in Pronto Soccorso, definire le più comuni cause di una metrorragia, quali l'iperplasia o la poliposi endometriale, il fibroma uterino o il carcinoma dell'endometrio. Non è da dimenticare che un trattamento ormonale, praticato come terapia sostitutiva menopausale ovvero quale complemento postchirurgico nel trattamento del carcinoma mammario, può non infrequentemente indurre uno spotting, la cui natura può essere meglio definita attraverso una office-ecografia. Il maggiore impiego in Pronto Soccorso dell'esame qui richiamato concerne la diagnostica differenziale del dolore pelvico in ostetricia e ginecologia. In una donna gravida che si presenta al Pronto Soccorso di un ospedale accusando una sintomatologia algica pelvica, l'ecografia-office, dopo aver escluso l'evenienza della gravidanza extrauterina, servirà ad escludere l'esistenza di una patologia genitale (fibromioma uterino, neoformazione annessiale) o extragenitale associata alla gravidanza, mentre, nel caso che i dolori pelvici siano riconducibili ad una minaccia di parto pretermine, la cervicometria ecografica con valutazione della lunghezza del canale cervicale, potrà fornire elementi predittivi di un certo interesse prognostico. Nelle pazienti non gravide affette da dolore pelvico, l'ecografia-office servirà a distinguere l'origine ginecologica da quella extragenitale e, nella prima evenienza, l'esame ecografico eseguito a completamento della visita ginecologica, potrà stabilire l'esistenza di una cisti ovarica torta, di una neoplasia ovarica o di un quadro di iperstimolazione ovarica conseguente a un trattamento ormonale. È chiaro che un versamento libero nel Douglas da rottura di follicolo ovarico o di corpo luteo consentirà all'ecografista-office di distinguere i casi meritevoli di terapia chirurgica rispetto a quelli suscettibili di trattamento medico conservativo.

Le implicazioni medico-legali

Sul piano strettamente medico-legale, è legittimo chiedersi se l'esecuzione di una ecografia-office comporti per l'esecutore, una responsabilità analoga a quella configurabile nel caso dell'esame ecografico tradizionale. Va premesso che le Linee guida 2006 della Società Italiana di Ecografia Ostetrico-Ginecologica precisano che l'ecografia-office non prevede l'obbligo della refertazione scritta ma solo l'annotazione sulla cartella clinica della paziente dei parametri rilevati dal predetto esame. Le stesse Linee guida consigliano all'esecutore dell'esame di spiegare alla paziente il significato che riveste l'ecografia-office rispetto all'ecografia tradizionale che va eseguita o consigliata ove esista una precisa indicazione nei riguardi del citato esame.

Da quanto sopra detto, sembra poter dedurre che gli obblighi e le responsabilità dell'esecutore di un'ecografia-office siano minori rispetto a quelli dell'ecografista, impegnato sempre a fornire alla paziente un referto espresso descrittivamente per iscritto e corredato da una documentazione iconografica. In realtà, a nostro giudizio, anche l'ecografia-office possiede una sua precisa valenza medico-legale di cui fa fede la refertazione scritta che l'ecografista ha cura di annotare sulla cartella clinica della paziente, secondo quanto previsto dalle Linee guida sopra riportate. Del resto è noto che, per univoco orientamento della Corte di Cassazione, non è necessario che la prestazione sanitaria sia regolata da un rapporto contrattuale medico-paziente, essendo sufficiente il cosiddetto "contatto sociale" tra l'ammalato e il medico che impegna quest'ultimo a fornire la propria opera con obblighi analoghi a quelli previsti in caso di rapporto contrattuale. Pertanto, nel caso di un evidente errore diagnostico occorso in sede di ecografia-office, l'ecografista ne potrà rispondere, ove si dimostri la sua colpa per imperizia, imprudenza o negligenza, con obbligo di risarcimento del danno ex artt. 1218 c.c. e 2043 c.c.

In conclusione, è opportuno che, anche nell'esecuzione di una ecografia-office, l'operatore adotti alcune regole di comportamento, onde evitare il rischio di un suo coinvolgimento giudiziario conseguente ad una erronea diagnostica strumentale. In particolare vanno adottate le regole seguenti:

1. rigorosa applicazione delle Linee Guida Sieog con obbligo di refertazione scritta di quanto emerso dall'esame ecografico
2. scrupolosa informazione alla paziente concernente le possibilità e i limiti della tecnica impiegata
3. eventuale ricorso alle tecniche complementari integrate al fine di ridurre l'errore diagnostico.

IVG

Trent'anni dalla 194

Dalla sessione congressuale dedicata alla legge sull'interruzione volontaria di gravidanza il segnale che su questi temi un confronto approfondito tra posizioni anche molto lontane è possibile

di Giovanni Fattorini
Vicepresidente AGITE

Nel corso del recente Congresso Sigo-Aogoi di Torino si è tenuta una interessante (e seguitissima) sessione dedicata all'applicazione della legge 194 a trent'anni dalla sua approvazione. È senz'altro un merito degli organizzatori del Congresso l'aver voluto porre all'attenzione generale un titolo denso di temi che riguardano da vicino la nostra professione, ma anche la nostra sensibilità di donne, uomini e cittadini.

Ad aprire i lavori la presidente della Figo, **Dorothy Shaw**, che ha illustrato la situazione dell'aborto volontario nel mondo. Il dibattito è proseguito con gli interventi di numerosi esperti italiani. **Michele Grandolfo** ha illustrato le caratteristiche del sistema di sorveglianza che ha permesso di seguire l'evoluzione del

fenomeno in questi decenni e che, nel nostro paese come forse in nessun'altro, permette di avere sempre dati aggiornati e attendibili sull'andamento dell'abortività volontaria, premessa fondamentale per elaborare politiche ed iniziative di prevenzione. Nel suo intervento **Grandolfo** ha ricordato **Simonetta Tosi** che fu l'ideatrice del sistema di sorveglianza insieme al gruppo dell'Istituto Superiore di Sanità. Il suo ricordo ha evocato un commosso e sincero applauso da parte di tutti i presenti.

Valeria Dubini, Maita Sartori e Anna Vittori hanno affrontato a loro volta il tema delle procedure dell'Ivg, del ruolo dei consultori e il punto di vista delle cittadine-donne.

Emilio Arisi e Mirella Parachini hanno focalizzato il loro intervento sulle problematiche inerenti l'aborto medico, sia dal punto di vista degli aspetti più

tecnici: meccanismo di azione del mifepristone e delle prostaglandine, efficacia del trattamento e complicità dell'aborto medico, sia dal punto di vista delle resistenze all'utilizzo di questa metodica da parte sia dei gruppi "pro life", sia di importanti aree del mondo medico. **Parachini** ha sottolineato l'importanza dell'informazione e la necessità di riportare la discussione all'interno di un dibattito scientifico non astratto ed estraneo alle ideologie.

Il professor **Motta** di Milano ha riferito della situazione riguardante le donne più giovani, dove i dati sono forse meno confortanti rispetto al passato, anche a causa del peso sempre maggiore assunto dalle donne immigrate che rappresentano una popolazione mediamente più giovane di quella italiana.

Infine in un confronto più diretto hanno potuto esprimere il lo-

ro parere sia **Pietro Puzzi** "medico non obiettore", sia **Lucio Romano** vice presidente del Movimento per la Vita e "medico obiettore". Quest'ultimo ha citato il pensiero di **Norberto Bobbio** e la sua "teoria" sulla necessaria gerarchia dei diversi diritti per cui "il diritto a nascere" risulterebbe diritto fondamentale e quello della donna e della società risulterebbero invece diritti derivati.

Purtroppo il tempo a disposizione non ha consentito una discussione adeguata su questi temi, ma il clima in cui si è svolto l'incontro e il segnale che è stato lanciato ci dicono che un confronto approfondito, tra posizioni anche molto lontane, è possibile e che forse proprio ai medici e ai ginecologi in particolare spetta la responsabilità di accorciare le distanze tra le diverse visioni del mondo, in nome e per conto delle donne che continuano ad essere vittime e non spensierate fruitrici del diritto di interrompere la gravidanza.



Medicina di genere

Non solo ginecologia e ostetricia

Ripercorriamo in sintesi alcuni passaggi degli interventi che hanno animato la sessione sulla medicina di genere al Congresso Sigo-Aogoi di Torino e a cui il prossimo bollettino Agite dedicherà un approfondimento. Ricordiamo che il Convegno nazionale sulla medicina di genere si terrà il 21-23 gennaio 2010 a Napoli, con una borsa di studio di 2.000 euro alla migliore ricerca scientifica

a cura di Francesca Fiorillo
Napoli, Consiglio di Presidenza AGITE

V. Donvito
Le premesse

Fino a qualche decennio fa la medicina di genere si poneva in modo neutrale rispetto al genere mentre invece la ricerca medica fino a pochi anni orsono è stata caratterizzata da un'im-

pronta di genere, ma nel senso di avere come punto di riferimento e come oggetto e soggetto dello studio il genere maschile. Ciò nonostante le conclusioni degli studi sono sempre state considerate valide ed estese alle donne, ma con esiti differenti".

F. Franconi
La salute della donna:
l'influenza del genere

La salute delle donne è influenzata dalle interazioni tra geni, ambiente e cultura. Le differenze di genere in farmacologia riguardano principalmente i parametri farmacocinetici, che possono variare nelle varie fasi del ciclo e nella gravidanza e iniziano ad emergere le differenze farmacodinamiche. Il genere comporta un maggiore rischio di azioni avverse talvolta più gravi che nel maschio.

P. Presbitero
Genere e patologia cardiovascolare

La cardiopatia ischemica è la principale causa di morte per le donne. Tra i fattori di rischio, i più importanti sono

l'ipertensione, il diabete, la scarsa attività fisica e lo scarso consumo di alcool. La malattia nella donna colpisce prevalentemente un solo vaso coronario e si manifesta in modo acuto, più come angina a riposo che come infarto. L'angioplastica coronaria è il trattamento d'elezione ciononostante le

donne non vengono frequentemente sottoposte a tali procedure.

M. Zuccolin
Genere e malattie

Le patologie psichiche sono prevalenti e in crescita tra le



donne. La depressione è la principale causa di disabilità, le donne consumano una maggiore quantità di ansiolitici e antidepressivi e vanno incontro più frequentemente ad effetti collaterali.

F. Fiorillo

Genere e sistema immunitario

Quali le relazioni esistenti fra sistema nervoso, sistema endocrino, sistema immune e salute della donna. Sulle cellule immuni sono presenti i recettori per la maggior parte dei neurotrasmettitori e degli ormoni, gli estrogeni possiedono un'azione immunostimolante, il progesterone e gli androgeni un'azione immunosoppressiva, la loro azione sinergica è responsabile della maggiore resistenza alle infezioni e ai tumori femminili ma anche della maggiore suscettibilità alle malattie autoimmuni. In menopausa però si perde tale effetto protettivo e aumenta l'incapacità di riconoscere il self. È auspicabile una migliore comprensione dei meccanismi fisiologici neuro-endocrino-im-

munitari per migliorare l'approccio clinico e terapeutico nelle donne.

C. Buzzoni

Genere e patologia

Una donna su 4 ha la probabilità di ammalarsi di tumore, mentre 1 su 11 ha la possibilità di morire e questo rischio aumenta con l'età. Tra i tumori più frequenti nel sesso femminile al primo posto si colloca quello della mammella e il numero di nuovi casi è in crescita. L'incidenza è maggiore al centro-nord mentre la sopravvivenza è minore al sud.

A. Scalisi

Le conclusioni

È necessario lavorare tenendo sempre conto della prospettiva di genere, indispensabile nella ricerca, nella programmazione sanitaria, nella valutazione dei risultati. Senza dimenticare le strategie di comunicazione per rendere l'accesso ai servizi e alle cure uguali per tutti, al di là delle differenze

Per il Congresso Sigo-Aogoi di Torino l'Associazione Ginecologi del Territorio ha scelto un Simposio centrato sull'adolescenza

Agite per gli adolescenti

Il "file rouge" del simposio Agite si è dipanato tra le emergenze che i servizi per gli adolescenti debbono saper fronteggiare (A. Sanna "Gli S.O.S nei Servizi per Adolescenti"); l'"emergenza non emergente" degli abusi e violenza di coppia tra i giovani (Tiziano Motta "L'abuso sessuale sui minori"); la tutela della salute sessuale e riproduttiva (Mario Sideri "La protezione dell'adolescente con la vaccinazione Hpv"); il sommerso e sconosciuto "ribollir dei tini" della sessualità tra gli under 14 anni (Antonella D. Turchetto "La sessualità dei giovanissimi"); le possibilità del lavoro a scuola con l'educazione sessuale tra pari (Francesca Cappello "Il progetto di Educazione Sessuale tra pari dei Consultori di Palermo"); fino alla presentazione dei primi risultati del lavoro del Gruppo Agite per la raccolta e la diffusione delle *good practices* (Marina Toschi "Il progetto Agite Adolescenti"). La diffusione e la promozione di saperi ed esperienza dei Consultori Adolescenti, accumulati in anni di attività preziosa ma diserta, infatti è una delle missioni dell'Agite Adolescenti. Durante il Congresso di Torino, grazie anche alla maggiore sensibilizzazione derivante dal calibrato percorso del Simposio Agite, abbiamo potuto espandere la rete degli iscritti disponibili a collaborare con il Gruppo di lavoro Adolescenti per studi epidemiologici. La multicentricità della raccolta dati, nei protocolli di studio, è un importante componente di validazione e Agite dispone di un'importante risorsa: una rete di Consultori Adolescenti disposti a collaborare. Tra le iniziative a cui stiamo lavorando: un progetto per la raccolta dati relativi alla condilomatosi genitale, nelle ragazze tra i 14 e i 18 anni, che ci permetterebbe di seguire in maniera longitudinale queste adolescenti almeno nei 7 anni successivi alla vaccinazione e durante i primi anni di attività sessuale. Un'altra ipotesi di lavoro riguarda le strategie educative per aumentare la compliance della coppia rispetto all'uso degli estrogeni. Il Consiglio nazionale Agite è all'opera per raccogliere, ordinare e programmare una serie di proposte di collaborazioni scientifiche da attuare nel prossimo triennio.

Antonella Debora Turchetto

Ginecologa Psicoterapeuta, Venezia, Consigliere Nazionale Agite
Responsabile Gruppo Agite Adolescenza



poliambulatorio
diagnostico
specialistico

Nasce una nuova realtà nel cuore di Milano: il centro medico Santa Sofia - Somed.

Il centro Somed affitta a professionisti studi prestigiosi ed attrezzati con apparecchiature di ultima generazione:

- Ecografi Philips HD11-XE completi di tutte le sonde, con pacchetto di gestione immagini tridimensionale e quadridimensionale
- Software di refertazione direttamente collegato all'ecografo
- Isteroscopia con luce xenon 180 e camere 3ccd
- Colposcopia

IL CANONE DI AFFITTO INCLUDE:

Accesso pianificato dalle 09.30 alle 19.30

Gestione della Agenda e degli Appuntamenti

Servizio di Receptionist e Fatturazione

Sala attesa riservata e confortevole

Materiale di consumo (gel, guanti, carta, speculum, kit per pap-test ...)

Accesso a Internet / Indirizzo email / Telefono e Fax

Parcheggio pubblico di fronte o autorimessa a 100 mt convenzionato con il centro

Il Centro ha anche a disposizione un ambulatorio per piccoli interventi chirurgici in anestesia locale, senza degenza.



di G. Bonomo, G. Fuschillo, M.R. Palermo
Ospedale Buonconsiglio
FBF - Napoli

Nell'ambiente vaginale, analogamente a quanto si verifica nel cavo orale e nell'intestino, convivono, in equilibrio tra loro e con l'ospite, numerosi microrganismi che costituiscono la cosiddetta "flora vaginale". La composizione di quest'ultima va incontro a modificazioni qualitative e quantitative che sono in rapporto all'età, allo stato ormonale, all'attività sessuale e alle condizioni generali di salute della donna.

Il pH vaginale, compreso fisiologicamente tra i valori di 3.5-4.5, rappresenta un fattore di primaria importanza nel mantenimento dell'ecosistema entro i limiti della normalità. Esso, infatti, inibisce la crescita dei batteri anaerobici e favorisce l'adesione dei lattobacilli (bacillo di Doderlein) all'epitelio vaginale (1). Modifiche di tale parametro, anche se transitorie, sono sufficienti ad alterare radicalmente la flora vaginale. La flora vaginale normale, costituita da oltre 100 specie batteriche, vede la preponderanza dei Lattobacilli acidofili che svolgono una importantissima funzione per il mantenimento di un "ambiente" vaginale normale (2-5). I Lattobacilli infatti sono in grado di produrre acido lattico degradando il glucosio che viene prodotto ed immagazzinato sotto forma di glicogeno da parte della mucosa vaginale. L'acido lattico mantiene il pH vaginale < 4.5. Inoltre i Lattobacilli producono anche H₂O₂ che svolge una importante azione antibatterica. Quindi, l'acidità del pH è sia la conseguenza che la causa della presenza dei Lattobacilli.

In età prepubere il pH vaginale è maggiormente alcalino ri-

I risultati dello studio Aogoi sulle infezioni vaginali

Quando l'acidità non è un male

L'ecosistema vaginale è costituito da tre importantissimi parametri che ne regolano e mantengono la sua omeostasi: il fluor vaginalis, la microflora e il pH.

Il fluor vaginalis è rappresentato da un fisiologico trasudato ricco in aminoacidi ove è possibile trovare oltre a importanti elettroliti anche cellule immature esfoliate, muco cervicale, endometriale e tubarico, per cui la funzione precipua del fluido vaginale è quella di nutrire e assicurare la fisiologica idratazione alla vagina



spetto all'età adulta, l'epitelio della mucosa è di tipo colonnare e le ghiandole sono assenti: in questa fase della vita la normale flora batterica vaginale è principalmente costituita da cocci Gram-positivi e da anaerobi Gram-negativi.

Al contrario, in età adulta il pH vaginale è più acido, l'epitelio della mucosa è di tipo squamoso stratificato e sono presenti alcune ghiandole: in questo caso nel microambiente vaginale prevalgono i Lattobacilli. Quest'ultimi sono destinati a ridursi progressivamente in menopausa quando, a causa della

carenza estrogenica, la mucosa va incontro ad un processo di atrofia con

diminuzione del glicogeno necessario al loro metabolismo. Le cellule della parete vaginale, in particolare gli strati superficiali ed intermedio ormono-dipendenti, hanno un importante ruolo di mantenimento del cosiddetto ecosistema vaginale, cioè dell'equilibrio dinamico della flora microbica che normalmente colonizza la vagina. All'interno delle cellule sono presenti abbondanti depositi di glicogeno, il cui metabolismo anaerobico mantiene il pH vaginale nell'ambito della normalità acida (3.8-4.5). È grazie a questo meccanismo che l'invasione di agenti patogeni esterni o la replicazione di microrganismi innocui e presenti a livello vaginale in bassa quantità, come normale flora batterica, viene ostacolata e il viraggio del pH verso una minor acidità/maggior alcalinità rappresenta pertanto l'elemento chiave delle infezioni. A tal proposito abbiamo condotto uno studio esaminando 200 donne, afferite ai Centri Aogoi partecipanti alla ricerca, con e senza sintomi riferibili a infezioni vaginali, di età compresa tra i 22 e i 58 anni.

Settimanalmente abbiamo pra-

Per saperne di più

1. Hanna NF, The relation between vaginal pH and microbiological status in vaginirris. Br J Obstet Gynecol 1985; 92:1267-1271
2. Redondo - Lopez V. Emerging role of lattobacilli in the control and maintenance of the vaginal microflora. Rev Infect Dis 1990; 12:856-872
3. Fiorilli A. Successful treatment of bacterial vaginosis with polycarbophil - carbopol acid vaginal gel: results from a randomised double blind placebo controlled trial. Eur J Obstet Gynecol Rep Biol 2005; 120:202-205
4. Boskey ER. Acid production by vaginal flora in vitro is consistent with the rate and extent of vaginal acidification. Infect Immun 1999; 67:5170-5175
5. Hanna NF, The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. Br J Obstet Gynecol 1985; 92: 1267- 1271

ticato un esame microbiologico vaginale e contestualmente rilevato il valore del pH vaginale, per la durata di sei mesi. La valutazione del pH è stata eseguita utilizzando il "Personal-test pH vaginale" di PiC Indolor (Artsana S.p.A).

Risultati e commenti

Tutte le donne arruolate hanno portato a termine lo studio. I risultati emersi hanno confermato la validità del test come predittivo dello stato di benessere dell'ambiente vaginale; infatti per valori di pH superiori a 5.2 (72 donne pari al 36%) era positivo l'esame microbiologico per infezione vaginale, di cui 29 Gardnerella, 31 C. Albicans, 12 E. Coli.

Per valori compresi tra 4.5-5.2 (44 donne pari al 22%) l'esame microbiologico evidenziava una flora non patogena.

Le rimanenti 84 donne (42%) che avevano un pH vaginale compreso tra 3.8-4.5 sono risultate negative all'esame microbiologico.

JO2AC01

ELAZOR®

Fluconazolo

Avantgarde s.p.a.
GRUPPO sigma-tau



Consensus Menopausa: nessun finanziamento dalla Ue

Leggiamo su *GynecoAogoi* a pagina 16 numero 5/2008 la seguente frase: "Sicuramente finanziamenti come quelli europei sono stati sottratti a studi scientifici italiani sulla menopausa e dirottati verso Consensus come quella di Torino alla ricerca del già citato sensazionalismo, dando adito così all'affermarsi di una medicina difensiva che non può che nuocere al medico ma "in primis" anche alla donna".

Con la presente il Comitato promotore della Conferenza di consenso "Quale informazione per la donna in menopausa sulla terapia ormonale sostitutiva?" a cui fa riferimento la frase sopra riportata chiede che venga pubblicata la presente lettera a chiarimento di:

- il finanziamento non è pervenuto da fonti europee, non è stato sottratto ad alcuna ricerca italiana sulla menopausa, né è stato dirottato, ma ottenuto previa presentazione di un progetto dettagliato alla Compagnia di San Paolo che ha deciso in base ai propri criteri di referaggio. La fonte di finanziamento è sempre stata esplicitata sui documenti della Conferenza di consenso che è stata progettata definendo nei dettagli ogni fase dello svolgimento. Il protocollo finale è stato



- pubblicato per esteso in diversi siti e riassunto su riviste scientifiche e divulgative;
- il Comitato promotore ha diffuso attraverso posta elettronica e pubblicazione su siti un Bando di interesse tra tutte le parti interessate - tra cui società medico scientifiche, aziende farmaceutiche, uffici ed agenzie per l'informazione al pubblico, associazioni di cittadini e pazienti - per raccogliere materiale e

- documenti che sono stati consegnati ai gruppi di lavoro. Il Comitato promotore ha altresì chiesto a tutti i componenti la Giuria e i gruppi di lavoro la esplicitazione di eventuali conflitti di interesse;
- la Giuria ha operato in completa autonomia dal Comitato promotore, scrivendo ed approvando un proprio regolamento interno, e ha prodotto un documento finale nel quale non vi sono tracce del sensazionalismo di

- cui parlano il dottor Costante Donati Sarti e la dottoressa Sonia Baldi e i cui contenuti non erano in alcun modo predefiniti, né nel merito né nel tono;
- il documento della Giuria è diverso, sia nella sostanza sia nella forma, dai documenti preparati dai gruppi di lavoro, che pure hanno operato in completa autonomia, secondo criteri espliciti e rigorosi, sostenuti sul piano organizzativo dal Comitato promotore;

- tutte le fasi si sono svolte come previsto dal protocollo e in completa trasparenza.

Il dottor Costante Donati Sarti, co-autore dell'articolo, a luglio 2007 ha accettato di partecipare alla Conferenza di consenso di Torino, dichiarando assenza di conflitto di interessi (settembre 2007). Il dottor Costante Donati Sarti ha annunciato la sua rinuncia a partecipare ai lavori della Giuria il giorno precedente l'inizio della celebrazione della Conferenza di consenso, a causa di problemi familiari. Sostenere che le cose siano andate diversamente da così è diffamatorio nei confronti di tutti i professionisti ed esperti coinvolti nella Conferenza di consenso, oltre che del Comitato promotore.

Grazie per l'attenzione e la pubblicazione della presente

Il Comitato promotore Progetto PartecipaSalute: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano; Agenzia di Editoria Scientifica Zadig, Milano; Centro Cochrane Italiano, Milano; Sistema Nazionale Linee Guida: Epidemiologia Clinica e Linee Guida - CNESPS; Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva - CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Rispondono Costante Donati Sarti e Sonia Baldi

Gli autori si scusano per il refuso in fase di editing che ha determinato un riferimento a finanziamenti europei alla consensus di Torino, che, come si evince dalla lettera da voi inviata, non ci sono stati. Correttamente va letto: "Sicuramente finanziamenti come quelli europei sono stati sottratti a studi scientifici italiani sulla menopausa e dirottati negli anni passati verso altre iniziative. Diverso è poi l'atteggiamento della stampa verso consensus come quella di Torino, alla ricerca del già citato sensazionalismo, dando adito

così all'affermarsi di una medicina difensiva che non può che nuocere al medico ma *in primis* anche alla donna". L'osservazione espressa nell'articolo (cfr. "Terapia ormonale sostitutiva: siamo veramente fermi al 2002?" di Sonia Baldi e Costante Donati Sarti) va riferita ad altre iniziative che, soprattutto negli anni passati, hanno beneficiato di finanziamenti europei a differenza del Progetto Menopausa Italia (Pmi). Vorremmo ricordare che il Pmi ha rappresentato un'iniziativa di grande rilievo per la ginecologia italiana, un importante momento di aggregazione, di rilevazione epidemiologica (i

dati coprono un campione di circa 200mila donne nell'arco di un decennio) nonché di crescita culturale e operativa dei singoli operatori che tramite strumenti informatici comuni hanno permesso di raccogliere dati importanti, consentendo rilevazioni sulle singole realtà regionali e sui diversi comportamenti sia da parte della donna che del ginecologo. Il Pmi è stato, e lo è tuttora, un momento educazionale-formativo che permette un migliore approccio alle problematiche della donna in climaterio e consente di identificare le strategie preventive per un miglior invecchiamento. La sua

importanza è testimoniata dalle numerose pubblicazioni su importanti riviste scientifiche italiane e internazionali e dal libro che raccoglie l'esperienza del Pmi "Menopausa Up-to-date: l'esperienza italiana", pubblicato nel 2004. Più che comprensibile dunque il rammarico espresso nell'articolo per il fatto che il Pmi, contrariamente ad altre iniziative di maggior impatto mediatico, o forse solo meglio pubblicizzate, non sia mai riuscito, nonostante i reiterati tentativi, ad accedere ai finanziamenti comunitari. L'accento al sensazionalismo, non è assolutamente riferito ai componenti del comitato

promotore, della giuria e dei gruppi di lavoro, di cui riconosciamo e rispettiamo competenze serietà e rigore scientifico, né al documento di consenso in sé ma riguarda invece le modalità con cui con cui ne sono stati diffusi i contenuti attraverso i canali mediatici: già molti giorni prima che venisse elaborato e scritto il documento definitivo (presentato ufficialmente il 25 giugno 2008 a Milano) su alcuni quotidiani e riviste femminili ne veniva riportata con gran risalto la valutazione sicuramente non positiva nei riguardi della Tos.

Costante Donati Sarti e Sonia Baldi

Congressi



3° CONGRESSO REGIONALE A.O.G.O.I. - 1° CONGRESSO REGIONALE AGITE

Catania
23-25 novembre

Segreteria organizzatrice
Traveleze s.r.l.
Via San Pancrazio 53
98039 Taormina (Me)
Tel. 0942.623385
Fax 0942.620125
aogoi@traveleze.it

Tel. 059.210311 Fax 059.246849
info@archimediaeventi.it

CORSO BASE DI ECOGRAFIA PER OSTETRICHE

Carpi (Mo)
4-5 dicembre

Archimedia s.a.s.
Via Castelmardo 97 - 41100
Modena
Tel. 059.210311 Fax 059.246849
info@archimediaeventi.it

CORSO PRATICO/TEORICO URGENZE ED EMERGENZE IN SALA PARTO COME

AFFRONTARE LE SITUAZIONI DIFFICILI
Bergamo
10 dicembre

Segreteria organizzatrice
Centro Congressi Giovanni XXIII
Viale Papa Giovanni XXIII 106 -
24121 BERGAMO
Tel. 035.236435 Fax 035.236474
infocon@congresscenter.bg.it

Tel. 095/374729 Fax
095/385021
info@studioexedra.it

1ST EUROPEAN CONGRESS ON "IN VITRO MATURATION OF HUMAN OOCYTES IN ASSISTED REPRODUCTION"

Monza
12-13 dicembre

Segreteria organizzatrice
Dolphin Organization
Strada Maggiore 90
40125 Bologna
Tel. 051.6360801
Fax 051.4292250
mail@dolphinorganization.com

CHIRURGIA GINECOLOGICA DALLA TRADIZIONE ALLA ROBOTICA

Vicenza
1-2 dicembre

Segreteria organizzatrice
Gpm-Dna Srl
Tel. 0444.323777
Fax 0444.547415
formazione@gpmdna.com

CORSO AVANZATO DI LAPAROSCOPIA

Taranto
5 dicembre

Segreteria organizzatrice
Centro Italiano Congressi
Viale Escrivò 28 - 70124 Bari
Tel. 080 5043737
Fax 080 5043736
info@cicsud.it

CORSO DI MEDICINA MATERNO FETALE CORSO DOPPLER

Brescia
11-12 dicembre

Segreteria organizzatrice
Incentives & Congressi
Via Crocifissa di Rosa 15
25128 Brescia
Tel. 030.391026 Fax 030.383290
info@incentivecongressi.com

LA SORVEGLIANZA DEL BENESSERE FETALE IN TRAVAGLIO

Carpi (Mo)
2-3 dicembre

Segreteria organizzatrice
Archimedia s.a.s.
Via Castelmardo 97
41100 Modena

1° MASTER IN CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA

Roma
10-11 dicembre
Napoli
8-10 febbraio 2009

Carol Scioscia - Sabrina Soresi
Tel. 06.52665356
Fax 06.52666974

III CONGRESSO NAZIONALE SIOS

Catania
11-13 dicembre

Segreteria organizzatrice
Studio Exedra
Corso Delle Province 38 - 95127
Catania

ANNO 2009

CONGRESSO AOGOI Portovenere (Sp) 2-4 aprile

Segreteria organizzatrice
P.R. E Comunicazione
Vocabolo Cugnetto
02046 Magliano Sabina (RI)
Tel. 0744 921040
Fax 0744 91531
info@precommunication.com

Convegni



O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

Convegno Nazionale

Donne e Ospedale: una realtà da migliorare

Milano, 20 - 21 novembre 2008

Museo Nazionale della Scienza e della Tecnologia
"Leonardo da Vinci"

Via San Vittore 21, Milano
Auditorium



museo nazionale
della scienza e della tecnologia
leonardo da vinci

Relatori

Adriana Albini, IRCCS Multimedica, Milano
Flavio Armellino, Ospedale Maria Vittoria, Torino
Laura Bianconi, 12a Commissione Permanente Igiene e Sanità, Senato della Repubblica
Giuliano Binetti, IRCCS S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia
Bernardo Bonanni, Istituto Europeo di Oncologia, Milano
Maria Luisa Brandi, Università degli Studi, Firenze
Mario Condorelli, Direttore Scientifico, IRCCS MultiMedica, Milano
Francesco Conti, A.O. Sant'Andrea, Roma
Alberto Costa, Centro di Senologia della Svizzera Italiana, Lugano
Michele Carruba, Università degli Studi, Milano
Giorgio Fiorentini, Università L. Bocconi, Milano
Massimo Franceschi, Multimedica Holding, Castellanza
Fiorenzo Galli, Museo Nazionale della Scienza e della Tecnologia, Milano
Lilli Gruber, Parlamento Europeo, Bruxelles
Alberto Luini, Istituto Europeo di Oncologia, Milano
Momcilo Jankovic, A.O. San Gerardo, Monza
Alessandra Kustermann, Osp. Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena, Milano
Francesca Merzagora, O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna
Maria Grazia Modena, A.O. Universitaria Policlinico di Modena
Carlo Maurizio Montecucco, Fondazione IRCSS S. Matteo, Università di Pavia
Paola Muti, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma
Marco Rosselli Del Turco, EUSOMA, Firenze
Maria Antonietta Nosenzo, O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna
Ugo Pastorino, Istituto Nazionale dei Tumori, Milano
Sergio Pecorelli, Spedali Civili, Brescia
Laura Pellegrini, Ospedale L. Spallanzani, Roma
Walter Ricciardi, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Carlo Vergani, Università degli Studi, Milano
Daniela Valpiani, Azienda USL, Forlì

CARTE BOLLATE

Il Tribunale di Roma dà ragione all'Agoi e a Vittori

La nostra associazione e il presidente della Sigo sono stati estromessi dal giudizio nella vertenza intentata dal presidente dell'Agui, che il Tribunale ha condannato al pagamento delle spese legali

Con l'ordinanza depositata l'8 ottobre scorso, la terza sezione civile del Tribunale di Roma ha chiuso positivamente per l'Agoi e il prof. Giorgio Vittori la vertenza iniziata dal presidente dell'Agui, Massimo Moscarini. Quest'ultimo, come ricorderete, aveva contestato la legittimità del rinnovo del Consiglio direttivo della Sigo presso il Tribunale ordinario civile di Roma denunciando l'adozione di una procedura non corrispondente alle norme dello Statuto e del Regolamento della Società italiana di Ginecologia e Ostetricia e citando in giudizio la nostra Associazione e il neoeletto presidente Sigo, Giorgio Vittori. Ebbene il Tribunale di Roma ha dato ragione ad entrambi disponendo la loro estromissione dal giudizio e condannando Moscarini al pagamento



delle spese legali. In merito alla richiesta di sospensione della delibera assembleare con cui è stato rinnovato il Consiglio direttivo Sigo, avanzata da Moscarini, il Tribunale di Roma dovrà pronunciarsi in un'udienza prevista a fine novembre.

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. Denominazione del medicinale Gaviscon Advance. Sospensione orale aroma menta in bustine.

2. Composizione qualitativa e quantitativa Ogni dose da 5 ml contiene sodio alginato 500,0 mg e potassio bicarbonato 100,0 mg. 1 ml contiene sodio alginato 100,0 mg e potassio bicarbonato 20,0 mg. Eccipienti: metile paraidrossibenzoato (E218) e propile paraidrossibenzoato (E216). Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. Forma farmaceutica Sospensione orale. Sospensione viscosa, biancastra, in bustine.

4. Informazioni cliniche **4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento dei sintomi legati al reflusso gastro-esofageo, quali rigurgito acido, pirosi e indigestione (dovuta a reflusso), ad esempio dopo i pasti, o nel corso della gravidanza, o in pazienti con sintomi legati a esofagite da reflusso. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini da 12 anni in su: da uno a due cucchiaini da 5 ml dopo i pasti e la sera prima di andare a letto. Bambini al di sotto dei 12 anni: deve essere somministrato solo su consiglio medico. Anziani: non è necessario modificare le dosi per questa fascia d'età. La sospensione non utilizzata deve essere gettata. **4.3 Controindicazioni** Questo medicinale è controindicato in pazienti con ipersensibilità nota o sospetta ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego** Ogni dose da 5 ml presenta un contenuto di sodio pari a 53 mg (2,3 mmol) ed un contenuto di potassio pari a 39 mg (1,0 mmol). Ciò deve essere tenuto in considerazione nei casi in cui sia raccomandata una dieta particolarmente povera di sale, ad esempio in alcuni casi di insufficienza cardiaca congestizia e compromissione renale o nel caso di assunzione di farmaci che possono aumentare i livelli di potassio nel plasma. Ogni 5 ml contiene 100 mg (1,0 mmol) di calcio carbonato. Si deve prestare attenzione nel trattare pazienti affetti da ipercalcemia, nefrocalcolosi e calcoli renali ricidivi contenenti calcio. Nei pazienti con livelli molto bassi di acido gastrico c'è una possibilità di efficacia inferiore. Il trattamento di bambini di età inferiore ai 12 anni non è generalmente raccomandato, eccetto in caso di consiglio medico. Se i sintomi non migliorano dopo sette giorni, il quadro clinico deve essere rivalutato. Questo medicinale contiene metile paraidrossibenzoato e propile paraidrossibenzoato, che possono causare reazioni allergiche (anche ritardate). **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione** Nessuna nota. **4.6 Gravidanza ed allattamento** Uno studio aperto, non controllato su 146 donne in gravidanza non ha dimostrato alcun effetto indesiderato significativo di Gaviscon Advance sul corso della gravidanza o sullo stato di salute del feto/neonato. Sulla base di questa e di precedenti esperienze, Gaviscon Advance sospensione orale aroma menta in bustine può essere utilizzato durante la gravidanza e l'allattamento. Tuttavia tenendo in considerazione la presenza di calcio carbonato, si raccomanda di limitare il più possibile la durata del trattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Non pertinente. **4.8 Effetti indesiderati** Molto raramente (<1/10.000) i pazienti possono sviluppare manifestazioni allergiche, quali orticaria o broncospasmo, reazioni anafilattiche o anafilattoidi. **4.9 Sovradosaggio** In caso di sovradosaggio, si deve ricorrere a trattamento sintomatico. Il paziente può notare distensione addominale.

5. Proprietà farmacologiche **5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: altri farmaci per il trattamento di ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo (GORD) **Codice ATC: A02BX**. La sospensione, quando viene ingerita, reagisce con l'acido gastrico per formare una copertura di gel di acido alginico con caratteristiche di pH quasi neutro e che galleggia sul contenuto dello stomaco impedendo in modo efficace il reflusso gastroesofageo. In casi gravi, la stessa copertura di gel, e non il cibo nello stomaco, può essere rigurgitata nell'esofago ed esercitare un effetto emolliente. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Il meccanismo d'azione del medicinale è fisico e non dipende dall'assorbimento nella circolazione sistemica. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Non è stato riportato alcun risultato preclinico di rilievo per il prescrittore.

6. Informazioni farmaceutiche **6.1 Elenco degli eccipienti** Calcio carbonato, carbomero 974P, metile paraidrossibenzoato E218, propile paraidrossibenzoato E216, saccarina sodica, aroma menta, sodio idrossido per l'aggiustamento del pH, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 2 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Non refrigerare. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Astuccio di cartone esterno contenente bustine monodose di forma allungata e un cucchiaino dosatore in polistirene trasparente preformato con incavo con misure da 2,5 ml e 5 ml. La confezione in commercio contiene 20 bustine. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. Il cucchiaino dosatore può non essere disponibile in tutti i mercati/confezioni. Le bustine sono costituite da poliestere, alluminio e polietilene. Sono disponibili anche confezioni contenenti una singola bustina o due bustine, inserite in un astuccio di cartone. Ogni bustina contiene 10 ml di medicinale. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare.

7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Limited, Dansom Lane, Hull, HU8 7DS, Regno Unito. Concessionaria per l'Italia: Novartis Consumer Health S.p.A., Origgio (VA).

8. Numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio Confezione da 20 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248171/M.

9. Data della prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione Novembre 2004.

10. Data di revisione del testo Febbraio 2008.

Contro il reflusso gastroesofageo

GAVISCON[®]

ADVANCE

Sodio Alginato + Potassio Bicarbonato



UN'AZIONE COMPLETA E MIRATA

Gaviscon Advance svolge un'azione meccanica di barriera che ferma fisicamente il reflusso nella sua duplice componente acida e non acida.

Da oggi è disponibile anche in BUSTINE MONODOSE: una PROTEZIONE A PORTATA DI MANO per rispondere alle esigenze di un PIÙ AMPIO NUMERO DI PAZIENTI e aumentare la COMPLIANCE alla terapia.

- **COMODO e PRATICO**, nella confezione monodose.
- **FUNZIONALE**, perché consente di portare sempre con sé il dosaggio giusto.
- **FACILE DA ASSUMERE**, in qualsiasi momento.
- **IGIENICO**, grazie alle bustine ermeticamente sigillate.

GAVISCON ADVANCE

Ferma il reflusso, non solo l'acido.

CC 10080140000 - Materiale destinato alla Classe Medica. Autorizzazione su domanda del 16/07/2008

NEL TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI VULVOVAGINALI DA CANDIDA

Depositato presso l'AIFA in data 05/10/2007



Gyno-Canesten®

FIDUCIA NEI FATTI

Da oltre 30 anni al fianco del ginecologo

Con clotrimazolo:

- **Efficacia e sicurezza comprovata** da numerosi studi clinici e da un impiego di oltre 30 anni nel trattamento delle infezioni vulvovaginali da candida.
- Segnalato dal **Ministero della Salute**¹ come il principio attivo **antimicotico imidazolico di scelta in gravidanza**.
- Uno studio su 38.151 donne in gravidanza ha provato che il clotrimazolo **dimezza inoltre il rischio di parto prematuro** (4,6% VS 10,6%).^{1,2}



Bayer HealthCare

¹ Aifa/Ministero della Salute - Farmaci e Gravidanza, Roma 2005 Istituto poligrafico e Zecca dello Stato spa

² Czeizel AE et al. Preterm birth reduction after clotrimazole treatment during pregnancy. Eur J Obstet Gynec Preprod Biol 2004; 116: 157-163.