

# Arrivano i nuovi LEA

**Ma la Sanità  
è in ginocchio:  
meno personale  
meno posti letto  
meno servizi**



### ■ SPESA SANITARIA. I REPORT

Il costo della spesa per le retribuzioni in sanità è il più basso dal 2007. Sale l'età media del personale e il numero dei precari. Il rapporto del Mef e della Corte dei Conti

### ■ MASTER AOGOI-IULM

Al via il primo Master "Health Communication in Ginecologia" realizzato dall'AOGOI in collaborazione con l'Università IULM

### ■ AOGOI PER TE

Un'importante iniziativa dedicata alla salute dei soci Aogoi: una polizza sanitaria integrativa di base. Gratuita per tutti gli associati!



## Perfetta per i disturbi vulvo-vaginali. Ripara, lenisce, protegge.



Un'esclusiva formulazione in crema con ingredienti di origine naturale, dall'azione riparatrice, antinfiammatoria e di supporto alle difese immunitarie locali della zona vulvo-vaginale. Tutto questo è Celegyn.



DISPOSITIVO MEDICO **CE** 0546

[NATHURA.COM](http://NATHURA.COM)

  
**NATHURA**<sup>®</sup>  
LA NOSTRA RICERCA,  
IL TUO STAR BENE.



*“L’Aogoi apre il 2017 con un’importante iniziativa dedicata alla salute dei suoi associati e dei loro familiari, che avranno la possibilità di usufruire di un’integrazione dell’assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale”*

## Lettere a GynecoAogoi



Sul prossimo numero troverete una nuova rubrica: **Lettere a GynecoAogoi. Il tuo punto di vista sulle cose.**

Sarà uno spazio riservato alle vostre storie, ai problemi che non capite fino in fondo e a cui

spesso non riuscite a dare una soluzione. Vi permetterà di indicare argomenti che vi appassionano particolarmente e che volete condividere con gli altri. Oppure commenti, suggerimenti, segnalazioni capaci di stimolare una vivace e attiva discussione.

Questa iniziativa aiuterà GynecoAogoi a far emergere questioni di cui non si parla o si parla poco e che spesso sono sottovalutati o trascurati.

Cerchiamo lettori che abbiano voglia di raccontare le proprie sfide e le proprie esperienze. Se avete fame di conoscere e far conoscere, allora scrivete una mail a: [gynecoaogoi@hcom.it](mailto:gynecoaogoi@hcom.it)

### PRIMO PIANO

- 4 **Arrivano i nuovi LEA: cosa prevedono e quanto costano**
- 5 **Le nuove Sdo: più informazioni sui ricoveri guardando agli esiti delle cure**
- 6 **Ecm: le novità**  
Alla Stato Regioni l’Accordo che rinnova la Formazione continua in medicina
- 6 **Camera. Approvate 9 mozioni bipartisan contro il citomegalovirus**
- 7 **Il Ssn “perde” 10.000 dipendenti in un anno**  
I numeri del Conto annuale 2015 del Ministero dell’Economia
- 7 **Tumore al seno. Dal Senato 5 mozioni per migliorare l’assistenza**
- 8 **Spesa sanitaria torna a correre nel 2016: In calo personale, beni e servizi**
- 9 **Caso Nola. Fucci: “Medici da premiare. Altri sono da licenziare”**
- 9 **Ocse: un quinto della spesa sanitaria usato male**
- 9 **Ssn in deflazione. E il fenomeno colpisce soprattutto gli ospedali privati**  
Il Rapporto Aiop
- 11 **Pma. Cambiano modalità e contenuti del consenso informato**
- 12 **Rinnovato l’Iss. Risparmi per 2 mln di euro l’anno. Più finanziamenti alla ricerca**

**13**

**SIGO 2017**  
**Obiettivo donna: “Tagliare il traguardo attraverso una buona pratica medica”**  
Domenico Arduini  
Marco Bonito

### PROFESSIONE

- 16 **Nasce il Master “Health Communication in Ginecologia” IULM-AOGO!**
- 18 **Anac: i dirigenti sanitari non devono comunicare i dati patrimoniali**  
AOGO! “Premiato il nostro sforzo di ricercare sempre una lettura dei provvedimenti più coerente e più giusta”
- 19 **Se il medico è donna il paziente guarisce prima**  
Valeria Dubini



- 20 **Punti nascita a basso volume di attività: agire su tre fronti per garantire la sicurezza**  
Claudio Crescini  
• **Punti nascita. Ginecologi della Fesmed contro delibera veneta**  
Giuseppe Ettore
- 22 **Progetto AGITE per la preservazione della salute riproduttiva**  
Sandro M. Viglino
- 23 **Censis. Giovanissimi, millennial e sessualità**
- 24 **Come ridurre il tasso di tagli cesarei: una questione culturale e organizzativa**  
Claudio Crescini, Denise Rinaldo e Anna Zilioli
- 27 **SIOS.E. La riserva Ovarica**

### AGGIORNAMENTI

### RUBRICHE

- 29 **Libri**

Firmato il Dpcm sui nuovi Lea. A breve la pubblicazione in G.U.

# Arrivano i nuovi Lea: cosa prevedono e quanto costano

**“Un passaggio storico per la sanità italiana”,** così il ministro della Salute all'indomani dalla firma del provvedimento.

**Il Dpcm interviene su quattro fronti: definisce attività, servizi e prestazioni garantite ai cittadini dal Ssn.**

**Descrive con maggiore dettaglio e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei Lea.**

**Ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione.**

**Innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica.**

**L'impatto del corposo Dpcm è stato valutato dal Governo in 800 mln (vincolati al Fsn) ma dalle Regioni, nonostante l'intesa, i dubbi sono elevati sul fatto che le risorse non siano sufficienti**



**N**omenclatore protesico, fecondazione assistita eterologa ed omologa, nuovi vaccini (come l'anti Pneumococco, l'anti Meningococco e l'anti Varicella, quello per il Papillomavirus anche agli adolescenti maschi), screening alla nascita, esenzione dal ticket per chi soffre di endometriosi.

Novità anche per la Pma con l'eterologa che entra a pieno titolo nelle prestazioni del Ssn. E non solo, la celiachia passa invece dall'elenco delle malattie rare a quelle croniche. E poi esenzioni per ulteriori 118 malattie rare e revisione dell'elenco delle malattie croniche con l'aggiunta di 6 patologie tra cui la Broncopneumopatia. Novità sul anche trattamento dell'autismo e sull'appropriatezza prescrittiva. Previsti anche i trattamenti contro la ludopatia, le cure per l'adrotterapia per la cura dei tumori e la terapia del dolore.

**Queste sono solo alcune delle nuove prestazioni sanitarie che il Servizio sanitario nazionale do-**

**vrà garantire secondo quanto previsto dal Dpcm sui nuovi Livelli essenziali di Assistenza (Lea), le cure e prestazioni garantite ai cittadini gratuitamente o pagando un ticket.**

L'impatto del corposo Dpcm è stato valutato dal Governo in 800 mln (vincolati al Fsn) ma dalle Regioni, nonostante l'intesa, i dubbi sono elevati sul fatto che le risorse non sono sufficienti: secondo gli Enti locali per ga-

rantire il nuovo pacchetti di prestazioni sono necessari almeno 1,6 mld.

In ogni caso, con i nuovi Lea viene istituita anche la commissione nazionale che avrà il compito ogni anno di aggiornare (aggiungere o togliere) la lista dei livelli essenziali.

**In attesa della registrazione della Corte dei conti e della pubblicazione in Gazzetta ufficiale ecco cosa prevede il Dpcm.**

**Le novità dei Nuovi Lea e del Nomenclatore della specialistica e delle protesi**

**Il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale** prevede al necessario e atteso aggiornamento del nomenclatore disciplinato dal decreto ministeriale 22 luglio 1996, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete. Vengono introdotte numerose procedure diagnosti-

che e terapeutiche che nel 1996 avevano carattere quasi “sperimentale” oppure erano eseguibili in sicurezza solo in regime di ricovero, ma che oggi sono entrate nella pratica clinica corrente e possono essere erogate in ambito ambulatoriale.

Il nuovo nomenclatore individua chiaramente tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (PMA) che saranno erogate a carico del Servizio

## Nuovi Lea. Fissata la road map delle prossime scadenze

**Le Regioni hanno sintetizzato in una road map le prossime scadenze per dare attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 7 settembre scorso e dal Dpcm (non ancora registrato dalla Corte dei Conti)**

È un carnet fitto di impegni quello che attende la Conferenza Stato-Regioni, una volta che la Corte dei Conti farà scattare il semaforo verde dando piena attuazione ai nuovi Lea. Nell'attesa della loro entrata in scena la Segreteria della

Conferenza delle Regioni – Settore Salute e Politiche sociali – ha riepilogato, passo dopo passo, le prossime scadenze che porteranno alla piena applicazione dei i nuovi Lea. Spetterà poi a un Accordo Stato-Regioni fissare i

criteri di verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei medici, sulla base delle condizioni di erogabilità e delle indicazioni contenute nel Dpcm sui nuovi Livelli essenziali assistenza. A questo seguiranno Intese, ancora

da calendarizzare, per stabilire modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso e delle protesi e linee di indirizzo sui percorsi assistenziali integrati nel socio-sanitario. Chiuderanno il cerchio un'Intesa sulle tariffe per la specialistica ambulatoriale e della protesica e accordi per definire criteri uniformi che fissino limiti e modalità di erogazione delle prestazioni demandate a Regioni e province autonome.

sanitario nazionale (fino ad oggi erogate solo in regime di ricovero); rivede profondamente l'elenco delle prestazioni di genetica e, per ogni singola prestazione, fa riferimento ad un elenco puntuale di patologie per le quali è necessaria l'indagine su un determinato numero di geni; introduce la consulenza genetica, che consente di spiegare al paziente l'importanza ed il significato del test al momento dell'esecuzione, le implicazioni connesse al risultato al momento della consegna del referto ed, eventualmente, di fornire allo stesso il sostegno necessario per affrontare situazioni spesso emotivamente difficili; introduce prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico (adroterapia) o di tecnologia recente (enteroscopia con microcamera ingeribile, radioterapia stereotassica).

**Il nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica** consentirà, tra l'altro, di prescrivere:

- ausili informatici e di comunicazione (inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adatte per persone con gravissime disabilità)
- apparecchi acustici a tecnologia digitale attrezzature domotiche e sensori di comando e controllo per ambienti (allarme e telesoccorso)
- posaterie e suppellettili adattati per le disabilità motorie, barella adattata per la doccia, scooter a quattro ruote, carrozzine con sistema di verticalizzazione, carrozzine per grandi e complesse disabilità, sollevatori fissi e per vasca da bagno, sistemi di sostegno nell'ambiente bagno (maniglioni

e braccioli), carrelli servoscala per interni

- arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo.

**Revisione dell'elenco delle malattie rare.** Il provvedimento prevede un consistente ampliamento dell'elenco delle malattie rare, realizzato mediante l'inserimento di più di 110 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di malattie. Ad esempio, sono inserite nell'elenco: la sarcoidosi; la sclerosi sistemica progressiva; la miastenia grave. Da notare come le prestazioni concernenti le malattie rare sono erogate in regime di esenzione.

**Revisione dell'elenco delle malattie croniche.** Importanti revisioni sono apportate anche all'elenco delle malattie croniche. Ad esempio, sono introdotte sei nuove patologie esenti: sindrome da talidomide, osteomielite cronica, patologie renali croniche, rene policistico autosomico dominante, endometriosi negli stadi clinici "moderato" e "grave", broncopneumopatia cronico ostruttiva negli stadi clinici "moderato", "grave" e "molto grave".

Vengono spostate tra le malattie croniche alcune patologie già esenti come malattie rare, quali: malattia celiaca, sindrome di Down, s. Klinefelter, connettiviti indifferenziate. Per la maggior parte delle malattie incluse nell'elenco sono individuate una serie di prestazioni fruibili in esenzione. Per alcune particolari malattie sono individuate puntualmente in quanto le necessità assistenziali

dei pazienti sono estese e variabili. In tal caso, per garantire una maggiore flessibilità assistenziale, il medico le indicherà di volta in volta.

**Vaccini.** Vi è l'introduzione di nuovi vaccini (come: anti-Papillomavirus, anti-Pneumococco, anti-Meningococco) e l'estensione a nuovi destinatari (ad esempio per il Papillomavirus il vaccino viene erogato anche agli adolescenti maschi).

**Screening neonatale.** Vi è l'introduzione dello screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita e l'estensione a tutti i nuovi nati dello screening neonatale.

**Endometriosi.** Viene previsto l'inserimento dell'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche ed invalidanti, negli stadi clinici "moderato" e "grave". Di conseguenza, si riconosce alle pazienti il diritto ad usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo. Si stimano circa 300.000 esenzioni.

**Celiachia.** La celiachia diviene, da malattia rara, una malattia cronica. Ciò in quanto il percorso diagnostico di tale patologia non risulta, ad oggi, tortuoso, lungo e oneroso come avviene per i malati rari. Sono mantenute in esenzione tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale comprese nei Lea, utili al monitoraggio della patologia e alla prevenzione delle complicanze e degli eventuali aggravamenti. Come per tutte le malattie croniche è sufficiente una certificazione di malattia redatta da uno specialista

lista del Ssn per ottenere il nuovo attestato di esenzione. Viene mantenuta la disciplina della concessione degli alimenti ai celiaci.

**Autismo.** Il nuovo schema di decreto recepisce la legge n. 134 del 2015, che prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza per la diagnosi precoce, la cura e il trattamento individualizzato dei disturbi dello spettro autistico.

**Procreazione medicalmente assistita.** Sino ad oggi le prestazioni di procreazione medicalmente assistita erano erogate solo in regime di ricovero. Per il futuro: viene previsto l'inserimento nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale di tutte le prestazioni necessarie nelle diverse fasi concernenti la procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa. Tutte le prestazioni di raccolta, conservazione e distribuzione di cellule riproduttive finalizzate alla procreazione medicalmente assistita eterologa sono a carico del Ssn.

**Le risorse. Gli 800 milioni di euro stanziati dalla legge di stabilità vengono, quindi, allocati nei 3 livelli assistenziali, destinando:**

- 600 milioni di euro per l'assistenza distrettuale (così suddivisi: specialistica 380 milioni, protesi 153 milioni);
- 220 milioni di euro per la prevenzione sanitaria (vaccini);
- i 20 milioni di euro aggiuntivi derivano da un risparmio dovuto al trasferimento di prestazioni dall'assistenza ospedaliera ad altri ambiti assistenziali. **Y**

## RISCHIO TAGLI ALLA SANITÀ

**Garavaglia:** "Il taglio di 422 milioni alla sanità ormai è certo. Nuovi Lea a rischio".

**Lorenzin:** "I Lea saranno garantiti. Abbiamo vincolato 800 mln"



Dopo le dichiarazioni del coordinatore della commissione Affari finanziari della Conferenza delle Regioni, **Massimo Garavaglia**, che a

seguito della raggiunta Intesa tra Governo e Regioni su come ripartirsi gli oneri per il contributo alla finanza pubblica previsto dalle ultime manovre finanziarie, aveva parlato di un taglio "ormai certo" di 422 mln per il Fondo sanitario nazionale che avrebbe messo a rischio l'erogazione dei Lea, il **Ministero della Salute** ha diramato la presente precisazione.



"In relazione alle conseguenze negative sul Fondo Sanitario Nazionale della recente intesa raggiunta dalle regioni a statuto ordinario per allocare gli effetti finanziari di precedenti manovre di finanza pubblica, il Ministero della Salute precisa che tale scelta regionale non appare una novità, essendo contenuta in una Intesa raggiunta in Conferenza Stato - Regioni oltre un anno fa, segnatamente in data 11 febbraio 2016. È pertanto una non notizia la recente scelta delle Regioni a statuto ordinario di sobbarcarsi quella parte di manovra prevista dalla legge di stabilità 2016 che gravava esclusivamente sulle regioni a statuto speciale. Queste ultime avrebbero dovuto concludere specifici accordi con il Governo per contribuire alla manovra, ma avendo scelto di non chiudere tali accordi e di ricorrere alla Corte costituzionale avverso le disposizioni della legge di stabilità, hanno di fatto determinato un supplemento di manovra a carico delle regioni ordinarie".

In merito a possibili effetti negativi della citata scelta delle regioni sulla imminente entrata a regime dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza e dei nuovi Nomenclatori protesici, il Ministero ricorda che per questa specifica finalità sono stati vincolati con legge 800 milioni di euro per anno e che il Fondo Sanitario Nazionale nel 2017 è stato aumentato di 2 miliardi di euro e nel 2018 di un ulteriore miliardo di euro. Pertanto, come risulta evidente dalla bollinatura da parte della Ragioneria Generale dello Stato e dalla avvenuta registrazione da parte della Corte dei Conti, il decreto recante i nuovi Lea ed i nuovi Nomenclatori protesici ha adeguata copertura finanziaria. Con l'imminente pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto si potrà pertanto finalmente aprire una nuova era per tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale".

## Le nuove Sdo: più informazioni sui ricoveri guardando agli esiti delle cure

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 7 febbraio entra in vigore la nuova Scheda di dimissione ospedaliera che sostituisce quella prevista dal DM del 2000.

Rispetto alla "vecchia" Sdo, il nuovo decreto di Lorenzin amplia la mole di dati da raccogliere relativi ad ogni ricovero ospedaliero e prevede l'invio dei dati da parte delle Regioni con cadenza mensile anziché trimestrale.

Le innovazioni nelle Sdo sono motivate dall'esigenza di poter contare su più informazioni possibili relative ai ricoveri ospedalieri sia ai fini di migliorare le rilevazioni epidemiologiche che per rispondere a quanto previsto dalla normativa UE in riferimento all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Con la nuova Sdo si dovrà infatti rispondere all'esigenza di adeguare il contenuto informativo della scheda "alle esigenze di mo-

**Publicato in Gazzetta il decreto della Salute che integra le attuali caratteristiche della Scheda di dimissione ospedaliera. Obiettivo quello di adeguare le informazioni alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria, anche in considerazione degli orientamenti definiti dalla normativa Ue sull'assistenza transfrontaliera**

nitoreggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria, anche in considerazione degli orientamenti definiti dalla normativa dell'Unione europea". In particolare si sottolinea che i dati saranno utilizzati per "il monitoraggio e la valutazione degli interventi sanitari, compresi i loro esiti, la definizione degli standard di qualità, l'efficacia e l'efficienza, il monitoraggio del rischio clinico per garantire la sicurezza del paziente". Secondo il ministero della Salute le nuove Sdo consentiranno di migliorare il monitoraggio e la valutazione dell'assistenza sanitaria del "percorso nasci-

ta", ma saranno anche utili a caratterizzare le reali condizioni dei pazienti al fine di valutare meglio l'appropriatezza delle prestazioni erogate, a monitorare il rispetto degli standard dei volumi di attività chirurgica per unità operativa e per operatore e a stimare con maggiore accuratezza gli esiti degli inter-

venti sanitari e gli indicatori di qualità dell'assistenza erogata. Tra le novità rispetto alla vecchia SDO la raccolta di informazioni sul livello di istruzione del paziente, la data di prenotazione della prestazione e la classe di priorità, eventuali trasferimenti da un ospedale all'altro, l'identificativo del chirurgo e dell'anestesista, la check list della sala operatoria, la rilevazione del dolore, la stadiazione condensata, la pressione arteriosa sistolica, la creatinina serica e la frazione di eiezione. Si stabilisce infine un più stretto legame tra Sdo e cartella clinica. **Y**

**Per il ministero della Salute le nuove Sdo consentiranno di migliorare il monitoraggio e la valutazione dell'assistenza sanitaria del "percorso nascita". Il decreto inoltre stabilisce un legame più stretto tra Sdo e cartella clinica**

Alla Stato Regioni l'Accordo che rinnova la Formazione continua in medicina

# Ecm: le novità

**Il provvedimento all'esame dei tecnici nasce dalla necessità di dare uniformità alla disciplina del settore e una chiara ripartizione delle competenze amministrative tra Stato e Regioni. Attesi "Manuali" ad hoc stilati dalla Commissione nazionale che completeranno l'operazione di restyling**

**M**eno burocrazia, definizione chiara su chi deve fare cosa, uniformità su tutto il territorio nazionale dell'offerta formativa e della qualità dell'assistenza nell'interesse dei pazienti e della collettività. L'Educazione continua in medicina si rifà il look in 97 articoli che ne ridefiniscono i "connotati" a 12 anni dalla sua istituzione. A fine gennaio è stato trasmesso alla Conferenza Stato Regioni lo schema di Accordo sul documento "La formazione continua nel settore salute" che sarà discusso dai tecnici per poi ricevere il via libera definitivo nella prima seduta utile. Un provvedimento che, sottolinea nella premessa il ministro della Salute, nasce dall'esigenza di dare da un lato "organicità alla disciplina del settore" e dall'altro una "chiara ripartizione delle competenze amministrative tra Stato e Regioni per creare un sistema coerente di regolamentazione amministrativa che assicuri un uniforme miglioramento qua-



litativo dell'assistenza e della formazione continua su tutto il territorio nazionale".

**Le novità.** Con l'Accordo, e con i "Manuali" ad hoc che completeranno l'operazione di restyling (saranno ultimati nelle prossime settimane dalla Commissione nazionale Ecm, ma possiamo anticipare alcuni contenuti), si snelliscono procedure e si eleva la qualità della formazione, rispondendo così alle istanze di provider e professionisti. Grazie al provvedimento, saranno alleggeriti alcuni degli obblighi dei provider nelle procedure di presentazione di documenti. Mentre ci saranno nuovi criteri per l'attribuzione dei crediti agli eventi (ad esempio, un'ora di formazione potrebbe ricevere maggiore credito rispetto all'attuale se i corsi avranno un numero di partecipanti inferiore a 100).

**I professionisti potranno invece fare affidamento sul "Dossier formativo",** che andrà a regime con l'Accordo, e grazie la quale sarà possibile, per chi lo vorrà, transitare da una formazione basata solo sulla quantità dei crediti cumulati, a quella sulla qualità dei crediti (saranno legati alla professione, alla disciplina e alla specializzazione esercitata dal professionista). In sostanza, all'inizio di ogni triennio di formazione, il professionista potrà costruire il proprio Dossier indicando quali sono le sue specifiche necessità formative. Tutti gli eventi ai quali parteciperà saranno registrati dal sistema Cogeaps e verificati dal professionista, che al termine del percorso, riceverà dei bonus, o meglio degli "sconti" sul numero dei crediti da totalizzare. Non solo, il Dossier sarà utile anche ai provider per capi-

re quali sono le esigenze formative dei professionisti.

**Ma entriamo nello specifico del provvedimento.** Sono due i livelli su cui si giocherà la partita: nazionale e regionale. Questo per assicurare omogeneità sul territorio e una chiara definizione di compiti e ambiti di azione.

**La governance del sistema sarà prerogativa della Commissione nazionale Ecm** (presieduta dal ministro della Salute coadiuvato

dal coordinatore della Commissione salute e dal Presidente Fnomceo) e alla quale spetta il compito di determinare standard minimi di qualità e molto altro ancora. La bibbia è il "Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm" che la Commissione sta portando a termine e che conterrà requisiti e regole alle quali attenersi per l'accREDITAMENTO dei provider e la disciplina degli eventi formativi. A supporto del Manuale nazionale ci saranno poi i "Manuali regionali di accreditamento per l'erogazione di eventi Ecm", il "Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario" e quello per "le verifiche dei provider" che dovranno sempre essere approvati dalla Commissione.

**Mentre l'attuazione amministrativa sarà in capo alle Regioni** e alle Province autonome che dovranno programmare la formazione continua in base alle esigenze territoriali "assicurando il raggiungimento e promuovendo il miglioramento dei livelli di qualità formativa definiti quale standard minimo a livello nazionale". Ma non solo, le Regioni potranno prevedere requisiti di accreditamento ulteriori rispetto agli standard minimi stabiliti nel "Manuale nazionale" purché "oggettivamente idonei a elevare la qualità dell'offerta formativa".

**A verificare che si rispettino le regole,** ci saranno l'Osservatorio nazionale Ecm e un Comitato di garanzia (che potranno, tra l'altro, anche effettuare visite direttamente nel luogo di svolgimento

to dell'evento formativo) - oltre alla Segreteria della Commissione nazionale - che a loro volta dovranno attenersi a quanto previsto nel "Manuale delle verifiche". Anche le Regioni potranno istituire propri organi di verifica o in alternativa stipulare con Agenas accordi a titolo oneroso per lo svolgimento di attività di verifica. Ma sempre previa l'approvazione della Commissione nazionale.

Prevista infine una Consulta nazionale che darà alla Commissione nazionale pareri non vincolanti su questioni di carattere generale.

**Le violazioni sono classificate e disciplinate in "molto gravi", "gravi" e "lievi".** Al provider che incapperà in violazioni molto gravi verrà revocato l'accREDITAMENTO e dovrà rimanere in stand by per due anni prima di ripresentare istanza di accREDITAMENTO provvisorio. La violazione grave comporterà la temporanea sospensione dell'accREDITAMENTO (da un minimo di 15 giorni ad un massimo di un anno in caso di più violazioni). La "pena" per la violazione lieve si limiterà ad un ammonimento.

**I crediti formativi.** I criteri per determinare il numero dei crediti da attribuire ai singoli eventi formativi saranno stabiliti nel "Manuale"; il numero dei crediti che i professionisti dovranno conseguire nel triennio formativo saranno stabiliti dalla Commissione nazionale e continueranno a essere registrati in un'unica anagrafe nazionale gestita dal Cogeaps. **Y**

## Di Mezzogiorno e coesione sociale: via libera dalla Camera

**Stanziati 100 mln per radioterapie al Sud, 50 mln in più per non autosufficienze e 70 mln alla sanità di Taranto**

L'8 febbraio scorso l'Aula della Camera ha approvato il decreto legge sulla coesione sociale e il mezzogiorno. Il testo contiene al suo interno alcune importanti misure di carattere sanitario, a cominciare dall'autorizzazione all'utilizzo di una quota di 100 milioni di euro, per la riqualificazione e l'ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione nelle regioni Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna. Una misura, questa, ottenuta grazie all'approvazione in Commissione Affari costituzionali di un emendamento a prima firma Maria Amato (Pd). Si prevede poi uno stanziamento nel limite di 50 milioni nel 2017 e di 20 milioni nel 2018 alla regione Puglia per la realizzazione di interventi in favore delle strutture sanitarie pubbliche dei Comuni di Taranto, Statte, Crispiano, Massafra e Montemesola. Infine, viene incrementato di 50 milioni, per il 2017, lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze. Il testo è passato ora all'esame del Senato.

## Camera. Approvate 9 mozioni bipartisan contro il citomegalovirus

**Nei testi delle mozioni presentate da quasi tutti i gruppi parlamentari, e approvate il 9 febbraio scorso dall'Assemblea, si chiede al Governo un impegno su diversi fronti: dall'avvio di campagne informative, alla possibilità di predisporre un censimento nazionale dei casi, fino alla ricerca e alla prevenzione**

La Camera scende in campo contro il citomegalovirus. Il 9 febbraio scorso l'Assemblea di Montecitorio ha approvato nove mozioni bipartisan sul tema che impegnano il Governo su diversi fronti: dalla prevenzione alla corretta informazione fino alla ricerca. L'infezione da citomegalovirus, si legge nelle premesse alle mozioni, è "un problema poco conosciuto e sottodiagnosticato, che colpisce un bambino su sette neonati nel nostro Paese". Si stima che l'infezione da citomegalovirus sia talmente diffusa (soprattutto tra portatori inconsa-

pevoli) da interessare tra il 60 per cento e il 90% della popolazione e che in Italia vi siano, ogni anno, 5.000 casi d'infezione congenita di neonati, ossia casi d'infezione in cui una donna incinta infetta trasmette l'infezione al feto. Su mezzo milione di nati: 2.750 hanno sintomi alla nascita; 800 circa nascono ogni anno con disabilità permanenti di vario tipo e 1 bambino al giorno nasce con disabilità molto gravi: neurologiche, sordità, malformazioni, difetti di sviluppo cerebrale fino a cecità". Difficile fare diagnosi retrospettive, si evidenzia, per cui molte disabilità



non sono attribuite al citomegalovirus anche perché il virus può dare conseguenze tardive, avendo sintomi specifici, complicando ulteriormente l'inquadramento diagnostico. Anche i pediatri hanno, infatti, grande difficoltà a stabilire i danni attribuibili al citomegalovirus. Inoltre "i medici di base e anche molti ginecologi non informano le gestanti della necessità di sottoporsi ai test

► Segue a pagina 28

I numeri del Conto annuale 2015 del Ministero dell'Economia

# Il Ssn "perde" 10.000 dipendenti in un anno. In calo anche i costi. Sale età media e cresce lavoro precario

**M**eno 10 mila dipendenti del Ssn in un anno. Nel 2015 sono 653.352 contro i 663.793 del 2014. Rispetto al 2007 sono 28.845 in meno (-4,2%). Per gli enti del Servizio sanitario nazionale la riduzione avvenuta nel 2015 è la più consistente del periodo considerato (10.444 unità). Nel confronto con il 2009, anno con il massimo numero di occupati nella sanità pubblica, a fine 2015 risultavano impiegate 40.364 persone in meno. Continua poi la discesa del costo del lavoro. Nel 2015 la spesa complessiva è stata di 38,964 miliardi di euro contro i 39,126 miliardi del 2014 (-162 mln, -0,4%). Praticamente la spesa è tornata sotto ai livelli del 2007 (39,027 mld).

**Questi alcuni dati per il Servizio sanitario nazionale fotografati dal Conto annuale 2015 del Ministero dell'Economia** che evidenzia invece come la retribuzione media per il personale del Ssn è aumentata lievemente (+0,1%) rispetto al 2014 arrivando a 38.621 euro in media (+51

**La spesa per le retribuzioni in sanità scende di circa 162 mln e il costo complessivo (38,9 mld) è il più basso dal 2007. Continua a salire l'età media del personale che arriva a 50 anni. Cresce il numero di medici e infermieri precari. "Per gli enti del Servizio sanitario nazionale la riduzione avvenuta nel 2015 è la più consistente del periodo considerato"**

euro). Sale ancora l'età media del personale che arriva a 50,1 (uomini 52,1 donne 49,1). Nel 2001, per fare un esempio, era di 43,5 mentre le previsioni per il 2020 dicono 54,3 anni in media. Numeri che il conto annuale commenta così "Per gli enti del Servizio sanitario nazionale la riduzione avvenuta nel 2015 è la più consistente del periodo considerato (10.444 unità). Nel confronto con il 2009, anno con

il massimo numero di occupati nella sanità pubblica, a fine 2015 risultavano impiegate 40.364 persone in meno. I numeri assoluti e percentuali rendono evidente la diversa incidenza nel pubblico impiego delle norme relative al turn-over, che nel Ssn hanno trovato applicazione differenziata per le regioni in piano di rientro".

**In calo i medici.** Nello specifico, per quanto riguarda i dirigenti



**Nel 2015 si registra un nuovo calo dei dirigenti medici passati dai 112.746 del 2014 ai 110.850 del 2015 (-1.896), con una età media che è arrivata a 53,06 (nel 2014 era 52,83). Lo stipendio medio è stato di 73.133 euro (34 euro in più rispetto al 2014). Scende anche il numero del personale non dirigente, quasi 8 mila unità in meno rispetto al 2014**

medici nel 2015 si registra un nuovo calo dai 112.746 del 2014 si è passati ai 110.850 del 2015 (-1.896) con una età media che è arrivata a 53,06 (nel 2014 era 52,83). Lo stipendio medio è stato di 73.133 euro (34 euro in più rispetto al 2014).

Scende anche il numero del personale non dirigente. Nel 2015 le unità a tempo indeterminato di personale non dirigente sono state 522.861 in calo di quasi 8 mila unità rispetto alle 530.739 del 2014.

Tra questi sono in calo gli infermieri che nel 2015 sono risultati 266.363 contro i 269.151 nel 2014 (-2.788). Sale anche per loro l'età media che si attesta 47,47 (nel 2014 era 47,07). In aumento anche per gli infermieri le retribuzioni medie. Nel 2015 a 32.518 (+88 euro rispetto al 2014).

**Scendono anche i Dirigenti non medici** che rispetto ai 19.088 del 2014 nel 2015 risultano 18.543. Di questi nel 2015 ci sono 2.625 farmacisti, un numero stabile rispetto al 2013. Aumenta anche per i dirigenti non medici la retribuzione media che dai 65.151 del 2014 è arrivata a 65.365 euro (+214 euro) nel 2015.

**Aumentano i lavoratori precari del Ssn.** I lavoratori flessibili del comparto sono in totale 37.530

al 2015. In crescita rispetto al 2014 di oltre 3mila unità. I lavoratori a contratto a tempo determinato sono arrivati a quota 30.686 (+8,5%) in un anno. Sempre meno rispetto al 2007 quando erano 35.907, ma il trend è in crescita dal 2012. Salgono anche gli interinali mentre scendono i lavoratori socialmente utili. Sempre nell'ambito del lavoro precario i medici sono 8.705 in crescita rispetto ai 7.898 del 2014. Stesso dicasi per gli infermieri quelli con lavoro precario erano 10.942 nel 2014 mentre sono diventati 12.136 nel 2015 (1.194 in più). **Y**

## Tumore al seno. Dal Senato 5 mozioni per migliorare l'assistenza

**L'Assemblea di Palazzo Madama ha approvato cinque mozioni presentate da Forza Italia, Cor, Cinque Stelle, Pd e Ala. Dalle Breast Unit in tutte le Regioni alle esenzioni dal ticket. Diversi gli obiettivi per un maggiore impegno del Governo sul fronte della lotta a quello che resta il più diffuso tumore femminile. Ogni anno in Italia colpite 46mila donne. Parere favorevole del Governo**

**La sen. Rizzotti (FI-PdL) ha illustrato la mozione n. 600** che impegna il Governo a destinare risorse e adottare misure, anche attraverso accordi nella Conferenza Stato-Regioni, al fine di assicurare uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale per l'esenzione del ticket alle portatrici di mutazioni patogene. In particolare la mozione impegna il Governo a valutare l'utilità e la possibilità di impegnare e destinare le risorse economiche e di adottare tutte le misure, anche attraverso accordi all'interno della Conferenza Stato-Regioni, al fine di assicurare l'uni-

formità di trattamento su tutto il territorio nazionale per l'esenzione dal ticket, riservata già da alcune Regioni, alle portatrici di mutazioni patogene dei geni BRCA1 e BRCA2, garantendo il rispetto del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

**Il sen. D'Ambrosio Lettieri (CoR) ha illustrato la mozione n. 638** che impegna il Governo ad attivare tutti i centri di senologia nelle diverse Regioni; a includere nel programma di screening, previsto dal Ssn, anche le donne con un'età a partire da 25 anni; a potenziare le atti-

vità di prevenzione e diagnosi precoce del cancro alla mammella; a promuovere una campagna di formazione sull'autopalpazione all'interno delle scuole secondarie.

**Il sen. Gaetti (M5S) ha illustrato la mozione n. 684**, che impegna il Governo a valutare l'attività svolta dai centri di senologia, prevedendo un meccanismo di premiazione per le Regioni virtuose e sanzioni per quelli che non soddisfano criteri di qualità ed efficienza; a promuovere adeguate campagne di informazione per la prevenzione;

► **Segue a pagina 28**

## Il Rapporto della Corte dei conti sulla finanza regionale

# Spesa sanitaria torna a correre nel 2016: nei primi 6 mesi +11%.

## Nel 2015 in calo personale, beni e servizi. Ticket +15,2%

**S**pesa sanitaria sull'ottovolante, ticket che aumenta (anche se l'incremento è da attribuire alla sola Regione Calabria), giù invece la spesa per il personale e servizi, ma con grandi macro differenze regionali. E non solo: cresce di poco l'intramoenia mentre si riducono le spese per gli organi istituzionali, con Sicilia, Lombardia e Veneto in cui è concentrata più della metà della spesa. Sono questi alcuni dei numeri del Referto su "Gli andamenti della finanza regionale - Analisi dei flussi di cassa anni 2012-2015 e primo semestre 2016" della Corte dei Conti pubblicato il 12 gennaio scorso.

Ma andiamo a vedere in sintesi il documento per la parte sanitaria. E partiamo dalla **spesa sanitaria** che negli ultimi 4 anni è stata sull'ottovolante. "Per le Regioni e le Province autonome, nel quadriennio 2012-2015, i pagamenti per spesa sanitaria (essenzialmente caratterizzata da trasferimenti), per effetto delle anticipazioni di liquidità incassate - in particolare nel biennio 2013/2014 - per il pagamento dei debiti commerciali accumulati dai rispettivi enti sanitari, aumentano da 110,7 miliardi nel 2012 a circa 113,2 miliardi in ciascun anno del biennio 2013/2014, per ridursi a 112 miliardi nel 2015. Nel primo semestre 2016 i pagamenti per la spesa sanitaria tornano a crescere sia per spesa corrente sia per spesa in conto capitale (complessivamente +11,4%)".

**Aumentano i ticket.** In generale nel biennio 2014-2015 gli incassi di parte corrente sono diminuiti dell'1,89%, con una variazione cumulata complessiva (quadriennio 2012/2015) anch'essa negativa (-0,35%), malgrado le iniezioni di liquidità incassate dagli Enti sanitari per il pagamento dei debiti commerciali. Ma in questo calo nell'ambito della riduzione generalizzata degli incassi, è da notare l'incremento delle risorse sborsate dagli utenti per il pagamento dei ticket (prestazioni specialistiche), che aumentano del 15,2% nel biennio 2014/2015 (+12,6% rispetto al 2012). In totale nel 2015 le Regioni hanno incassato 1,64 miliardi contro gli 1,42 mld del 2014.

**Andando nel dettaglio** però si può notare che l'aumento dell'ultimo anno è tutto da imputare agli incrementi degli incassi della Regione Calabria che è passato dai 21,8 mln del 2015 ad

**Grandissime differenze Nord-Sud con la Campania sempre fanalino di coda. Nel 2015 si riducono anche le spese delle regioni per gli organi istituzionali della Asl, anche se Sicilia, Lombardia e Veneto da sole rappresentano più della metà del costo totale**



un incasso di 248,7 mln nel 2015.

**In lieve crescita l'intramoenia.** La Corte dei conti evidenzia come nel 2015 gli incassi per le Regioni sono stati di 995 mln, 10 mln in più rispetto al 2014. Trend stabile in tutte le Regioni con pochi cambiamenti di rilievo.

**Personale. Spesa in calo di quasi il 5%.** Ma a Bolzano la spesa pro

capite è doppia rispetto al Lazio. Le principali categorie di spesa nel comparto sanitario sono rappresentate dal personale e dagli acquisti di servizi che, ancora nel 2015, incidono per quasi il 70% del totale pagamenti, arrivando a coprire oltre l'80% della spesa se si considera anche la categoria dell'acquisto di beni.

Con riguardo ai pagamenti effet-

tuati dagli Enti sanitari relativamente al personale (che rappresenta il 30% della spesa), questi proseguono il loro trend decrescente (-4,70% nel quadriennio, -0,6% rispetto al 2014): la riduzione maggiore nel quadriennio è osservata nelle Regioni in piano di rientro (-9,28%).

Nello specifico **la Regione ad aver ridotto di più la spesa per**

**il personale è la Campania:** dal 2012 al 2015 oltre 550 mln in meno (-17,7%). Tra le regioni che hanno ridotto di più la spesa anche Sicilia (-12,2%), Calabria (-11%) e Lazio (-7%). In controtendenza, Sardegna (+4,4%), Abruzzo (2,1%), Toscana (+1,1%) e Lombardia (+0,9%). Per questa categoria di spesa, nel 2015 il dato nazionale pro capite è 592 euro, ma con notevoli differenze: nella Provincia autonoma di Bolzano ed in Valle d'Aosta - dove l'incidenza della spesa per il personale rispetto ai pagamenti correnti è pari rispettivamente al 48,9% ed al 44% - il pro capite è pari a 1.089,2 e 902,8 euro, contro i 459,58 euro della Regione Campania e i 468,30 della Regione Lazio.

Anche i pagamenti relativi agli acquisti di **beni e servizi** si riducono (-2,4% nel quadriennio, -5% nel 2015 sul 2014) benché si sia evidenziato nel 2015 un aumento sul versante dei costi (+5% rispetto al 2014). Tuttavia, l'andamento non è uniforme nel territorio: la Regione Lazio conosce la contrazione di pagamenti per acquisto di beni e servizi di maggior rilievo (-28% nel 2015 sul 2014), il Molise registra la variazione positiva più elevata, +15%. Il pro capite nazionale dei pagamenti per beni e servizi nel 2015 è pari a 1.177,7 euro, la Lombardia ha un pro capite di 1.839,9; la Provincia autonoma di Trento 1.285,8; il Lazio 1.216,3. La Regione Campania presenta il dato più basso d'Italia, 833,12 euro.

Voce rilevante anche quella che riguarda i **costi delle Regioni per gli organi istituzionali** (direttore generale, amministrativo, sanitario, sociale, collegio sindacale ecc.). Tra il 2012 e il 2015 la spesa si è ridotta del 22% arrivando a quota 117 mln. Da notare come la Sicilia con 27 mln la Lombardia con 24 mln e il Veneto (11 mln) rappresentino più del 50% del totale. **Y**

### Rapporto ISTAT

## Italia senza posti letto

**Nell'ultimo compendio annuale la fotografia del nuovo Ssn dopo la dieta dei tagli: meno strutture, meno posti letto ordinari negli ospedali, meno laboratori e medici di base e più assistenza residenziale (ma solo al Nord). E il Centro Sud arranca tra ospedali senza letti e assistenza residenziale inesistente. Torna invece a crescere il personale del Ssn**

Continua, seppur in misura ridotta il calo dei posti letto ordinari messi a disposizione del Servizio sanitario nazionale. Nel 2013 se ne contano 196.927 con un rapporto medio per 1.000 abitanti di 3,3 pl. Circa 2000 in meno rispetto al 2012 e 18mila in meno rispetto al 2009. Le politiche di tagli però, andando a vedere le singole regioni riportano di un centro sud con numeri ampiamente sotto la media, al contrario delle regioni del centro nord che hanno tutti numeri più elevati. I dati regionali relativi agli

indicatori dell'offerta ospedaliera del 2013 mostrano una forte variabilità: i posti letto ordinari per mille abitanti variano dai valori più bassi in Calabria (2,5) e Campania (2,7) ai più alti in Valle d'Aosta (4,0), Emilia-Romagna (3,9) e Molise (3,8). Sono questi alcuni numeri dell'edizione 2016 dell'Annuario Istat pubblicato a fine dicembre 2016.

**Tagliate quasi il 10% delle strutture di ricovero dal 2009.** La dieta del Ssn ha riguardato anche le strutture.

Erano 1.172 nel 2009, sono 1070 nel 2013.

**Ridotti ambulatori e medici di base.** Nell'ampio rapporto non si può non rimarcare come la stretta cui è stato sottoposto il Ssn abbia riguardato non solo i posti letto ospedalieri. Il calo ha caratterizzato anche il numero degli ambulatori e laboratori (dai 9.658 del 2009 ai 9.214 del 2013). Lieve tendenza alla discesa anche per i medici di base anche se il fenomeno è destinato ad acuirsi nel tempo. Sia per i laboratori che per la medicina di base da notare come in questo caso l'alta prevalenza di strutture e dottori si ha nelle regioni del centro sud.

**Aumenta il personale del Ssn.** Nel 2013 il Ssn ha registrato 632.730 unità di personale (medici, infermieri, tecnici, etc). Un numero in crescita (per tutte le categorie) rispetto al 2012 quando se n'erano registrate 616.437. Sono lontani i tempi del 2009 quando si viaggiava intorno a quota 650mila ma la linea

di tendenza al ribasso è stata invertita.

**Cresce (ma solo al Nord) l'assistenza residenziale.** In controtendenza invece l'aumento dell'assistenza residenziale che tra il 2009 e il 2013 ha visto crescere i posti letto del 16% fino a quota 234.008. Ma mai come su questo dato si evidenzia uno squilibrio tra Nord e Sud.

In Campania la media è di 4,4 posti letto ogni 10mila abitanti mentre nella Pa di Trento ve ne sono 91,2. Impietoso anche il confronto tra Lazio e Lombardia: nella prima i posti letto in strutture residenziali sono 16 ogni 10mila abitanti, nella seconda 69,2.

**In generale in Italia la media è di 38,8 posti letto.** Al Sud la media è di 11,6, al Centro del 26,3 e al Nord si superano abbondantemente i 60 pl. Insomma un'Italia sempre più spaccata in due in cui al Sud sembrano essere rimaste poche e limitate briciole.

## Caso Nola

# Fucci: Nola, medici da premiare. Altri sono da licenziare

**“La vicenda di Nola è un perfetto esempio delle inefficienze gestionali e organizzative nella sanità le cui conseguenze si scaricano su tutti – pazienti e medici – tranne che su chi ne è il vero responsabile: ovvero chi, a livello politico e amministrativo, imposta e quindi attua politiche di tagli senza una reale progettualità”**

**Benedetto Fucci**

Commissione Affari Sociali della Camera



**Bisogna dire basta a strumentalizzazioni politiche e a polemiche fatte sulle spalle di chi, ogni giorno, affronta difficoltà enormi per portare avanti la professione medica (senza dimenticare il fondamentale contributo degli operatori sanitari). Piuttosto pensiamo a cosa fare nel concreto per dare loro strutture, strumentazioni e modelli organizzativi adeguati. Pensiamo alle condizioni in cui versano tanti, troppi pronto soccorso in Italia. Pensiamo anche alla situazione già da me denunciata in Parlamento e ormai sempre più grave, in termini anche**

di sicurezza personale, in cui si muovono gli operatori delle guardie mediche, in particolare nei turni di notte. Chiariamo di chi è la responsabilità a fronte di situazioni come quella di Nola, con un numero di posti letto del tutto insufficienti a fronte del bacino di popolazione servita e una incapacità organizzativa di far fronte al picco influenzale (non certo una “sorpresa” imprevedibile nel pieno dell’inverno). **Apprezzo le parole del Ministro Lorenzin a tutela della professionalità dei medici.** Al tempo stesso le chiedo di promuovere interventi concreti. Certo, questa ipotesi è resa difficile anche dal negativo lascito del governo Renzi: tagli al fondo sanitario nazionale e ai trasferimenti regionali; “norma De Luca” voluta, guarda caso, per riportare in pieno la gestione della sanità nelle regioni in disavanzo nelle mani dei presidenti). Manca un anno alla fine della legislatura: spero davvero che si voglia cogliere questo tempo, in fondo già breve, per fare qualcosa di concreto. **Y**

medici di Nola, secondo il governatore della Campania che evidentemente niente ha fatto per evitare che quella situazione di caos si creasse, andrebbero licenziati. Il Movimento 5 Stelle, nella sua “clemenza”, concede loro di poter essere quantomeno riconosciuti come “professionisti”. Tutto ciò non ha senso. I medici di Nola, come evidenziato già da molti commentatori che conoscono come funziona la sanità italiana tra luci e ombre, in condizioni disastrose create non certo da loro hanno svolto con professionalità estrema il proprio dovere di assistenza e cura.

**“Basta polemiche fatte sulle spalle di chi, ogni giorno, affronta difficoltà enormi. Pensiamo a cosa fare nel concreto per dare loro strutture, strumentazioni e modelli organizzativi adeguati”**

**14° Rapporto Aiop  
“Ospedali & Salute 2016**

## Il Ssn in deflazione. E il fenomeno colpisce soprattutto gli ospedali privati

**Definanziamento progressivo, ma anche incapacità di riorganizzarsi. Gli ospedali pubblici spendono troppo e male. I conti li ha fatti l’Aiop, che ha stimato il valore dei possibili “sovraricavi” delle strutture ospedaliere pubbliche che celerebbero di fatto un ripiano sommerso dei deficit ospedalieri. E la deflazione del sistema si traduce in un minore trasferimento di risorse al privato accreditato mettendo a rischio la sua capacità di offrire servizi ai pazienti. Una maggiore trasparenza dei bilanci aiuterebbe a misurare il livello di efficienza**

La sanità italiana è in deflazione e a pagarne le spese è soprattutto l’ospedalità privata. Questa la tesi dell’ultimo Rapporto sull’ospedalità privata presentato a Roma il 2 gennaio scorso. Secondo l’Aiop esiste innanzitutto una deflazione da sottofinanziamento che non data certo da oggi, ma che risulta evidente ormai da tempo come emerge dal confronto con altri Paesi, per ciò che riguarda la spesa pubblica destinata alla salute. **E i dati lo dimostrano:** nel quadriennio 2011-2014 la spesa sanitaria pubblica prima si contrae e poi resta bloccata, per il nostro Paese, al 6,8% del Pil e quella ospedaliera pubblica e accreditata si attesta al 3,9% del Pil. E questo mentre gli altri Paesi del G7 passano, nello stesso periodo, dal 7,9% all’8,2% nel primo caso e dal 4,1% al 3,5% nel secondo caso. Ma bisogna anche consi-

► **Segue a pagina 30**

## Nola. Lorenzin: Medici e infermieri eroi quotidiani

**Il ministro della Salute sul caso dei pazienti assistiti a terra nel P.S. dell’ospedale di Nola**

**“P**enso che medici, infermieri e operatori che lavorano nei pronto soccorso dei grandi ospedali italiani siano degli eroi che svolgono il loro lavoro e quando arriva un malato hanno il diritto e il dovere di curarlo. Ritengo invece che vedere i pazienti sdraiati a terra sia il segno di un fenomeno di natura organizzativa su cui deve essere fatto un chiarimento molto serio. La Campania deve cambiare passo, ha tutti gli atti amministrativi fatti e ora deve solo farli attuare”. È quanto ha dichiarato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin a mar-

gine della presentazione dei dati su donazioni e trapianti, sollecitata dai giornalisti a intervenire sulla vicenda del pronto soccorso all’ospedale di Nola. Il ministro difende quindi i medici e guarda a eventuali criticità organizzative: “I medici hanno fatto il proprio dovere. Non vedo che responsabilità possano avere. Se ci sono responsabilità sono a livello apicale, a livello di Asl e 118, sul perché non funziona il territorio”. **Y**

**“Se ci sono responsabilità sono a livello apicale, a livello di Asl e 118, sul perché non funziona il territorio”**

## Ocse: “Un quinto della spesa sanitaria usato male”

**Pochi generici, troppi cesarei, ricoveri inutili e accessi anomali al pronto soccorso. Tra sprechi, inefficienze e corruzione i sistemi sanitari perdono per strada un quinto delle risorse. E i numeri sono inquietanti: un paziente su dieci nei paesi Ocse è inutilmente danneggiato presso il punto di cura. E ancora: più del 10% della spesa ospedaliera viene impiegata per correggere gli errori medici prevenibili o infezioni che le persone prendono negli ospedali. Senza contare i ritardi sui generici e l’eccessivo uso degli antibiotici**

**“L**e stime attuali indicano che un quinto della spesa sanitaria potrebbe essere incanalato verso un uso migliore”. A dirlo è un nuovo rapporto dell’Ocse **Tackling Wasteful Spending on Health** che analizza come affrontare le spese inutili sulla salute che avvolgono i sistemi sanitari. Il Report evidenzia come “in tutti i paesi dell’Ocse, una quota significativa della spesa sistema di assistenza sanitaria e le attività sono uno spreco nella migliore delle ipotesi, e nel peggiore dei casi possono danneggiare la nostra salute”. E i numeri sono inquietanti: un paziente su dieci nei paesi Ocse è inutilmente danneggiato presso il punto di cura. E ancora: più del 10% della spesa ospedaliera viene impiegata per correggere gli errori medici prevenibili o infezioni che le persone prendono negli ospedali. Ma non solo: un bambino su tre nasce con il taglio cesareo, mentre le indicazioni mediche suggeriscono che il tasso dovrebbe essere 15% al massimo. Nel frattempo, la penetrazione sul mercato di

farmaci generici è ancora bassa ed eterogenea (tra il 10-80% in tutti i paesi Ocse). E il problema è anche la percezione della corruzione: un terzo dei cittadini considera il settore sanitario corrotto. Volendo fare una summa, secondo alcune stime si evidenzia poi come più del 20% della spesa totale negli Stati Uniti sia assorbita dagli sprechi. Da notare anche un dato preoccupante e di stringente attualità per il nostro Paese dove risulta che il 20% degli accessi al Pronto soccorso sono impropri. “Molti pazienti – si legge nel report – ricevono cure inutili o di scarso valore. Una parte considerevole di ricoveri di emergenza avrebbe potuto essere trattata altrettanto bene o meglio affrontata in un ambiente di assistenza primaria o anche gestito dai pazienti stessi, con adeguata educazione. Grandi variazioni di fondo sulle prescrizioni di antibiotici rivelano poi eccessivi consumi, portando a finanziarie sprechi e contribuendo allo sviluppo della resistenza

antimicrobica. Il potenziale per i farmaci generici rimane sottoutilizzato. Infine, una serie di processi amministrativi non aggiungono alcun valore, e il denaro è perso per frode e corruzione”. “Nel momento in cui i bilanci pubblici sono sotto pressione in tutto il mondo tutto ciò è allarmante – rileva l’Ocse – i governi potrebbero spendere molto meno per l’assistenza sanitaria e migliorare per giunta la salute dei pazienti”. Nella sua denuncia l’Ocse sostiene che “gli sforzi per migliorare l’efficienza della spesa sanitaria non sono abbastanza buoni”. E nel report suggerisce anche delle ricette: Ridurre interventi inutili, incoraggiare l’uso di farmaci generici, lo sviluppo delle nuove competenze degli infermieri, sistemi di Hta, sburocratizzazione per esempio. “Naturalmente – sottolinea l’Ocse – questo programma è complesso e difficile. Ma l’assistenza sanitaria è indiscutibile. E ora è il momento di agire su di essa”. **L.F.**



# Dedicato alle mamme di ieri, di oggi e di domani

10.000 U.I./ml  
gocce orali  
Euro 5,42



50.000 U.I./2,5 ml  
1 flaconcino monodose  
Euro 8,50



50.000 U.I./2,5 ml  
2 flaconcini monodose  
Euro 15,34



25.000 U.I./2,5 ml  
2 flaconcini monodose  
Euro 8,10



25.000 U.I./2,5 ml  
1 flaconcino monodose  
Euro 5,42



CLASSE A - RR

**D**ibase  
coleciferolo

PER PREVENIRE E TRATTARE LA CARENZA DI VITAMINA D

# Pma. Cambiano modalità e contenuti del consenso informato

**Publicato in Gazzetta il decreto Giustizia-Salute che rinnova i termini per l'espressione del consenso informato delle coppie che intendono ricorrere alla procreazione medicalmente assistita**

**A**tteso che le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono soggette ad una possibile evoluzione e che i contenuti del consenso informato devono, di conseguenza, essere adeguati ad essa e ravvisata la necessità di individuare i punti essenziali utili alla formulazione del consenso, lasciando alla struttura o al centro di procreazione medicalmente assistita, per i punti ove previsto, la stesura delle specifiche connesse alla tecnica". Parte da questa premessa la decisione del Governo (Giustizia e Salute in particolare) di rivedere le norme in materia di manifestazione della volontà di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita prevista dalla legge 40 del 2004.

**Questi sono i nuovi elementi minimi di conoscenza necessari alla formazione del consenso informato in caso di richiesta di accesso alla PMA:**

- a) la possibilità di ricorrere agli strumenti offerti dalla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di affidamento e adozione, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita;
- b) la disciplina giuridica della procreazione medicalmente assistita, con specifico riferimento ai seguenti profili: i requisiti oggettivi e soggettivi di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, ai sensi degli articoli 1, commi 1 e 2, 4, comma 1, e 5, comma 1, della legge 19 febbraio 2004, n. 40; le conseguenze giuridiche per l'uomo, per la donna e per il nascituro, ai sensi degli articoli 8, 9 e 12, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40; le sanzioni di cui all'articolo 12, commi 2, 4, 5 e 6, legge 19 febbraio 2004, n. 40;
- c) i problemi bioetici conseguenti all'applicazione delle tecniche;
- d) le diverse tecniche impiegabili, incluse le tecniche di PMA di tipo eterologo e la possibilità per uno dei componenti della coppia di donare gameti, nonché le procedure e le fasi operative di ciascuna tecnica, con particolare riguardo alla loro invasività nei confronti della donna e dell'uomo, ai sensi dell'articolo 6 della legge 19 febbraio 2004, n. 40;
- e) l'impegno dovuto dai richie-



**La coppia dovrà essere informata del costo, dei rischi, delle tecniche possibili e di molto altro ancora**

- enti con riguardo anche ai tempi di realizzazione, all'eventuale terapia farmacologica da seguire, agli accertamenti strumentali e di laboratorio da esperire, alle visite ambulatoriali ed ai ricoveri, anche in day hospital, da effettuare;
- f) gli effetti indesiderati o collaterali relativi ai trattamenti;
- g) le probabilità di successo delle diverse tecniche espresse come possibilità di nascita di un bambino vivo;
- h) i rischi per la madre e per il nascituro, accertati o possibili, quali evidenziabili dalla letteratura scientifica;
- i) i rischi associati alle tecniche di PMA di tipo eterologo e i provvedimenti presi per attenuarli, con particolare riferimento agli esami clinici cui è stato sottoposto il donatore, inclusa la visita di genetica medica, e ai relativi test impiegati, rappresentando che tali esami non possono garantire, in modo assoluto, l'assenza di patologie per il nascituro;
- l) l'impegno di comunicare al centro, in caso di accesso a tecniche PMA di tipo eterologo, eventuali patologie insorte, anche a distanza di tempo, nella donna, nel nascituro o nel nato, e di cui

è ragionevole ipotizzare la presenza antecedentemente alla donazione;

- m) la possibilità che il nato da PMA di tipo eterologo, una volta adulto, possa essere oggetto di anamnesi medica inappropriata,

se non a conoscenza delle modalità del proprio concepimento;

- n) la volontarietà e gratuità della donazione di gameti, ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, nonché la non rivelabilità del-

l'identità del o dei riceventi al donatore o alla sua famiglia e viceversa, ai sensi dell'articolo 14, comma 3, del medesimo decreto legislativo;

- o) i possibili effetti psicologici per i singoli richiedenti, per la coppia e per il nato, conseguenti all'applicazione delle tecniche di PMA, con particolare riguardo alle specificità delle tecniche di PMA di tipo eterologo;

- p) la possibilità di crioconservazione dei gameti maschili e femminili per successivi trattamenti di fecondazione assistita, ed eventualmente anche al fine della donazione per fecondazione di tipo eterologo;

- q) la possibilità di revoca del consenso da parte dei richiedenti fino al momento della fecondazione dell'ovulo;

- r) la possibilità, da parte del medico responsabile della struttura, di non procedere alla procreazione medicalmente assistita esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario, motivata in forma scritta;

- s) i limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni, di cui all'articolo 14, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;

## Legge 40. Associazione Coscioni a Lorenzin

### "Rendere noti i dati su diagnosi preimpianto e numero embrioni/blastocisti crioconservati non idonei per una gravidanza"

**Con riferimento alla legge n. 40/2004**, in tema di procreazione medicalmente assistita, l'Associazione Coscioni ha chiesto al Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, di "rendere noti i dati sulla diagnosi preimpianto e il numero di embrioni/blastocisti crioconservati non idonei per una gravidanza". "Tali dati sono raccolti in tutti i centri di fecondazione dal Registro Nazionale sulla Pma, ma non risultano nell'ultima relazione annuale al Parlamento che - ha precisato **Filomena Gallo**, segretario dell'Associazione Luca Coscioni - il Ministro della Salute deve fare entro il 30 giugno di ogni anno, come previsto dalla legge 40/04". L'Associazione ha ricordato poi che "l'on. **Pia Elda**

**Locatelli** ha depositato una interrogazione Parlamentare affinché il Ministro renda noti i motivi di tale omissione e per sapere se, oltre ai dati relativi alle coppie infertili che fino al 2014 erano le uniche a poter accedere a tale indagine diagnostica, nella prossima relazione saranno resi noti anche i dati relativi alle coppie fertili portatrici di patologie genetiche che in virtù della

sentenza 96/2015 della Corte Costituzionale possono accedere a tali trattamenti".

"Tali dati sono importanti sia per rendere note le informazioni su queste tecniche e sia perché il nostro paese ha un numero importante di blastocisti/embrioni crioconservati non idonei per una gravidanza che potrebbero essere donati alla ricerca ▶

**"Questi dati sono importanti sia per rendere note le informazioni su queste tecniche e sia perché il nostro paese ha un numero importante di blastocisti/embrioni crioconservati non idonei per una gravidanza che potrebbero essere donati alla ricerca scientifica"**

t) la possibilità di crioconservazione degli embrioni in conformità a quanto disposto dall'articolo 14 della legge n. 40 del 2004 e dalla sentenza della Corte costituzionale n. 151 del 2009; a tal fine deve essere precisato che le tecniche di produzione degli embrioni non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario alla procreazione, e che il trasferimento degli embrioni così creati deve essere effettuato non appena possibile, senza pregiudizio della salute della donna. Deve altresì essere illustrato e discusso il rischio di produrre embrioni soprannumerari, con la conseguenza di destinare quelli in eccedenza alla crioconservazione.

Ogni decisione deve essere motivata in forma scritta e deve essere conservata copia nella cartella clinica; u) i costi economici totali derivanti dalla procedura adottata; v) l'informativa sul trattamento dei dati personali raccolti, ai sensi dell'articolo 13, comma 1, del decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196, in conformità al modello contenuto nell'Allegato 2, che costituisce parte integrante del presente regolamento.

Il decreto stabilisce poi che le strutture autorizzate sono tenute, per il tramite dei propri medici, a fornire ai richiedenti, in maniera chiara ed esauritiva, nel corso di uno o più colloqui, tutti gli ele-

menti informativi preliminarmente alla sottoscrizione del consenso informato ed al conseguente avvio del trattamento di procreazione medicalmente assistita. Le strutture private autorizzate da parte loro sono poi tenute a fornire anche "con chiarezza" ai richiedenti i costi economici totali derivanti dalle diverse procedure, preliminarmente alla sottoscrizione del consenso informato ed al conseguente avvio del trattamento di procreazione medicalmente assistita.

Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo, il testo del decreto 28 dicembre 2016 n. 265 con il nuovo modello di consenso informato pr la Pma. **Y**

► scientifica. Possibilità attualmente vietata dalla legge 40, che vieta la ricerca senza distinguere tra embrioni per tecniche di Pma ed embrioni non idonei a tali tecniche perché mai determineranno una gravidanza". "Già il Ministro, nell'aggiornamento delle linee guida, ha omesso che la Corte Costituzionale ha dal 2015 cancellato il divieto di accesso a tali tecniche per le coppie fertili portatrici di patologie genetiche. Ma nonostante questa sua omissione, in virtù di sentenza Costituzionale sono tantissime le coppie fertili portatrici o affette

da patologie genetiche che hanno avuto la possibilità grazie alla diagnosi preimpianto (Pgd) di evitare aborti e avere gravidanze sicure, nonché tanti i bambini già nati. Chiediamo, dunque, insieme all'interrogazione dell'On. Locatelli, che il Ministro Beatrice Lorenzin chiarisca i motivi per i quali tali dati sono ancora segreti nonostante siano in suo possesso, perché da tale omissione si può anche leggere l'intento di non affrontare un tema rilevante legato alla destinazione di tale categoria di embrioni e l'evolvere della ricerca anche in questo settore".

## Rinnovato l'Iss: risparmi per 2 mln di euro all'anno. E i finanziamenti per la ricerca crescono di 5 mln

Abbiamo realizzato un Istituto al passo con i tempi". Così sintetizza il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss) **Walter Ricciardi**, che insieme al Direttore generale **Lino Del Favero**, il 7 febbraio scorso ha presentato in conferenza stampa la nuova organizzazione e la nuova squadra di ricercatori alla guida dell'Iss, "il più grande istituto di Sanità pubblica in Italia e in Europa", dove lavorano circa 2.500 persone. Sei dipartimenti, sedici Centri Nazionali, due Centri di riferimento e un Organismo Notificato (che, dopo che saranno concluse le ultime procedure previste da Bruxelles, entrerà a far parte del gruppo di organismi mandati a rilasciare le certificazioni CE per i device) compongono la nuova area tecnico-operativa dell'Istituto superiore

Con la nuova organizzazione i reparti diminuiscono da 123 a 50. "I risparmi saranno reinvestiti in salute", assicura il Dg Del Favero. Per la ricerca in arrivo oltre 35 mln di euro per il 2017. Ricciardi: "L'impulso alla ricerca resta tra le nostre priorità"

di sanità, "nel rispetto della storia e dell'identità dell'Istituto ma con nuove competenze". Accanto alle attività tradizionali di studio e ricerca, controllo e sorveglianza in materie come neuroscienze, malattie infettive, sicurezza alimentare, oncologia, ambiente o malattie cardiovascolari sono stati creati un Centro di Valutazione delle tecnologie sanitarie, uno per quelle innovative in Sanità Pubblica, un Centro Nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure, uno per la Telemedicina, "in modo da fornire indicazioni per supportare le scelte di ciò che è realmente efficace



evitando sprechi e dispersioni di energie umane e finanziarie". Grande attenzione alla prevenzione con un centro interamen-

te dedicato alla promozione della salute e un altro alle dipendenze patologiche.

"Abbiamo disegnato un Istituto coerente con la sua missione principale di tutelare la salute pubblica - ha affermato Ricciardi - valorizzando le alte competenze di cui dispone, capaci di produrre in un anno oltre 12 mila interventi tra controlli, valutazioni, pareri e ispezioni. Ma il nuovo Istituto sarà in grado anche di investire sempre più risorse nella ricerca. È in crescita la previsione del finanziamento di progetti di ricerca scientifici. A fonte del finanziamento di 30 milioni di euro ottenuto lo scorso anno le entrate previste per il 2017 ammontano a circa 35 milioni. Questa è una delle nostre priorità perché è una ricerca pensata per tradursi in diagnosi e cura, a diventare tecnologia e a rappresentare uno strumento competitivo per la crescita economica del Paese".

La ristrutturazione, pur sommando nuove competenze, si è posta l'obiettivo di eliminare molti duplicati. C'è stata una forte contrazione dei reparti che da 123 sono diventati 50 distribuiti

in tutte le nuove strutture, aggregati secondo un disegno "complesso ma coerente di funzioni trasversali". I dipartimenti "erano prima parcellizzati in tanti reparti, che lavoravano a compartimenti stagni. Per conciliare la missione dell'Iss alla sostenibilità economica - ha spiegato il direttore dell'Iss - serviva una macchina più efficiente e più snella. La nuova organizzazione punta a favorire il lavoro di squadra tra i diversi dipartimenti e i diversi centri. A realizzare una dinamicità interna che tiene conto del fatto che alcuni ambiti possono intersecarsi, come la medicina di genere e il farmaco, per fare un esempio".

Secondo le stime dell'Iss il nuovo modello permetterà un recupero "in termini di costi/benefici" di circa due milioni l'anno, "una cifra che reinvestiremo in salute, a vantaggio dei cittadini" ha affermato Del Favero. Che evidenzia come sia "più appropriato parlare di costi/benefici che d'impresa risparmi" perché "da un lato abbiamo una riduzione dei costi e dall'altro un incremento delle entrate proprio per effetto della nuova organizzazione e della maggiore 'aggressività' che l'attività dell'Istituto ha in ambito nazionale e internazionale".

In questo nuovo contesto, l'Istituto, che nel 2016 ha gestito ben 119 progetti internazionali, riceverà per il 2017 circa 35.000.000 di euro finanziamento per progetti di ricerca nazionali e internazionali. Per sfruttare al meglio tutte le possibilità di finanziamento delle attività di ricerca, l'Istituto si è dotato di un Grant Office che assisterà i ricercatori nel reperimento dei bandi di ricerca e supporterà i percorsi di brevettazione e di tutela della proprietà intellettuale. Fino ad oggi sono circa 78 i brevetti in possesso dell'Iss di cui 53 in condivisione con altri enti di ricerca e riguardano tecnologie per malattie infettive, tecnologie oncologiche, vaccinali o nuovi biomarker diagnostici. L'obiettivo, ora, ha spiegato Ricciardi, è farsi sempre più spazio in Europa, "perché è lì che ci sono più soldi per finanziare i progetti. Risorse che, è bene ricordare, sono stanziare anche

► Segue a pagina 18

## Sanità sostenibile. Il nostro Iss coordinerà il progetto triennale internazionale TO-REACH

Il progetto, frutto della collaborazione di 29 enti di ricerca e agenzie governative di 19 paesi europei e tre paesi extraeuropei (Canada, Stati Uniti, Israele), si prefigge di studiare le condizioni necessarie a garantire la sostenibilità, l'equità, l'accessibilità e l'efficienza dei sistemi sanitari di fronte a sfide epocali come la crisi economica, i cambiamenti climatici, le migrazioni

Sostenibilità, equità, accessibilità ed efficienza. Sono questi gli aggettivi che qualunque cittadino europeo dovrà poter utilizzare per poter descrivere il Sistema Sanitario del suo Paese. E affinché ciò possa davvero accadere, senza eccezioni, 29 enti di ricerca e agenzie governative di 19 paesi europei e tre paesi extraeuropei, Canada, Stati Uniti e Israele, si sono rimboccati le

maniche per mettersi a lavoro. Insieme hanno dato vita a To-Reach - Transfer of Organisational Innovations for Resilient, Effective, Equitable, Accessible, Sustainable and Comprehensive Health Services and Systems - un progetto che ha lo scopo di studiare le condizioni necessarie a garantire un miglioramento omogeneo dei vari Sistemi Sanitari. Tutto, nonostante le sfide epocali che

ci si trova ad affrontare come la crisi economica, i cambiamenti climatici e le migrazioni. L'iniziativa, finanziata nell'ambito del programma europeo per la ricerca **Horizon 2020**, sarà coordinata, per il triennio 2017-2019, dall'Istituto Superiore di Sanità. L'Iss sarà, per l'Italia, affiancato dal ministero della Salute, dall'Agenas e dall'università Cattolica del Sacro Cuore.

# SIGO2017

92° Congresso Nazionale **SIGO**  
57° Congresso Nazionale **AOGOI**  
24° Congresso Nazionale **AGUI**

## Obiettivo Donna: la buona pratica medica

**primo  
annuncio**



**Roma** | 8/11 ottobre - 2017

**PRESIDENTI:**  
Domenico Arduini  
Marco Bonito

Una donna che taglia un immaginario traguardo rappresenta il risultato di un corretto approccio al suo problema di salute attraverso una buona pratica clinica. Il nostro indirizzo è quello di affrontare e discutere in maniera completa e multidisciplinare la gestione dei casi a basso rischio che, paradossalmente, sono quelli maggiormente ricchi di incognite e sorprese. Questo non deve meravigliare poiché l'attenzione si è sempre incentrata sulla gestione del caso complesso. Quello di cui non si parla quasi mai è la corretta individuazione del caso a basso rischio, della sua gestione fino alla risoluzione del problema e di essere pronti a trattare l'urgenza inaspettata che può comparire anche in questi casi.

Questo congresso affronta differenti aspetti, la gestione clinica e strumentale di una paziente a basso rischio, la

diagnosi dell'anomalia, la sua correzione, i rischi impliciti, le complicanze, le problematiche difensive del proprio operato. Quindi tutta la parte centrale del Congresso sarà costruita, orizzontalmente, attraverso queste tre sezioni in continuazione logica fra loro. Ci saranno aree separate nelle quali discutere di argomenti in ambito ostetrico e ginecologico, sezioni nelle quali saranno discussi i rapporti con le istituzioni, le assicurazioni, gli aspetti medico legali. Come sempre ampio spazio ai relatori giovani delegando i loro maestri a funzioni di coordinamento delle discussioni. Speriamo che questo modo "diverso" di affrontare i temi incontri il vostro favore e vi aspettiamo a Roma nel 2017.

**Domenico Arduini**  
**Marco Bonito**

organizing secretariat



Via Sassonia, 30  
47922 Rimini  
Tel. +39 0541 305811  
sigo@adriacongrex.it



Associazione Ginecologi  
Universitari Italiani

**www.sigo.it**

# DIBASE

**1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione; DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale; DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale; DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile; DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione 10 ml contengono: colecalciferolo (vitamina D<sub>3</sub>) 2,5 mg pari a 100.000 U.I. 1 goccia contiene: 250 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale. Un contenitore monodose contiene: colecalciferolo (vitamina D<sub>3</sub>) 0,625 mg pari a 25.000 U.I. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale. Un contenitore monodose contiene: colecalciferolo (vitamina D<sub>3</sub>) 1,25 mg pari a 50.000 U.I. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile. Una fiala contiene: colecalciferolo (vitamina D<sub>3</sub>) 2,5 mg pari a 100.000 U.I. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile. Una fiala contiene: colecalciferolo (vitamina D<sub>3</sub>) 7,5 mg pari a 300.000 U.I. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** soluzione iniettabile; soluzione orale; gocce orali, soluzione. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** DIBASE può essere somministrato a cadenza giornaliera, settimanale, mensile o annuale (vedere paragrafo 5.2). In caso di terapia per via orale, si raccomanda di somministrare DIBASE durante i pasti (vedere paragrafo 5.2). La terapia per via intramuscolare è indicata solo in caso di sindromi da malassorbimento. **Prevenzione della carenza di vitamina D:** la somministrazione preventiva di DIBASE è consigliata in tutte le condizioni caratterizzate da maggior rischio di carenza o da aumentato fabbisogno. È generalmente riconosciuto che la prevenzione della carenza di vitamina D deve essere effettuata: in maniera sistematica nel neonato (in particolare nel prematuro), nel lattante, nella donna in gravidanza (ultimo trimestre) e nella donna che allatta alla fine dell'inverno e in primavera, nel soggetto anziano, eventualmente nel bambino e nell'adolescente se l'esposizione solare è insufficiente; nelle seguenti condizioni: scarsa esposizione solare o intensa pigmentazione cutanea, regime alimentare squilibrato (povero di calcio, vegetariano, ecc.), patologie dermatologiche estese o malattie granulomatose (tubercolosi, lebbra, ecc.); soggetti in trattamento con anticonvulsivanti (barbiturici, fenitoina, primidone); soggetti in trattamento con terapie corticosteroidi a lungo termine; patologie digestive (malassorbimento intestinale, mucoviscidosi o fibrosi cistica); insufficienza epatica. **Trattamento della carenza di vitamina D:** la carenza di vitamina D deve essere accertata clinicamente e/o con indagini di laboratorio. Il trattamento è teso a ripristinare i depositi di vitamina D e sarà seguito da una terapia di mantenimento se persiste il rischio di carenza, ad un dosaggio di vitamina D idoneo alla prevenzione (vedi sopra "Prevenzione della carenza di vitamina D"). Nella maggior parte dei casi è consigliabile non superare, in fase di trattamento, una dose cumulativa di 600.000 U.I. all'anno, salvo diverso parere del medico. A titolo indicativo si fornisce il seguente schema posologico, da adattare a giudizio del medico sulla base della natura e gravità dello stato carenziale (vedere anche paragrafo 4.4).

**DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione** Le posologie giornaliere sotto indicate possono essere assunte anche una volta alla settimana moltiplicando per sette la dose giornaliera indicata. **Neonati, Bambini e Adolescenti (<18 anni)** *Prevenzione:* 2-4 gocce al giorno (pari a 500-1.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>). *Trattamento:* 8-16 gocce al giorno (pari a 2.000-4.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) per 4-5 mesi. **Donne in gravidanza** 3-4 gocce al giorno (pari a 750-1.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) nell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** *Prevenzione:* 3-4 gocce al giorno (pari a 750-1.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>). In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio fino a 8 gocce al giorno (pari a 2.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>). *Trattamento:* 20-40 gocce al giorno (pari a 5.000-10.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) per 1-2 mesi. *Istruzioni per l'uso* La confezione contiene 1 flacone ed un contagocce. Il flacone è dotato di una capsula a prova di bambino. Il contagocce è dotato di una custodia. Per l'impiego seguire le istruzioni sotto riportate: a. aprire il flacone rimuovendo la capsula nel modo seguente: premere e contemporaneamente svitare (vedi Figura 1); b. svitare la custodia in plastica che avvolge la punta del contagocce (vedi Figura 2); c. inserire il contagocce nel flacone per prelevare il contenuto. Dosare le gocce in un cucchiaino e somministrare (vedasi "Posologia e modo di somministrazione"); d. chiudere il flacone (vedi Figura 3). Riavvitare la custodia sulla punta del contagocce; e. riporre il flacone ed il contagocce nella confezione.



**DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Neonati, Bambini e Adolescenti (<18 anni)** *Prevenzione:* 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) ogni 1-2 mesi. *Trattamento:* 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta a settimana per 16-24 settimane. **Donne in gravidanza** 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta al mese nell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** *Prevenzione:* 1 contenitore monodose (pari a 25.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta al mese. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 2 contenitori monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta al mese. *Trattamento:* 2 contenitori monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta alla settimana per 8-12 settimane. **DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale Neonati, Bambini e Adolescenti (<18 anni)** *Prevenzione:* 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) ogni 2-4 mesi. *Trattamento:* 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta a settimana per 8-12 settimane. **Donne in gravidanza** 2 contenitori monodose (pari a 100.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) all'inizio dell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** *Prevenzione:* 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) ogni 2 mesi. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta al mese. *Trattamento:* 1 contenitore monodose (pari a 50.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta alla settimana per 8-12 settimane.

**DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile Neonati fino a 24 mesi** *Prevenzione:* Si consiglia di somministrare le dosi con DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione oppure con DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale o con DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale. *Trattamento:* 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta al mese per 4-6 mesi. **Bambini e Adolescenti (2-18 anni)** *Prevenzione:* 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) ogni 4-8 mesi. *Trattamento:* 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta al mese per 4-6 mesi. **Donne in gravidanza** 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) all'inizio dell'ultimo trimestre. **Adulti e Anziani** *Prevenzione:* 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) ogni 4 mesi. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 1 fiala (pari a 100.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) ogni 2 mesi. *Trattamento:* 2 fiale (pari a 200.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta al mese per 3 mesi. *Istruzioni per l'uso* Le dosi possono essere somministrate per via orale o intramuscolare. Le fiale sono dotate di anello di prerottura e devono essere aperte nel modo seguente: tenere con una mano la parte inferiore della fiala; porre l'altra mano sulla parte superiore posizionando il pollice al di sopra dell'anello bianco ed esercitare una pressione.

**DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile Neonati fino a 24 mesi** Si consiglia di somministrare le dosi con DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione oppure con DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale o con DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale. **Bambini e Adolescenti (2-18 anni)** *Prevenzione:* 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta all'anno. *Trattamento:* 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) da ripetere dopo 3 mesi. **Adulti e Anziani** *Prevenzione:* 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) una volta all'anno. In soggetti ad alto rischio di carenza può essere necessario aumentare il dosaggio a 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) ogni 6 mesi. *Trattamento:* 1 fiala (pari a 300.000 U.I. di vitamina D<sub>3</sub>) da ripetere dopo 6 settimane. *Istruzioni per l'uso* Le dosi possono essere somministrate per via orale o intramuscolare. Le fiale sono dotate di anello di prerottura e devono essere aperte nel modo seguente: tenere con una mano la parte inferiore della fiala; porre l'altra mano sulla parte superiore posizionando il pollice al di sopra dell'anello bianco ed esercitare una pressione. **4.3 Controindicazioni** Ipersensibilità al colecalciferolo o a uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1. Ipercalcemia, ipercalcemia. Calcolosi renale (nefrolitiasi, nefrocalcinosi). Insufficienza renale (vedere paragrafo 4.4). **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego** In caso di somministrazioni prolungate con alti dosaggi, si consiglia di monitorare il livello sierico di 25-idrossi-colecalciferolo. Interrompere l'assunzione di DIBASE quando il livello sierico di 25-idrossi-colecalciferolo supera i 100 ng/ml (pari a 250 nmol/l). Nei pazienti anziani già in trattamento con glicosidi cardiaci o diuretici è importante monitorare la calcemia e la calciuria. In caso di ipercalcemia o di insufficienza renale, ridurre la dose o interrompere il trattamento. Per evitare un sovradosaggio, tenere conto della dose totale di vitamina D in caso di associazione con trattamenti con-

tenenti già vitamina D, cibi addizionati con vitamina D o in caso di utilizzo di latte arricchito con vitamina D. Nei seguenti casi può essere necessario un aumento dei dosaggi rispetto a quelli indicati: soggetti in trattamento con anticonvulsivanti o barbiturici (vedere paragrafo 4.5); soggetti in trattamento con terapie corticosteroidi (vedere paragrafo 4.5); soggetti in trattamento con ipolipemizzanti quali colestipolo, colestiramina e orlistat (vedere paragrafo 4.5); soggetti in trattamento con antiacidi contenenti alluminio (vedere paragrafo 4.5); soggetti obesi (vedere paragrafo 5.2); patologie digestive (malassorbimento intestinale, mucoviscidosi o fibrosi cistica); insufficienza epatica. Il prodotto deve essere prescritto con cautela a pazienti affetti da sarcoidosi, a causa del possibile incremento del metabolismo della vitamina D nella sua forma attiva. In questi pazienti occorre monitorare il livello del calcio nel siero e nelle urine. Pazienti affetti da insufficienza renale presentano un alterato metabolismo della vitamina D; perciò, se devono essere trattati con colecalciferolo, è necessario monitorare gli effetti sull'omeostasi di calcio e fosfato. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** L'uso concomitante di anticonvulsivanti o barbiturici può ridurre l'effetto della vitamina D<sub>3</sub> per inattivazione metabolica. In caso di trattamento con diuretici tiazidici, che riducono l'eliminazione urinaria del calcio, è raccomandato il controllo delle concentrazioni sieriche di calcio. L'uso concomitante di glucocorticosteroidi può ridurre l'effetto della vitamina D<sub>3</sub>. In caso di trattamento con farmaci contenenti la digitale, la somministrazione orale di calcio combinato con la vitamina D aumenta il rischio di tossicità della digitale (aritmia). È pertanto richiesto lo stretto controllo del medico e, se necessario, il monitoraggio elettrocardiografico e delle concentrazioni sieriche di calcio. Un concomitante uso di antiacidi contenenti alluminio può interferire con l'efficacia del farmaco, diminuendo l'assorbimento della vitamina D, mentre preparati contenenti magnesio possono esporre al rischio di ipermagnesemia. Studi sugli animali hanno suggerito un possibile potenziamento dell'azione del warfarin quando somministrato con calciferolo. Sebbene non vi siano simili evidenze con l'impiego di colecalciferolo è opportuno usare cautela quando i due farmaci vengono usati contemporaneamente. La colestiramina, il colestipolo e l'orlistat riducono l'assorbimento della vitamina D, mentre l'alcolismo cronico diminuisce le riserve di vitamina D nel fegato. **4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento** **Gravidanza** Nei primi 6 mesi di gravidanza la vitamina D deve essere assunta con cautela per il rischio di effetti teratogeni (vedere paragrafo 4.9). **Allattamento** Quando necessario, la vitamina D può essere prescritta durante l'allattamento. Tale supplementazione non sostituisce la somministrazione di vitamina D nel neonato. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Non sono disponibili dati sugli effetti del prodotto sulla capacità di guidare. Tuttavia, un effetto su tale capacità è improbabile. **4.8 Effetti indesiderati** Se la posologia è conforme alle effettive esigenze individuali, DIBASE è ben tollerata, grazie anche alla capacità dell'organismo di accumulare il colecalciferolo nei tessuti adiposi e muscolari (vedere paragrafo 5.2). Gli effetti indesiderati segnalati con l'uso della vitamina D sono i seguenti: *Disturbi del sistema immunitario:* reazioni di ipersensibilità. *Disturbi del metabolismo e della nutrizione:* debolezza, anoressia, sete. *Disturbi psichiatrici:* sonnolenza, stato confusionale. *Patologie del sistema nervoso:* cefalea. *Patologie gastrointestinali:* costipazione, flatulenza, dolore addominale, nausea, vomito, diarrea, gusto metallico, secchezza delle fauci. *Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo:* rash, prurito. *Patologie renali e urinarie:* nefrocalcinosi, poliuria, polidipsia, insufficienza renale. *Esami diagnostici:* ipercalcemia, ipercalcemia. **Segnalazione delle reazioni avverse sospette: La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili>.**

**4.9 Sovradosaggio** Interrompere l'assunzione di DIBASE quando la calcemia supera i 10,6 mg/dl (2,65 mmol/l) o se la calciuria supera 300 mg/24 h negli adulti o 4-6 mg/kg/die nei bambini. Il sovradosaggio si manifesta come ipercalcemia e ipercalcemia, i cui sintomi sono i seguenti: nausea, vomito, sete, polidipsia, poliuria, costipazione e disidratazione. Sovradosaggi cronici possono portare a calcificazione vascolare e degli organi, come risultato dell'ipercalcemia. Il sovradosaggio durante i primi 6 mesi di gravidanza può avere effetti tossici nel feto: esiste una correlazione tra eccesso di assunzione o estrema sensibilità materna alla vitamina D durante la gravidanza e ritardo dello sviluppo fisico e mentale del bambino, stenosi aortica sopravvalvolare e retinopatia. L'ipercalcemia materna può anche portare alla soppressione della funzione paratiroidea nei neonati con conseguente ipocalcemia, tetania e convulsioni. **Trattamento in caso di sovradosaggio** Interrompere la somministrazione di DIBASE e procedere alla reidratazione. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: Vitamina D e analoghi, colecalciferolo. Codice ATC: A11CC05. La vitamina D corregge una situazione carenziale della stessa e aumenta l'assorbimento intestinale di calcio. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Come per le altre vitamine liposolubili, l'assorbimento del colecalciferolo a livello intestinale è favorito dalla concomitante assunzione di alimenti contenenti grassi. Il colecalciferolo è presente nel circolo ematico in associazione a specifiche α-globuline che lo trasportano al fegato, dove viene idrossilato a 25-idrossi-colecalciferolo. Una seconda idrossilazione avviene nei reni, dove il 25-idrossi-colecalciferolo viene trasformato in 1,25-diidrossi-colecalciferolo, che rappresenta il metabolita attivo della vitamina D responsabile degli effetti sul metabolismo fosforocalcico. Il colecalciferolo non metabolizzato viene accumulato nei tessuti adiposi e muscolari per essere reso disponibile in funzione del fabbisogno dell'organismo: per questo motivo DIBASE può essere somministrato anche a cadenza settimanale, mensile o annuale. Nei soggetti obesi si riduce la biodisponibilità della vitamina D a causa dell'eccesso di tessuto adiposo. La vitamina D viene eliminata attraverso le feci e le urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Gli studi preclinici condotti in varie specie animali dimostrano che gli effetti tossici si verificano nell'animale a dosi nettamente superiori a quelle previste per l'uso terapeutico nell'uomo. Negli studi di tossicità a dosi ripetute, gli effetti più comunemente riscontrati sono stati: aumento della calciuria, diminuzione della fosfatemia e della proteinuria. A dosi elevate, è stata osservata ipercalcemia. In una condizione prolungata di ipercalcemia le alterazioni istologiche (calcificazione) più frequenti sono state a carico dei reni, cuore, aorta, testicoli, timo e mucosa intestinale. Gli studi di tossicità riproduttiva hanno dimostrato che il colecalciferolo non ha effetti nocivi sulla fertilità e riproduzione. A dosi che sono equivalenti a quelle terapeutiche, il colecalciferolo non ha attività teratogena. Il colecalciferolo non ha potenziale attività mutagenica e carcinogena. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione: olio di oliva raffinato. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale: olio di oliva raffinato. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale: olio di oliva raffinato. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile: olio di oliva raffinato per uso iniettabile. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile: olio di oliva raffinato per uso iniettabile. **6.2 Incompatibilità** Non sono note eventuali incompatibilità con altri farmaci. **6.3 Periodo di validità** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione: 3 anni a confezione integra. Dopo prima apertura del flacone: 5 mesi. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale: 2 anni. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale: 2 anni. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile: 3 anni. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile: 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Conservare a temperatura non superiore ai 30° C, nella confezione originale per tenere il medicinale al riparo dalla luce. Non congelare. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione. Flacone in vetro ambrato contenente 10 ml, chiuso con una capsula a prova di bambino in polipropilene. La confezione contiene 1 flacone ed 1 contagocce. DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale. Contenitore in vetro ambrato contenente 2,5 ml, chiuso con una capsula in polipropilene. Confezioni da 1, da 2 o da 4 contenitori monodose. DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale. Contenitore in vetro ambrato contenente 2,5 ml, chiuso con una capsula in polipropilene. Confezioni da 1, da 2 o da 4 contenitori monodose. DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile. Fiala in vetro ambrato. La confezione contiene 6 fiale. DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile. Fiala in vetro ambrato. La confezione contiene 2 fiale. E' possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** ABIOTEN PHARMA S.p.A. via Meucci 36 Ospedaletto - PISA

**8. NUMERI DELL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione - flacone 10 ml 036635011 DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 1 contenitore monodose 2,5 ml 036635047 DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 2 contenitori monodose 2,5 ml 036635098 DIBASE 25.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 4 contenitori monodose 2,5 ml 036635050 DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 1 contenitore monodose 2,5 ml 036635062 DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 2 contenitori monodose 2,5 ml 036635086 DIBASE 50.000 U.I./2,5 ml soluzione orale - 4 contenitori monodose 2,5 ml 036635074 DIBASE 100.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 6 fiale 1 ml 036635023 DIBASE 300.000 U.I./ml soluzione iniettabile - 2 fiale 1 ml 036635035 **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/ RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Data della prima autorizzazione: Ottobre 2005. Data del rinnovo più recente: Ottobre 2010 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** 12/2016  
25.000 U.I./2,5 ml 1 flaconcino monodose 5,42 €; 25.000 U.I./2,5 ml 2 flaconcini monodose 8,10 €; 50.000 U.I./2,5 ml 1 flaconcino monodose 8,50 €; 50.000 U.I./2,5 ml 2 flaconcini monodose 15,34 €; 100.000 U.I./ml gocce orali 5,42 €; 100.000 U.I. 6 fiale 4,00 €; 300.000 U.I. 2 fiale 3,50 € - Classe A - RR  
25.000 U.I./2,5 ml 4 flaconcini monodose 16,00 € - Classe C - RR

# AOGOI *per te!*

## Una buona copertura sanitaria integrativa di base, GRATUITA PER TUTTI I SOCI AOGOI

■ **L'Aogoi apre il 2017 con un'importante iniziativa dedicata alla salute dei suoi associati e dei loro familiari che avranno la possibilità di usufruire di un'integrazione dell'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale attraverso un network di strutture di ottimo livello.**

**La polizza stipulata con CARDEA, gratuita per tutti i soci in regola con la quota di iscrizione, potrà essere estesa, con un piccolo contributo, anche ai vostri familiari.**

**Un'altra proposta dedicata ai Soci è la Convenzione che l'Aogoi ha sottoscritto con BANCA IGEA. Tutti gli iscritti potranno usufruire di condizioni molto vantaggiose sotto tutti i profili: compreso il credito ai fini di leasing per attrezzature medicali, acquisto e ristrutturazione e gestione di studi professionali e per ogni altra esigenza connessa all'attività bancaria del ginecologo e della sua famiglia**

### Care Colleghe, Cari Colleghi,

sono lieta di presentarVi un'iniziativa molto interessante che la nostra associazione ha messo a punto a favore di tutti gli iscritti Aogoi in considerazione della sempre maggiore necessità di integrazione delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale, di fatto regionalizzato.

**Si tratta di una Polizza sanitaria, gratuita per tutti i soci in regola con la quota di iscrizione**, che offre ad ogni iscritto all'Aogoi la possibilità di ottenere una integrazione dell'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale attraverso un network di strutture di ottimo livello. Su specifica richiesta, e con un piccolo contributo, la polizza può anche essere estesa ai propri familiari.

**La convenzione è stata sottoscritta con Cardea, che è una primaria Cassa mutua e non una compagnia di Assicurazione;** essa quindi raccoglie le richieste di "Soci" non di "clienti" organizzando un rapporto con una rete nazionale di strutture sanitarie qualificate e integrando inoltre le prestazioni delle strutture sanitarie pubbliche.

Questa nuova importante iniziativa della nostra Associazione potrà essere ulteriormente perfezionata alla luce dell'esperienza (tutto è migliorabile!) e in tal senso contiamo sui vostri suggerimenti che accoglieremo, con spirito costruttivo, nel primario interesse degli Associati.

**Una buona copertura sanitaria integrativa di base – con ottime e vantaggiose possibilità di ulteriori integrazioni a costi estremamente contenuti – riteniamo rappresenti un grosso risultato.** Alla luce degli eventuali rilievi che perverranno potremo se necessario rinegoziare la polizza con Cardea, con la quale intercorrono ottimi rapporti di collaborazione e di reciproca stima. Offrire un servizio, totalmente gratuito, dedicato alla salute dei Colleghi e dei loro cari rappresenta certamente da parte dell'Aogoi una dimostrazione concreta di vicinanza e di tutela delle ginecologhe e dei ginecologi italiani.

**Sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it) è possibile scaricare ogni informazione e strumenti di contatto con CARDEA.**

Vorei infine ricordare che oltre al perfezionamento del servizio di **Tutela Legale** svolto dall'Ufficio Legale nazionale, che continua ad ottenere formidabili risultati, l'Aogoi ha messo in campo un'altra nuova, importante, iniziativa a favore dei soci. Si tratta di una **Convenzione con Banca IGEA**, una banca giovane ed efficiente, finalizzata a garantire ai soci Aogoi condizioni molto vantaggiose sotto tutti i profili, compreso il credito ai fini di leasing per attrezzature medicali, acquisto e ristrutturazione e gestione di studi professionali e per ogni altra esigenza connessa all'attività bancaria del professionista e della sua famiglia.

Elsa Viora  
Presidente Aogoi



**Convenzione Sanitaria riservata ai Soci AOGOI**

**SCOPRI COME USUFRUIRNE**

**CARDEA CASSA MUTUA**

**AOGOI**  
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Tutti dettagli su [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)

**PER I NUOVI PENSIONATI ASSOCIATI A.O.G.O.I.**

**il tuo TFS SUBITO!**

**LA TUA LIQUIDAZIONE SENZA RATEIZZAZIONE**

**Igea-TFS**

PRODOTTO PER L'ANTICIPAZIONE DEL TRATTAMENTO DI FINE SERVIZIO (TFS) RATEIZZATO

offerta condizioni riservate Associati A.O.G.O.I.

**Scopri di più**

- 01 Premesse
- 02 Caratteristiche del finanziamento
- 03 Condizioni economiche
- 04 Esempi di finanziamento
- 05 Come Richiedere il Finanziamento
- 06 Contatti

**Igea Banca**

# Grande novità in casa AOGOI

## Nasce il Master "Health Communication in Ginecologia" frutto della stretta collaborazione IULM-AOGOI

Sta per partire il primo Master realizzato dai Ginecologi AOGOI e dagli Esperti della Comunicazione della IULM - Libera Università di Lingue e Comunicazione di Milano, Università della Comunicazione ben nota in Italia e all'estero. Il Master per professionisti della

salute verterà sulla comunicazione in ginecologia in tema di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, di promozione della salute sessuale e riproduttiva e orientato a favorire in modo efficace l'adozione di corretti stili di vita e di salute, soprattutto tra i giovani

**V**ogliamo rivolgerci a quei ginecologi e operatori sanitari coinvolti in particolare nella prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmesse (MST) perché si trovano di fronte ad una materia assai complessa che afferisce ad informazioni generalmente sottaciute, che diventano estremamente 'delicate' e difficili da gestire: "una difficoltà nella difficoltà". Perché la comunicazione in medicina, in generale, e in ginecologia, in particolare, deve essere efficace e capace di influenzare i comportamenti in tema di stili di vita e di salute, nonché diventare parte integrante della "relazione di prevenzione e cura" tra medico e paziente (donna-coppia).

La nostra Associazione, particolarmente impegnata nella prevenzione delle MST, si trova di fronte ad una questione clinica e di sanità pubblica molto importante che presenta tre aspetti fondamentali su cui è necessario soffermarsi: difficoltà della comunicazione, delicatezza dell'argomento, peculiarità degli interlocutori finali. Di fatto, parliamo a persone presumibilmente sane e di un'età in cui si è lontani dall'idea di ammalarsi e dall'accettare qualsiasi idea di malattia (perché spesso sono giovani e giovanissimi). Non è un problema di competenze scientifiche. Normalmente anche chi sa e ha le giuste competenze scientifiche non sempre è capace di esporre in maniera appropriata ed efficace le sue conoscenze e, quindi, di trasferire correttamente il messaggio. È una questione di metodologia e principi di misurabilità.



Per questo motivo vogliamo rivolgerci agli esperti della comunicazione della IULM che dovranno fornirci le giuste metodologie di comunicazione e aiutare ginecologi e operatori sanitari a misurare l'efficacia della loro comunicazione e le capacità effettive di contribuire a modificare i comportamenti dei beneficiari finali in tema di salute e stili di vita.

Da qui la necessità di AOGOI di realizzare un Master dall'alto valore scientifico in collaborazione con i maggiori esperti della comunicazione. Un'iniziativa unica nel panorama scientifico italiano. Abbiamo trovato in MSD Italia Srl l'azienda che ha compreso il giusto valore di questo importante progetto e ha confermato la sua



**Il Master, in collaborazione con la prestigiosa Università milanese IULM, rilascerà un diploma universitario di notevole valore professionale. Si tratta di un'iniziativa unica nel panorama scientifico italiano**

disponibilità a sostenere in maniera incondizionata i costi per la partecipazione di **20 medici**.

**Il Master partirà a fine maggio 2017** e impegnerà i colleghi il venerdì per l'intera giornata ed il sabato mattina. I costi dei viaggi e della sistemazione alberghiera verranno coperti da Aogoi, oltre naturalmente al costo dell'iscrizione.

**Il Master rilascerà un diploma universitario di notevole valore** anche professionale e varrà 50 (cinquanta!) crediti ECM per i 20 ginecologi ammessi al Corso.

I requisiti fondamentali per la partecipazione sono soprattutto una forte motivazione alla tematica, l'interesse alla frequenza e la volontà di migliorare il proprio approccio alle problematiche comunicative in un tema difficile e delicato come quello delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili soprattutto nei confronti della platea giovanile: i colleghi che frequenteranno con successo il Master potranno poi diventare capaci di trasmettere nella loro realtà le metodologie e i contenuti innovativi appresi durante il Corso.

**Sarà un executive Master dal format innovativo e interattivo: una risposta concreta ai reali bisogni della pratica clinica quotidiana del ginecologo.** In questo contesto non parliamo di competenze scientifiche (obiettivo da cui AOGOI non prescinde, ma in altri ambiti). Ed è per questo motivo che i Ginecologi, Docenti di questo Master, saranno costantemente guidati e supportati dagli Esperti della comunicazione della prestigiosa Università milanese IULM, che contribuiranno a fornire le giuste metodologie di comunicazione per aiutare ginecologi e operatori sanitari a misurare l'efficacia della loro comunicazione e le capacità effettive per contribuire a modificare i comportamenti dei beneficiari finali in tema di salute e stili di vita: le nostre donne, le coppie.

**La didattica avrà un taglio estremamente pratico** e si baserà soprattutto sulla

esemplificazione e simulazione da parte di nostri docenti ginecologi, di situazioni reali che ogni giorno ci troviamo ad affrontare; i discenti, divisi in 4 gruppi, ciascuno attraverso un loro portavoce, esprimeranno valutazioni e commenti mentre il docente dello IULM evidenzierà positività e criticità del rapporto con il/la paziente e illustrerà gli accorgimenti utili per migliorare la comunicazione e il rapporto empatico con le persone che a noi si rivolgono.

I fine settimana (meglio: i venerdì/sabato mattina) che ci vedranno impegnati non saranno di solito continuativi e saranno diluiti nell'arco di circa 6 mesi (per un totale di 96 ore), in modo da non creare problemi lavorativi e personali ai partecipanti; ciascuno potrà arrivare a Milano la sera del giovedì e ripartire subito dopo mezzogiorno di sabato per fare ritorno a casa. L'impegno è serio per... gente seria e motivata!

**AOGOI, grazie anche alla collaborazione preziosa di MSD Italia**, ci crede e desidera fortemente consentire ad un primo nucleo di auspicabilmente giovani colleghi di approfittare di questa grande opportunità per distinguersi e affinare le proprie conoscenze nel campo della comunicazione, tema ormai sempre più fondamentale, insieme alle conoscenze tecnico-scientifiche, per realizzare un'alleanza terapeutica ideale e nel contempo migliorare il rapporto tra medici e cittadini. Solo così saremo pronti alle sfide di una comunicazione anche in campo sanitario che richiede inevitabilmente la padronanza delle tecniche e del linguaggio più appropriati e l'utilizzo degli strumenti divulgativi estesi ai social networks.

**L'iniziativa è stata resa possibile** anche grazie alla disponibilità ed all'impegno del Rettore della IULM, Dott. **Mario Negri**, e alla Direzione della IULM che hanno creduto sin da subito in questa importante iniziativa educativa che avvicina il mondo dell'Università a quello delle Associazioni e Società Scientifiche: una novità in assoluto! Grazie anche al Prof. **Mauro Ferraresi** – Dipartimento di Marketing, Comportamenti, Comunicazione e Consumi 'Giampaolo Fabris'

della IULM, pioniere insieme al sottoscritto della Direzione Scientifica di questo che sarà un importante momento di formazione professionale, che vedrà altresì l'importante coinvolgimento di ONDA - Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, diretto dalla Dott.ssa **Francesca Merzagora**.

Questa innovativa e importante iniziativa è frutto del lavoro sinergico dell'Aogoi, in particolare del determinante contributo della dott.ssa **Elsa Viora**, Presidente dell'Associazione e dell'instancabile Segretario Nazionale, prof. **Antonio Chiàntera**, senza sottacere il ruolo fondamentale svolto dal Past President prof. **Vito Trojano**.

**Il risultato conseguito premia il lavoro di squadra** che vede l'Aogoi particolarmente impegnata nella formazione professionale e nella sempre maggiore umanizzazione della medicina anche in tempi di fantastiche conquiste tecnologiche.

**Carlo Maria Stigliano**,  
Direttore Scientifico Master IULM-AOGOI  
Health Communication in Ginecologia

**Per richiedere l'iscrizione inviare una mail con il proprio nominativo, indirizzo e numero di cellulare a: aogoi@aogoi.it precisando nell'oggetto della mail "ISCRIZIONE MASTER".**

**Ai fini della partecipazione ricordiamo che è obbligatorio essere SOCIO AOGOI**

Anticorruzione

# Anac: i dirigenti sanitari non devono comunicare i dati patrimoniali

**La vicenda su cui l'Aogoi è intervenuta celermente e con fermezza, arrivando a diffidare alcune aziende sanitarie, sembra avviata a positiva conclusione. Ora infatti l'Autorità Nazionale Anticorruzione conferma che la richiesta avanzata da alcune aziende sanitarie a tutta la Dirigenza sanitaria (ancorché priva di responsabilità gestionali) di fornire la propria situazione patrimoniale e reddituale (familiari inclusi) può essere rispedita al mittente**

I dirigenti sanitari non devono comunicare i dati patrimoniali. Così si è pronunciata l'Autorità Nazionale Anticorruzione, pur auspicando per il futuro l'estensione dell'obbligo ai soli direttori di struttura e al vertice aziendale, da realizzare con una norma di legge, mettendo fine per medici e dirigenti sanitari all'ennesimo adempimento inutile e potenzialmente dannoso.

Sul numero scorso di *Gyneco* l'Aogoi aveva denunciato la richiesta "illecita e inaccettabile" avanzata da alcune Aziende sanitarie a dirigenti medici e sanitari ancorché privi di responsabilità gestionali di fornire i loro dati patrimoniali e quelli dei loro familiari, con la possibilità di pubblicare questi dati nella intranet aziendale. Una situazione "paradosale" che aveva indotto l'Aogoi (e altre associazioni di categoria) a intervenire con fermezza, arrivando perfino a diffidare le Aziende.

Ora l'Anac, l'Autorità Nazionale Anticorruzione, con la Delibera 1388 del 14 dicembre 2016 a firma del Presidente Raffaele Cantone (pubblicata solo il 2 Febbraio 2017 e per la verità passata un po' in sordina) fa chiarezza e precisa che l'obbligo non sussiste per la dirigenza sanitaria, nemmeno per i Direttori Generali in quanto la norma non riguarda la dirigenza sanitaria ma la dirigenza amministrativa, e che, comunque, la dirigenza sanitaria in questione sarebbe stata quella con precisi incarichi gestionali.

"Va, quindi, segnalato che - rileva l'Anac - mentre per i dirigenti amministrativi la disciplina di trasparenza è ora prevista dall'art. 14 del decreto trasparenza sussistendo per questi l'obbligo di pubblicare anche le dichiarazioni concernenti la situazione patrimoniale nei termini previsti dalla legge 441/1982, per la dirigenza sanitaria (e cioè per gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché per gli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse), l'art. 15 ha in fatto introdotto (per le due categorie di dirigenti in questione) un differente regime di trasparenza. La norma infatti non prevede per i dirigenti sanitari l'obbligo di fornire i dati riguardanti la situazione patrimoniale".

L'Anac conclude auspicando che Governo e Parlamento per il futuro estendano l'obbligo ai soli direttori di struttura e al vertice aziendale, da realizzare con una norma di legge. **Y**

## Soddisfazione dell'Aogoi per la delibera Anac

### Val la pena sempre approfondire e "mai fermarsi alla prima osteria"

**S**empre vero il detto 'mai fermarsi alla prima osteria!'. Soprattutto in un paese come l'Italia dove i provvedimenti e l'interpretazione degli stessi troppo spesso si appalesano soggettivi e superficiali, o comunque non tengono conto dei sacri insegnamenti impartiti nei primi anni di università, e cioè che il contenuto di una disposizione di legge o di un regolamento, o di un articolo ivi contenuto, non è mai una monade ma va letto e applicato in coerenza con le altre previsioni o gli altri divieti che formano l'insieme della disciplina di quella materia.

Inoltre occorre tener conto della *ratio legis* ossia degli obiettivi e delle finalità che il legislatore voleva soddisfare. Pertanto l'Aogoi ha subito (e con vigore) reagito ad una interpretazione soggettiva e fuorviante delle finalità "anti corruzione" di alcune strutture ospedaliere che poi hanno contagiato per suggestione la mente di altri Direttori Generali e Amministrativi propalando una erronea lettura del dettato normativo per imporre un'estensione indiscriminata di obblighi previsti solo a carico di alcuni soggetti, così inopinatamente coinvolgendo tra i destinatari dei doveri anche dirigenti medici e sanitari.

Val la pena sempre approfondire e non piegarsi acriticamente e supinamente a richieste che *prima facie* appaiono illegittime, soprattutto nella doverosa considerazione di ciò che il legislatore voleva o non voleva raggiungere dando

quelle precise disposizioni in quella materia. Così l'Aogoi, con una disamina puntuale e scrupolosa, ha subito sollevato obiezioni e diffidato le audaci ma imprudenti e imperite strutture a fermarsi (diffide: ASST Spedali civili di Brescia (14/12/2016); ASST Bergamo-Treviglio (22/12/2016); ASST Garda 22/12/2016; ASST Mantova (27/1/2017)).

Tra l'altro le illegittime e ingiustificate richieste si fondano su una mai allegata interpretazione dell'Anac in merito al decreto 33/2013 e artt. 14 e 15 L. 441/82, in contrasto con quanto ritenuto dal Garante della Privacy e da precedenti indirizzi dell'Anac stessa.

Così l'Anac ha reagito e ha realmente emesso il provvedimento...che non c'era, con stupore delle strutture ospedaliere imprudenti e soddisfazione di chi ha ricercato una lettura dei provvedimenti più coerente e più giusta.

L'Anac ha statuito la non applicabilità dell'obbligo di pubblicazione della situazione reddituale e patrimoniale per i dirigenti medici e sanitari. Il successo ripropone il monito di Aogoi (e per Aogoi) di non arrendersi supinamente, non fermarsi alla prima osteria, ma pensare con le proprie teste "tecnico-giuridiche", essere sempre saggiamente propositivi fondando l'audacia sempre sulla scienza, che sia medica o giuridica.

Prof. **Antonio Chiantera**  
Segretario Generale AOGOI

Avv. **Vania Cirese**  
Responsabile Ufficio legale AOGOI  
Settore penale

**"Premiato il nostro sforzo di ricercare sempre una lettura dei provvedimenti più coerente e più giusta"**



► Segue da pagina 12

## Rinnovato l'Iss: risparmi per 2 mln di euro all'anno

dall'Italia". Quanto ai nuovi direttori dei centri e dei dipartimenti, il presidente dell'Iss ha affermato: "Abbiamo voluto il meglio e abbiamo cercato sia tra chi già lavorava nell'Istituto sia all'esterno. Abbiamo una squadra di livello mondiale".

**Se le attività di ricerca, controllo e sorveglianza rappresentano il cuore dell'attività dell'Istituto, sarà più marcata anche l'attenzione alla comunicazione e ai canali di dialogo e di informazione con gli utenti** per promuovere la conoscenza medico-scientifica

su aspetti fondamentali della salute pubblica. Rafforzati e presenti sui social network, i telefoni verdi dell'Iss rispondono a tutti coloro che hanno bisogno di un orientamento. Quelli dedicati al fumo e alle malattie a trasmissione sessuale nell'ultimo

anno hanno evaso, secondo i dati presentati oggi in conferenza stampa, dalle 500 alle 1000 chiamate al mese per indirizzare i cittadini su queste tematiche e anche il telefono verde patologie rare evade ogni mese oltre cento richieste di orientamento

"soprattutto da pazienti e famiglie ma non mancano richieste d'aiuto anche da parte degli stessi operatori sanitari". Quale diario di viaggio del rinnovato Istituto Superiore di Sanità, è stata poi creata "Allis" la **prima newsletter online dell'Iss**. **Y**

# Se il medico è donna il paziente guarisce prima

**Valeria Dubini**

Direttore S.C. Ost. Gin. Ospedale P. Palagi e Territorio, Firenze

**F**orse non sorprendono tanto i risultati della ricerca scientifica dell'Harvard Medical School di Boston pubblicata in questi giorni sul *Journal of American Medical Association* e sul *Jama Internal Medical* (\*): colpisce piuttosto la numerosità dei dati e la serietà dello studio che conferiscono peso scientifico e consistenza a temi che anche nel nostro Paese hanno talvolta alimentato il dibattito nella nostra categoria, senza però veramente basarsi su sostanziali elementi di scientificità.

Lo studio, condotto su 1.583.028 pazienti over 65 valuta la mortalità a 30 giorni dalla dimissione ospedaliera e la riammissione in ospedale aggiustata per i possibili bias (sesso ed età del paziente, tipo di patologia, ospedale): i risultati mostrano una significativa riduzione per entrambi gli indicatori considerati quando il paziente viene seguito da un medico donna. Si assiste infatti ad una riduzione del 4% (11.07% vs 11.49%) per la mortalità e del 5% (15.02% vs 15.57%) per la riammissione in ospedale, con una significatività statistica forte per entrambi gli indicatori (P<.001).

Tale significatività si mantiene inalterata considerando ben 8 tipi differenti di patologie e risulta ad-

**È quanto emerge dai dati di un'indagine condotta dalla prestigiosa Harvard Medical School di Boston su oltre un milione e mezzo di pazienti over 65. I risultati dello studio introducono concreti elementi di riflessione e aprono anche campi nuovi di intervento e di studio: l'importanza dell'ascolto, dell'accoglienza e della comunicazione**



**"I dati di questa ricerca ci portano ad uscire da un dibattito un po' ideologico e forse anche un po' liso, in cui si parla della femminilizzazione della medicina soltanto come di un segno di perdita di prestigio della nostra professione"**

dirittura maggiore in caso di alcune specifiche patologie come sepsi, patologie polmonari e aritmie. **I dati di questa ricerca** ci portano ad uscire da un dibattito un po' ideologico e forse anche un po' liso, in cui si parla della femminilizzazione della medicina soltanto come di un segno di perdita di prestigio della nostra professione.

"Dobbiamo capire il perché di queste differenze e riflettere sul

fatto che, tradotte in azioni di politica sanitaria,

queste possano avere importanti ricadute sulla salute pubblica, puntando ad un miglioramento della qualità, sia per i nostri assistiti ma anche per i nostri colleghi" commenta il Dr. **Ashish Jha**, professore di politica sanitaria del-

l'Harvard T.H. Chan School e senior dell'articolo.

**Una possibile spiegazione** che viene proposta è semplice e forse anche banale: la donna risulta essere una migliore ascoltrice: l'attenzione che dedica al paziente si ripercuote sia sulla sfera emotiva che fisica di quest'ultimo che si sente maggiormente seguito e monitorato. Mettere al centro il paziente e porre più domande, sia relative allo stato di salute che personali, pare essere una modalità maggiormente rappresentata nei medici di sesso femmi-

nile che porta a stilare un quadro clinico più preciso e completo.

Un altro aspetto che riguarda le donne medico è l'attitudine ad aderire maggiormente alle linee guida rispetto ai colleghi maschi. Infine una migliore attenzione alle differenze, testimoniata dai risultati che si ottengono su patologie genere-specifiche come le aritmie o le patologie cardiovasco-

lari, potrebbe essere un'altra chiave di lettura importante nella comprensione dei dati riportati. "Bisognerebbe spingere per creare sistemi che promuovano equità di carriera e di remunerazione per tutti i medici al fine di migliorare i risultati professionali e migliorare gli outcome di salute" commenta nell'editoriale del JAMA **Anna L. Parks**.

**Nel nostro Paese** invece, contrariamente alle aspettative, aumenta il numero delle donne medico ma diminuiscono i camici 'rosa' che ricoprono ruoli apicali: dal 2009 al 2014 le dottoresse sono aumentate di 2.242 unità passando da 41.896 a 44.138, ma negli ultimi cinque anni si è contratto il loro numero nei ruoli da primario. Oggi sono solo il 15% rispetto agli uomini.

**Ci sono molti motivi** ma il principale è probabilmente rappresentato da ritmi di lavoro massacranti che penalizzano in particolare le donne e la loro possibilità di essere al tempo stesso soggetti di cura dei pazienti e della propria famiglia. Non c'è dubbio che una discussione sull'organizzazione del lavoro si rende necessaria e riguarda tutti i sanitari indipendentemente dal genere.

Si introducono quindi concreti elementi di riflessione e si aprono anche campi nuovi di intervento e di studio: l'importanza dell'ascolto, dell'accoglienza, della comunicazione, dell'attenzione a che le prescrizioni vengano seguite correttamente, sono tutte cose che il buon senso ci dice ma che non sono oggetto di studio nei nostri percorsi accademici e non. Eppure il rischio clinico e anche l'analisi dei contenziosi con i nostri assistiti, ci mostrano quanto una cattiva comunicazione, una mancanza di ascolto, una mancanza di accordo tra professionisti e di empatia con chi assistiamo, siano spesso alla base di molti contenziosi medico legali, quelli che noi vogliamo andare a ridurre con tutti i nostri mezzi.

E allora mettiamo tra i nostri mezzi anche questi elementi, leggiamo con attenzione quello che l'articolo ci riporta e proviamo a tradurlo in elementi di formazione per le nuove generazioni di medici, spesso tra l'altro al femminile. **Y**

\* Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. Yusuke Tsugawa, MD, MPH, PhD1,2; Anupam B. Jena, MD, PhD3,4,5; Jose F. Figueroa, MD, MPH1,2; et al. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):206-213. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7875

## Salute vaginale e sessuale: attuali orientamenti terapeutici



**Firenze 7-8 aprile 2017**

**Dall'esigenza di misurarsi quotidianamente con le problematiche della sfera genito-urinaria e sessuale della donna in menopausa e dal continuo aggiornamento in quest'ambito, nasce il II Corso di Formazione della Società Italiana di Ginecologia della Terza Età (SIGITE) e della Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica (FISS).**

Il Corso, che si svolgerà a Firenze il 7 e 8 aprile 2017, vuol rappresentare un momento di confronto fra specialisti di branche diverse (sessuologia, psicologia, medicina generale, ginecologia, oncologia, endocrinologia, medicina estetica, chirurgia plastica) che ruotano

intorno alla salute vaginale e sessuale della donna dalla perimenopausa alla terza età.

**Nella prima giornata** sono previsti interventi dei sessuologi sulle varie tematiche di salute vaginale e sessuale, insieme ad una sessione di lavoro sul counselling sessuologico. Si tratta di un lavoro pratico che si svolgerà in piccoli gruppi. Verranno simulate delle situazioni di consulenza specifica in relazione a menopausa e salute sessuale per consentire ai partecipanti di confrontarsi con risorse e limiti della comunicazione con la paziente/coppia nell'ambito della sessualità.

**Nel corso della seconda giornata** affronteremo le varie possibilità terapeutiche, farmacologiche e di medicina complementare. Particolare attenzione sarà rivolta alle *breast*

*cancer survivors*, in una tavola rotonda a confronto con gli oncologi.

È prevista anche una sessione sviluppata in collaborazione con AIGEF (Associazione Italiana di Ginecologia Funzionale ed Estetica) che sarà dedicata alle nuove tecniche di ginecologia rigenerativa, funzionale ed estetica (quali laser e altre metodiche in sviluppo), come momento di informazione e confronto con gli specialisti del settore sulle possibilità di trattamento inerenti le problematiche genitali, spesso fonte di notevole disagio psico-fisico conseguenti ad una menopausa troppo spesso in giovane età e dopo terapie oncologiche. Vi aspettiamo a Firenze.

**Angelamaria Becorpi e Roberta Rossi**  
Presidenti del Corso



Rete dei punti nascita

# Punti nascita a basso volume di attività: agire su tre fronti per garantire la sicurezza

**Claudio Crescini**

Vicesegretario Nazionale AOGOI

**P**er quanto riguarda i dati di mortalità materna e neonatale è noto che il nostro Paese è tra le nazioni con il tasso più basso e i valori migliori, anche rispetto a Paesi come gli Stati Uniti d'America. Tra i fattori che collocano il nostro Paese in una situazione di tale vantaggio vi è sicuramente il livello economico elevato, ma soprattutto la presenza di una rete assistenziale diffusa, universalistica e gratuita che consente a circa mezzo milione di donne ogni anno di ottenere un facile e qualificato accesso a tutte le cure ostetriche sia di base che di alta specialità.

Sono proprio questi eccellenti risultati, costanti negli anni, a rendere particolarmente incomprensibile all'opinione pubblica (e intollerabile agli utenti) gli eventi, seppur eccezionali nel nostro Paese, di morte materna o neonatale. Inoltre in Italia, a differenza di quanto accade in molte altre nazioni, è ormai abitudine che gli eventi avversi in ambito sanitario, e in particolar modo in ambito ostetrico, abbiano una particolare risonanza sui media.

È in questo contesto che si è pensato che la concentrazione delle nascite in sale parto ad alto volume di attività potesse ridurre ulteriormente un dato di esiti negativi tra i migliori al mondo. Bisogna anche sottolineare altri aspetti del problema: la quasi totalità delle morti materne in Italia sono registrate in punti nascita ad alto volume di attività anche perché questi seppur rari eventi avvengono prevalentemente in una popolazione ostetrica ad alto rischio che non viene ovviamente trattata nei punti nascita a basso volume di attività.

**A carico dei piccoli punti nascita rimane invece come dato negativo una percentuale di tagli cesarei superiore al valore ottimale, ma questo dato è influenzato dalla elevata presenza, in questa categoria di punti nascita, di strutture private soprattutto del Sud che, come noto per vari motivi, hanno un tasso di tagli cesarei più elevato delle strutture pubbliche. Il dato che sicuramente, e senza possibilità di smentita, gioca a sfavore del mantenimento dei punti nascita a piccolo volume di attività è soprattutto l'aspetto economico.**

**Davvero i piccoli punti nascita sono per definizione 'poco sicuri'? Utilizzare il solo indice numerico dei 500 parti all'anno per stabilirne la sicurezza appare riduttivo e non appropriato. Un punto nascita di piccole dimensioni che disponga di personale motivato, addestrato alle emergenze ostetriche - nel contesto di un ospedale con una buona organizzazione e ben coordinato con un grosso ospedale di riferimento e con AREU/118 - può avere risultati pari a quelli di un punto nascita a maggior volume di attività.**

**Con questi presupposti è dunque possibile garantire la sicurezza anche nei punti nascita a basso volume di attività. Come conferma anche l'Acog nel Position Statement approvato il maggio scorso**



L'associazione che raggruppa i punti nascita alpini svizzeri e austriaci aveva calcolato anni fa che per quei Paesi non aveva giustificazione economica un punto nascita con meno di 650 parti all'anno.

Da molte parti viene sostenuto che nei piccoli punti nascita non vi siano le competenze professionali e la struttura organizzativa per fronteggiare emergenze ostetriche proprio per la loro rarità, resa ancora più infrequente laddove si accolgono solo gravidanze a basso rischio.

Per garantire la sicurezza in un punto nascita a basso volume di attività che accoglie solo gravidanze fisiologiche a basso rischio e

per fronteggiare situazioni di emergenza ostetrica, che in queste condizioni si potrebbero verificare una volta ogni 10 anni o anche meno, risulta necessario agire su tre fronti.

**Il primo fronte è quello della formazione/preparazione del personale** affinché sia in grado di affrontare con competenza complicanze del parto estremamente rare. Per ottenere questo risultato è necessario mantenere alto il livello di preparazione professionale e di organizzazione del team di sala parto. Sono necessarie periodiche esercitazioni con simulazione che mantengano addestrato il personale.

I criteri sono quelli ricavati dal

mondo aeronautico in cui tutti i piloti vengono addestrati nei simulatori di volo a fronteggiare eventi potenzialmente catastrofici, anche se probabilmente non dovranno mai affrontarli. Lo stesso discorso vale per tutti i servizi di protezione civile il cui personale viene addestrato alla gestione di situazioni catastrofiche, anche se fortunatamente non avranno probabilmente mai la necessità di utilizzare quanto appreso.

**Il secondo aspetto è quello dell'organizzazione del punto nascita** e dei mezzi disponibili in termini di personale di varie specializzazioni e di strumentazione. Su questo aspetto è già stato acclarato che oltre ad un'ostetrica, un ginecologo e un'anestesista, presenti h24, deve essere disponibile anche un pediatra/neonatalogo.

Per quanto riguarda quest'ultima figura professionale, può essere ritenuto sufficiente la sua presenza al momento

della nascita e si ricorda inoltre che tutto il personale presente in sala parto deve essere in grado di eseguire le semplici manovre di rianimazione primaria del neonato, mentre nel caso eccezionale di dover ricorrere ad un'intubazione, la presenza del pediatra al momento del parto e dell'anestesista nella struttura ne garantiscono comunque l'esecuzione.

**Il terzo aspetto è quello relativo al trasferimento in tempi rapidi della gravida o del neonato** in caso di necessità in un centro di riferimento (hub). Si rende quindi necessario disporre di un sistema Stam e Sten ben organizzato ed un coordinamento con la AREU/118.

In base a queste considerazioni generali appare chiaro che utilizzare il solo indice numerico dei 500 parti all'anno è riduttivo e non appropriato.

**Un punto nascita di piccole dimensioni** con personale motivato, addestrato alle emergenze ostetriche in un ospedale con una buona organizzazione e ben coordinato con un grosso ospedale di riferimento e con AREU/118, può avere risultati uguali se non migliori di un punto nascita a maggior volume di attività ma senza alcune delle caratteristiche sopra citate.

A questo si associa anche la considerazione che spesso i punti nascita piccoli hanno condizioni strutturali e organizzative che possono favorire un'accoglienza e una gestione dell'evento nascita più familiare e meno istituzionale.

Naturalmente il mantenimento di piccole sale parto a distanza di pochi chilometri o in prossimità di grandi ospedali non ha sicuramente una giustificazione, soprattutto da un punto di vista economico.

Un ragionamento completamente diverso deve essere fatto per i **piccoli ospedali in aree particolarmente disagiate** come possono essere, nel nostro Paese in particolare, le aree di montagna e le isole.

In queste situazioni, le condizioni climatiche e i tempi di percorrenza tra la residenza della gravida e un grosso punto nascita di riferimento, possono compromettere la sicurezza molto di più dell'esplicitare il parto in un piccolo ospedale di montagna o insulare.

**Possiamo quindi concludere che:**

1. **il solo indicatore del numero di parti** all'anno non è sufficiente a definire la sopravvivenza o meno di un punto nascita.
2. **il personale che opera in un piccolo punto nascita** deve seguire un addestramento specifico e costante per le emergenze ostetriche.
3. **il piccolo punto nascita deve definire e garantire** le caratteristiche strutturali di base essenziali per personale e materiali.
4. **vi deve essere un piano organizzativo ben definito** per lo Stam e per lo Stam. **Y**

## Position Statement

The American College of Obstetricians and Gynecologists and The American Congress of Obstetricians and Gynecologists

# Practice Considerations for Rural and Low-Volume Obstetric Settings

**T**he provision of safe obstetric care requires a commitment to lifelong learning and maintenance of knowledge and skills. Rural settings, low-volume settings, or both, may present challenges in maintaining clinician and nursing skills because of limited volume and, therefore, limited opportunity to participate in various aspects of care. The ability to maintain skills and patient safety in low-volume obstetric facilities may be improved by the following activities:

- Maximize the number of health care providers (nursing and delivering staff) who attend a delivery in order to leverage the available experience for all health care providers.
- Periodically rotate health care providers to larger, higher volume, regional facilities to facilitate clinical experience. Ideally, funding to support this clinical experience would be provided.
- Provide a structured orientation program for all health care providers who are new to the practice setting. This program should include local and regional practices and standards.
- Frequently conduct structured multidisciplinary drills and simulations.
- Participate in a regional integrated delivery system with ready access to consultation and referral when needed, outreach education from regional perinatal centers, and regional analysis and evaluation of regional data (facilitated by regional perinatal centers) (1).
- Ensure that an established agreement with policies and procedures for timely transport is in place, where a woman who needs urgent or emergent delivery (cesarean delivery) can be expeditiously transported to an accepting physician and facility in accordance with a fully established regional perinatal care plan (1).
- Have essential obstetric medications and supplies available (such as magnesium sulfate, antenatal corticosteroids, and tocolytics) in low-risk birthing centers. Ideally, blood banking and ready access to at least limited obstetric ultrasonography also should be available (if level of maternal care is level 1 or higher) (1).

Additional options also could be implemented to reinforce patient safety as well as clinical support for health care providers in low-volume settings. Telemedicine and teleconsultation capabilities may be beneficial to coordinate care. The Obstetric Care Consensus document, Levels of Maternal Care, provides further information regarding regionalization and integration (1). Importantly, support of health care providers in rural settings, low-volume settings, or both, should be a shared responsibility among the community, government, payers, and health care facilities. Each must be committed to retaining obstetric services in the community and to contributing to the programs and activities designed to maintain the skills of the health care team.

Approved by the Executive Board: May 2016

<sup>1</sup>. Levels of maternal care. Obstetric Care Consensus No. 2. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015;125:502-15.



## Punti nascita. Ginecologi della Fesmed contro delibera veneta

**Sia i livelli sia i requisiti della delibera regionale sono difformi rispetto all'accordo Stato Regioni del 16/12/2010. Non è possibile prevedere, contrariamente alla normativa dello Stato, che le mamme di una Regione partoriscono in punti nascita dove è formalizzato un *substandard care***

**Giuseppe Ettore**  
Presidente FESMED

**L**a Regione Veneto ha approvato il 23 dicembre 2016 la Deliberazione n. 2238 in materia di "Identificazione del modello della rete assistenziale per il percorso nascita e in particolare della rete dei punti nascita" (Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016). In tale delibera **la rete dei punti nascita viene stratificata in 4 livelli di intensità di cure** dipendenti dai volumi dei parti declinati con 2, 3, 4, e 5 stelle e indicati i requisiti. In particolare, per il livello a due stelle sotto i 500 parti/anno, sono previsti: l'ostetrica h24, il ginecologo h12, il pediatra per 3 ore al giorno e l'anestesista h24. Nei requisiti operativi – solo per citare alcune criticità – non è previsto "garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza; una sala operatoria sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio parto; un blocco travaglio-parto e degenza puerperale e neonatale nello stesso piano.

**Sia i livelli che i requisiti della delibera regionale sono difformi rispetto all'accordo Stato Regioni del 16/12/2010** – accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane

sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" e al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (G.U. 4 giugno 2015 n. 127).

**Sia i livelli che i requisiti della delibera regionale sono difformi rispetto all'accordo Stato Regioni del 16/12/2010.** Le mamme devono avere una equità dell'assistenza ospedaliera indipendentemente al luogo della nascita. Non è possibile prevedere contrariamente alla normativa dello Stato che le mamme di una Regione partoriscono in punti nascita dove è formalizzato un *substandard care*.

**Il punto 4 "Volume ed esiti" del D.M. 70** declina chiaramente che si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010. La rete dei punti nascita deve rientrare nel modello HUB Spoke con due livelli di intensità di cure che garantiscano entrambi gli standard di sicurezza. **I punti nascita sotto i 500 parti anno possono esistere solo se in condizioni orograficamente disagiate**, come da D.M. 11/11/15, e le Regioni



per il loro esercizio devono chiedere la deroga al Comitato Nazionale Percorso Nascita del Ministero della Salute. Ci si

chiede come la Regione Veneto possa chiedere le deroghe non avendo in sicurezza i punti nascita.

**Siamo dalla parte delle mamme che da Nord a Sud devono poter partorire in modo sicuro** non mettendo a repentaglio la propria vita e quella del proprio bambino. Il parto è un evento che anche a basso rischio può in pochi minuti trasformarsi ad alto rischio.

Come può un punto nascita veneto a basso volume sotto i 500 parti anno e quindi a bassa expertise da parte dei professionisti attivarsi per un Taglio cesareo in emergenza da espletarsi in pochi minuti se i medici non sono nemmeno presenti nella struttura? E se la mamma necessita di un qualunque intervento chirurgico in emergenza oltre al taglio cesareo?

**Chiediamo al Ministro della Salute di garantire la sicurezza e la qualità dell'evento nascita** per le mamme e per i professionisti bloccando sul nascere questi tentativi di sicurezza *substandard* da parte della Regione Veneto. **Y**

# Progetto A.GI.TE. per la preservazione della salute riproduttiva

**Q**uesto Progetto nasce con lo scopo di richiamare l'interesse dell'opinione pubblica sulla necessità di dedicare attenzione alla preservazione del patrimonio riproduttivo, specie in un Paese afflitto da tempo dal fenomeno della denatalità (488.000 nati nel 2015, il numero più basso dall'Unità d'Italia!) e con il più basso tasso di incremento della popolazione (-5.4 per mille). Sebbene la percentuale di coppie infertili o subfertili abbia subito nell'ultimo ventennio un aumento, che è in realtà più relativo che assoluto considerando che, a differenza di un tempo, tali coppie giungono all'attenzione dello specialista, tuttavia non si può negare che fattori prima sconosciuti o assenti hanno condizionato e stanno condizionando il nostro patrimonio riproduttivo.

È sempre opportuno ricordare che con il termine di "Infertilità" si intende l'incapacità di concepire un figlio dopo un anno di rapporti regolari, non protetti; si definisce "secondaria" quando un precedente concepimento è stato documentato (anche tramite un semplice dosaggio del betaHCG, per mezzo di ecografia o di esame istologico). Dunque va distinto dal termine "Sterilità" spesso usato a sproposito e che indica in modo irreversibile l'impossibilità di concepire un figlio. **Fattori materni e anche paterni**, spesso legati all'età ma non solo, hanno assunto una rilevanza prima sconosciuta o sottovalutata. Tutti sanno che oggi l'età materna alla prima gravidanza è decisamente salita per ragioni soprattutto di carattere sociale ed economico che nessuno vuole sottovalutare o, peggio ancora, sottacere ma questo è sicuramente un elemento fondamentale di cui tener conto.

**La fecondità nella specie umana** è massima tra i 20 e i 30 anni; a 35 anni è la dimezzata, a 38 anni è un quarto e a 40 anni un decimo di quella di una donna di 30 anni. Il patrimonio ovocitario che una femmina riceve al momento della nascita va incontro ad un progressivo depauperamento, per cui a 37 anni, per esempio, sono presenti ancora 25.000 ovociti rispetto al patrimonio iniziale di oltre un milione. Non solo, circa 7 anni prima di entrare in menopausa gli ovociti presenti, nella maggior parte

dei casi, non sono più in grado di generare una gravidanza. Ne consegue che se una donna è destinata ad una menopausa precoce, cioè prima dei 45 anni, sarà già sterile a 37/38 e subfertile a 32/33. Ma anche l'età paterna gioca un ruolo non così secondario come si pensava fino a poco tempo fa: essa manifesta più tardivamente i suoi effetti negativi, ma già dopo i 35 anni il numero di mesi necessari in media a concepire, pur con una partner di giovane età, è doppio rispetto a quello di un uomo di 25 anni e dopo i 50 si osserva un aumento degli esiti negativi della gravidanza.

**Dunque l'età resta il fattore principale** su cui richiamare l'attenzione delle giovani coppie. Ma anche altri fattori svolgono ruoli di tutto rilievo: tra questi soprattutto malattie a trasmissione sessuale (MTS), ambiente e stili di vita. Ecco perché l'opera paziente e non semplice di informazione e sensibilizzazione va rivolta innanzitutto ai giovani cui bisogna spiegare che il loro patrimonio riproduttivo non è infinito e non è invulnerabile, non è rigenerabile e può soltanto ridursi

## Parola chiave: "Coinvolgimento"

**Con questo progetto AGITE si propone di richiamare l'interesse dell'opinione pubblica sulla necessità di dedicare attenzione alla preservazione del patrimonio riproduttivo.**

**Vorrei ricordare alcuni dati. Nei Paesi occidentali la prevalenza dell'Infertilità – da non considerarsi come una malattia a se stante ma come l'epifenomeno di diverse entità morbose – è stimata intorno al 15%.**

**Nella popolazione mondiale sono 72.4 milioni le donne attualmente infertili, e di queste 40.5 milioni stanno attualmente richiedendo assistenza medica. Il costo di diagnosi e cura dell'infertilità varia, nei paesi occidentali, dallo 0,41% allo 0,79% del costo totale della sanità. Il punto è che molte delle cause di infertilità si possono prevenire o curare prima che diventino irreversibili. È stato calcolato che per ogni euro investito in prevenzione se ne risparmierebbero 47.**

**Siamo convinti che l'opera paziente (e non semplice) di informazione e sensibilizzazione vada innanzitutto rivolta ai giovani, cui è necessario spiegare che il loro patrimonio riproduttivo non è infinito e non è invulnerabile, non è rigenerabile e può soltanto ridursi a seguito dell'età ma anche a causa di molteplici fattori: malattie sessualmente trasmissibili, stili di vita e abitudini voluttuarie che possono essere evitati o quanto meno contenuti.**

**Il nostro ruolo di ginecologi del Territorio però non può e non deve limitarsi a fornire informazioni e a predisporre, se necessario, un iter diagnostico ma deve soprattutto incentrarsi sugli aspetti legati alla prevenzione: premessa indispensabile per la conservazione del potenziale riproduttivo.**

**La preservazione della salute riproduttiva è un obiettivo possibile, ma non può prescindere da quell'opera, costante e capillare, di informazione e sensibilizzazione che il personale medico, i ginecologi, e sanitario non medico, ostetriche e assistenti sanitarie, che operano nei Consultori familiari e comunque in ambito extra ospedaliero possono svolgere nei confronti delle generazioni più giovani.**

**Per dare piena efficacia al nostro Progetto e centrare quindi l'obiettivo, dovremo però perseguire, parallelamente alle azioni in esso contemplate rivolte ai giovani, una costante e capillare opera di sensibilizzazione anche tra i ginecologi (tutti) e tra questi e il personale sanitario non medico che opera nel contesto ambulatoriale in senso lato. Ovvero, tra le 'sentinelle sul territorio'. La parola d'ordine (o chiave) è semplice: "coinvolgimento".**

**Sandro Viglino**  
Presidente AGITE



a seguito dell'età ma, per quanto li riguarda, anche a causa di fattori (MTS, stili di vita abitudini voluttuarie, ecc.) che possono essere evitati o contenuti.

Si calcola che la prevalenza dell'Infertilità nei Paesi occidentali sia intorno al 15% e non va considerata come una malattia a se stante ma come l'epifenomeno di diverse entità morbose. Nella popolazione mondiale 72.4 milioni di donne sono attualmente infertili e di queste 40.5 milioni stanno attualmente richiedendo assistenza medica.

**Il costo di diagnosi e cura** dell'infertilità varia nei paesi occidentali dallo 0,41% allo 0,79% del costo totale della sanità. Curando tutti gli infertili spenderemmo 0,58 - 1,1 euro/mese pro capite. Molte delle cause di infertilità si possono prevenire o curare prima che diventino irreversibili. È stato calcolato che per ogni euro investito in prevenzione se ne risparmierebbero 47. E il risparmio (oltre che, ovviamente, il risultato clinico) è direttamente proporzionale al tempo che una coppia impiega a rendersi consapevole della propria condizione e ad essere inviata ad un Centro specialistico di PMA (II livello)

### Obiettivi del Progetto A.GI.TE.

Lo scopo di questo Progetto è quello di informare le coppie, soprattutto quelle giovani, e i giovani nel loro complesso sull'importanza di preservare il proprio patrimonio riproduttivo, proteggendolo da quei fattori endogeni ed esogeni che possono comprometterlo. Per raggiungere tale obiettivo occorre

## Prevenzione, Diagnosi e Terapia dell'Infertilità Compiti della Ginecologia Territoriale

- Educazione alla preservazione del potenziale riproduttivo
- Counselling alla coppia che desidera concepire
- Diagnosi precoce e terapia delle possibili cause di infertilità
- Iter diagnostico e terapeutico di I livello alla coppia che ha difficoltà a concepire
- Informazioni sull'approccio diagnostico e terapeutico di II livello e invio ai centri specializzati
- Controlli e assistenza alle coppie che stanno effettuando cicli di riproduzione assistita

che gli specialisti ginecologi che operano sul Territorio sia nell'ambito del Ssn (consultori, ambulatori, Centri Giovani) sia al di fuori di esso (consultori privati, liberi professionisti) siano sensibilizzati e formati al fine di poter svolgere nel modo migliore quell'opera di informazione e di educazione alla salute riproduttiva in modo da rendere consapevoli e responsabili tutti coloro che hanno o avranno intenzione di concepire un figlio.

**L'impegno di A.GI.TE.** è appunto quello di svolgere quest'opera di sensibilizzazione nei confronti dei Ginecologi che rispondono ai requisiti di cui sopra attraverso seminari, corsi, convegni, incontri cui invitare esperti del settore affinché vengano forniti gli strumenti conoscitivi, obiettivi e aggiornati, utili ad affrontare il/la singolo/a e le coppie attraverso un primo colloquio (counselling) cui eventualmente far seguire un primo inquadramento diagnostico (I livello diagnostico).

### Modalità di realizzazione

La realizzazione del Progetto prevede alcuni passaggi o fasi strettamente collegati tra loro che contribuiscono a dare continuità e consequenzialità ai diversi momenti che caratterizzano il Progetto stesso.

Le situazioni reali o presunte di infertilità trovano nelle strutture e negli specialisti del Territorio i primi importanti interlocutori cui la donna o la coppia possono rivolgersi al fine di ottenere informazioni, rassicurazioni ed eventualmente una presa in carico. Ma il ruolo del ginecologo territoriale non può e non deve limitarsi a fornire informazioni e a predisporre un iter diagnostico (se necessario) ma soprattutto deve incentrarsi sugli aspetti preventivi, indispensabili per la conservazione del potenziale riproduttivo. Ovviamente tale obiettivo può essere realizzato solo attraverso quell'opera di informazione e di sensibilizzazione che il personale medico (ginecologi) e sanitario non medico (ostetriche, assistenti sanitarie) che operano nei Consultori familiari e comunque in ambito extraospedaliero possono svolgere nei confronti delle generazioni più giovani.

Tutto questo è possibile se si persegue con determinazione l'obiettivo di una costante informazione tra i ginecologi (tutti!) e tra questi e il personale sanitario non medico che opera nel contesto ambulatoriale in senso lato. Il compito dunque della Ginecologia territoriale è quello di agire soprattutto sugli aspetti preventivi finalizzati a tutelare e proteggere la salute riproduttiva per lo meno da tutti quei fattori esogeni ed endogeni che possa-

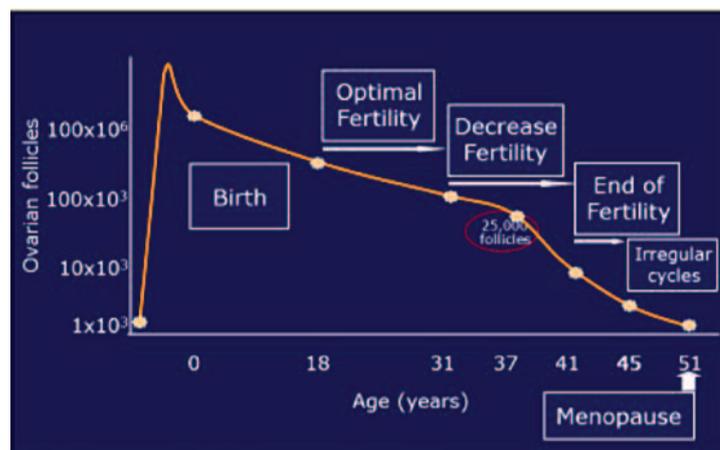
no comprometterla. Questo compito passa anche attraverso il recupero o il rafforzamento del rapporto con la scuola (specialmente quella secondaria di II grado) programmando interventi preferibilmente mirati con gli studenti, con la cura di porre l'accento sugli aspetti riproduttivi e sulla loro preservazione. Il momento successivo sarà quello di avviare la coppia che si rivolge all'ambulatorio ginecologico verso un primo iter diagnostico che consenta di verificare se ci si trova davanti ad una situazione reale o presunta di infertilità o subfertilità in modo da suggerire precocemente quali provvedimenti (stili di vita, abitudini voluttuarie, alimentazione, ecc.) ed eventualmente quali trattamenti terapeutici adottare.

### Il Progetto A.GI.TE.

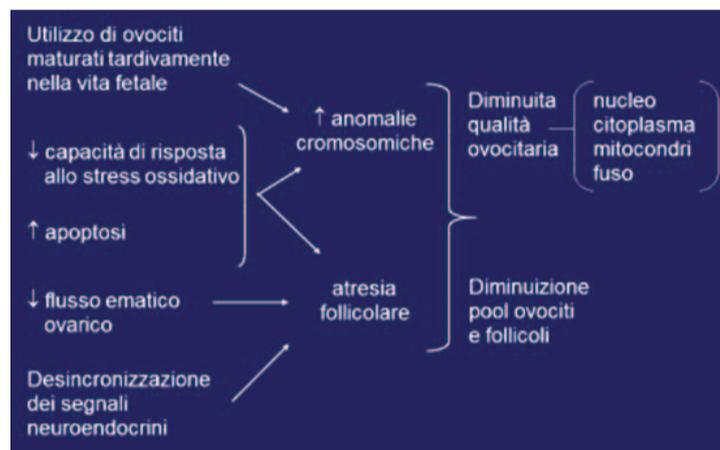
Il Progetto si articola nei seguenti punti:

- Comunicare "Salute riproduttiva"
- Corsi e seminari di formazione rivolti ai Ginecologi territoriali e liberi professionisti per migliorare la capacità di comunicare con i giovani e le coppie in tema di preservazione della salute riproduttiva e di patologia della riproduzione
- Informazione/educazione nelle scuole secondarie di II grado
- Presenza nelle scuole secondarie di II grado attraverso l'organizzazione di incontri periodici con gli studenti a scopo conoscitivo e formativo.
- Ricorrere all'impiego di opuscoli informativi redatti in modo semplice, divertente e stimolante
- Realizzare un'opera contestuale di "sensibilizzazione" degli insegnanti e dei presidi, superando le resistenze che ancora persistono
- Attività mirata negli Spazi Giovani consultoriali
- Rappresentano il luogo ideale

### Relazione tra patrimonio follicolare e fertilità



### Invecchiamento ovarico



e un'occasione straordinaria per entrare nel mondo dei giovani ai quali proporre nel contempo anche una figura di riferimento educativo e scientifico

### • Ruolo del nostro sito web e dei social networks

- Il nuovo sito di AGITE conterrà uno spazio dedicato alla salute riproduttiva e rivolto principalmente ai giovani dove potranno essere riportate conoscenze e approfondimenti specifici sul tema. Sarà visibile anche attraverso Facebook e connesso in modo diretto con Fertilità4us un sito

nato per i giovani e fatto dai giovani.

### Conclusioni

Con il presente Progetto, l'Associazione dei Ginecologi Territoriali (A.GI.TE.) s'impegna a diffondere nel modo più capillare possibile, attraverso la propria rete costituita dalle delegazioni regionali, le informazioni e le conoscenze più idonee affinché le coppie e i giovani in senso lato vengano avviati verso quel percorso di consapevolizzazione e di conoscenza che resta alla base della protezione della propria salute riproduttiva. **Y**

### Ricerca Censis sulla sessualità dei millennial

# Sesso sicuro. Quanto ne fanno i giovani?

Il 92,9% di chi ha avuto rapporti sessuali completi dichiara di stare sempre attento per evitare gravidanze, ma una quota minore (il 74,5%) si protegge sempre per evitare infezioni.

Per il 64,6% il preservativo è uno strumento sufficiente a prevenire la trasmissione dell'Hpv, ma solo il 17,9% sa che non è possibile eliminare i rischi di contagio. È quanto emerge da una ricerca realizzata dal Censis

# Come ridurre il tasso di tagli cesarei: una questione culturale e organizzativa



**Nell'arco di un triennio, grazie al miglioramento dell'organizzazione clinica della sala parto, la nostra unità operativa è stata in grado di ridurre del 44,5% il tasso complessivo di Tc. La nostra 'piccola' esperienza ha dimostrato che – con un'attenzione costante ai fattori culturali e organizzativi – un/una responsabile di sala parto può riuscire a modificare comportamenti clinici incongrui, riducendo il tasso di tagli cesarei senza aumentare la morbilità neonatale**

**Claudio Crescini**  
**Denise Rinaldo**  
**Anna Zilioli**

Dipartimento Ostetrico-ASST Bergamo  
Ovest ospedale Treviglio (BG)

**L'**aumento del tasso di tagli cesarei è un problema di rilevanza internazionale. Nel 2014 il tasso complessivo di Tc nella nostra Unità operativa era alto (32,6%), in linea con il tasso nazionale del 36%, per cui abbiamo deciso di migliorare la qualità dell'assistenza clinica implementando una serie di cambiamenti strutturati di tipo organizzativo e culturale.

#### Materiali e metodi

Lo studio "Before and After" ha paragonato il tasso di Tc eseguiti nel 2014 e nel 2016 nella nostra Unità Ostetrica.

Nel 2015 abbiamo migliorato l'organizzazione clinica della Sala Parto introducendo:

- Monitoraggio mensile degli outcomes ostetrici
- Identificazione/reclutamento di un responsabile di sala par-

to e di una coordinatrice ostetrica

- Miglioramento del *teamwork* (lavoro di equipe)
- *Briefing* ostetrico ogni mattina con discussione e valutazione di ogni taglio cesareo effettuato
- Miglioramento della capacità di interpretare i tracciati cardiocografici
- *Training* ostetrico periodico sulle *skills* tecniche e non tecniche con manichini e simulatori complessi
- Revisione dei protocolli clinici
- Introduzione di un ambulatorio specifico dedicato alla valutazione e ammissione al travaglio della paziente pre cesarizzata
- Introduzione di un ambulatorio per il rivolgimento di feto podalico con manovre esterne
- Introduzione di un nuovo partogramma con curve cervicometriche che consentano tempi di dilatazione più lunghi
- Implementazione di una nuova gestione della distocia del travaglio conforme alla cosiddetta "gestione omnicomprensiva" del travaglio

- Classificazione del livello di rischio della donna in travaglio con gestione da parte delle ostetriche del basso rischio.

#### Risultati

Il tasso di Tc era 32,6% (412/1.266 pazienti; 95% CI: 30.0 – 35.2 del) nel gruppo "prima" e 18,1% (172/948 pazienti; 95% CI: 15.7 – 20.8 del) (Fisher's exact test:  $p < 0.0001$ ) nel gruppo "dopo".

Il tasso complessivo di Tc è stato ridotto del 44,5%.

La riduzione è stata statisticamente significativa nelle classi di Robson 1-5 e 10.

L'incidenza di neonati con pH cordonale  $< 7$  e punteggio di APGAR  $< 7$  a 5' non è variata nei due gruppi di studio considerati.

#### Discussione

Nel nostro studio abbiamo dimostrato un cambiamento significativo nel pattern di tagli cesarei che potrebbe essere attribuito all'implementazione degli items presentati sopra.

Il nostro studio mostra una riduzione del tasso di Tc nelle classi

**Classificazione di Robson**

1,5 e 10. Questo è stato possibile grazie ad una riduzione delle indicazioni più soggettive al taglio cesareo come il battito cardiaco fetale non rassicurante o l'arresto della progressione della dilatazione cervicale, soprattutto in donne appartenenti alla classe 1 di Robson (nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale  $\geq 37$  settimane, travaglio spontaneo) e all'introduzione di un ambulatorio dedicato alle pazienti precesarizzate con un'attenta selezione delle donne da ammettere al travaglio di prova.

Con un'attenzione costante ai fattori culturali ed organizzativi un responsabile di sala parto può riuscire a modificare comportamenti clinici incongrui riducendo il tasso di tagli cesarei senza aumentare la morbilità neonatale. **Y**

**Per saperne di più**

- Ragusa A, Gizzo S, Noventa M, Ferrazzi E, Deiana S, Svelato A. Prevention of primary caesarean delivery: comprehensive management of dystocia in nulliparous patients at term. Arch Gynecol Obstet 2016 Oct;294(4):753-61
- Blomberg M. Avoiding the first caesarean section-results of structured organizational and cultural changes. Acta Obstet Gynecol Scand 2016 May;95(5):580-6

**Sandra Morano**  
Principale Investigatrice Optibirth Italia

**U**n gruppo di operatori, in gran parte ostetriche e poi ginecologi, epide-

**Tabella**

| CLASSI DI ROBSON |   | Tasso di TC in ciascun gruppo (%) 2014 | Tasso di TC in ciascun gruppo (%) 2016 | P        |
|------------------|---|--|--|----------|
| 1                | Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, travaglio spontaneo                              | 13                                     | 5,26                                   | 0.0017   |
| 2A               | Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, travaglio indotto                                | 40                                     | 31,6                                   | NS       |
| 2B               | Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, cesareo elettivo                                 | 100                                    | 66,6                                   | NS       |
| 3                | Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio spontaneo | 1,93                                   | 1,52                                   | NS       |
| 4A               | Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio indotto   | 14,7                                   | 11,1                                   | NS       |
| 4B               | Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, no pregresso taglio cesareo, cesareo elettivo    | 100                                    | 60                                     | NS       |
| 5                | Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, pregresso taglio cesareo   | 98,9                                   | 69,2                                   | P<0.0001 |
| 6                | Nullipara, gravidanza singola, presentazione podalica   | 100                                    | 100                                    | NS       |
| 7                | Multipara, gravidanza singola, presentazione podalica, include pregresso taglio cesareo   | 100                                    | 63,6                                   | 0.0311   |
| 8                | Gravidanza multipla (include pregresso taglio cesareo)  | 91,6                                   | 80                                     | NS       |
| 9                | Gravidanza singola, presentazione trasversa, obliqua...(include pregresso taglio cesareo)   | 0                                      | 100                                    | NS       |
| 10               | Gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale <37 settimane, include pregresso taglio cesareo                                  | 59,4                                   | 26,3                                   | 0.0176   |

**Tabella di confronto**

| CLASSI DI ROBSON |   | Tasso di TC in ciascun gruppo (%) 2014 | Tasso di TC in ciascun gruppo (%) 2016 |
|------------------|---|--|--|
| 1                | Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, travaglio spontaneo                              | 13                                     | 5,26                                   |
| 2A               | Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, travaglio indotto                                | 40                                     | 31,6                                   |
| 2B               | Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, cesareo elettivo                                 | 100                                    | 66,6                                   |
| 3                | Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio spontaneo | 1,93                                   | 1,52                                   |
| 4A               | Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio indotto   | 14,7                                   | 11,1                                   |
| 4B               | Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale $\geq 37$ settimane, no pregresso taglio cesareo, cesareo elettivo    | 100                                    | 60                                     |
| 5                | Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, pregresso taglio cesareo   | 98,9                                   | 69,2                                   |
| 6                | Nullipara, gravidanza singola, presentazione podalica   | 100                                    | 100                                    |
| 7                | Multipara, gravidanza singola, presentazione podalica, include pregresso taglio cesareo   | 100                                    | 63,6                                   |
| 8                | Gravidanza multipla (include pregresso taglio cesareo)  | 91,6                                   | 80                                     |
| 9                | Gravidanza singola, presentazione trasversa, obliqua...(include pregresso taglio cesareo)   | 0                                      | 100                                    |
| 10               | Gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale <37 settimane, include pregresso taglio cesareo                                  | 59,4                                   | 26,3                                   |

**Presentati a Roma i risultati di Optibirth**

**Uno studio europeo per la riduzione dei cesarei**

■ Contrastare l'irresistibile aumento di Tagli Cesarei, anche attraverso l'aumento di parti naturali dopo il cesareo (VBAC). Questo l'obiettivo di uno studio europeo denominato "Optibirth", finalmente conclusosi a quattro anni dall'inizio nel 2012. Il presupposto di partenza era realizzare un modello basato sulla centralità del paziente, in questo caso la donna, che avesse da una parte la forza di produrre dei cambiamenti e dall'altra l'attrattività per ottenere il finanziamento necessario

miologi, statistici di diversi paesi europei hanno pensato ed organizzato lo studio Optibirth, che, in cifre, ha ottenuto un finanziamento complessivo di 2,999 mln euro e ha richiesto quattro anni di lavoro, ha coinvolto 8 paesi, 10 sedi universitarie e 15 Maternità in Italia, Irlanda e Germania, paesi del sud Europa con un più basso numero di VBAC, dove sono state reclutate complessivamente circa 2002 donne.

In Italia hanno partecipato le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di cinque sedi universitarie (Genova, Torino, Bologna, Napoli e Bari), contando sul sostegno di Opinion leader, nazionali e locali, ostetriche e ginecologi, e avvalendosi negli anni di circa 18 professioniste, tra cui una ginecologa e ostetriche con contratto co.co.co. **Ecco il modello dello studio**

**I tappa - Sono stati condotti Focus Groups con donne, i loro partner, ginecologi e ostetriche**  $\frac{3}{4}$  in ogni nazione con alta percentuale di VBAC: 45-55% (Finlandia, Svezia, Olanda) con 2 gruppi di 6-8 donne e gruppi di personale sanitario ▶

per un totale di 12 gruppi  $\frac{3}{4}$  in ogni nazione con bassa percentuale di VBAC: 29-36% (Irlanda, Germania Italia) con 2 gruppi di 6-8 donne e gruppi di personale sanitario per un totale di 12 gruppi. In questo modo abbiamo preliminarmente conosciuto il loro parere sugli ostacoli al parto vaginale, in particolare dopo TC, e i problemi e i suggerimenti delle gravide e degli operatori.

**II tappa - Interventi antepartum focalizzati sulla donna per aumentare i tassi di VBAC e sostenere le donne.** Interventi focalizzati sul personale sanitario per aumentare i tassi di VBAC, sostenere le donne e le paure dei clinici. Lo strumento è un programma innovativo di informazione e sostegno alle donne con un precedente taglio cesareo attraverso uno studio randomizzato, da svolgersi in almeno due incontri durante la gravidanza, in cui l'ostetrica e il ginecologo portavano il peso delle evidenze scientifiche e della propria esperienza clinica per far sì che la donna potesse scegliere in libertà e con le corrette informazioni l'opzione più adeguata ai propri bisogni. L'intervento è stato somministrato nelle sedi caso, mentre in quelle controllo le donne hanno ricevuto il trattamento standard. In Italia i centri caso sono stati: Genova, Bologna e Napoli.

**III tappa - Sviluppo di sito internet e applicazioni per smartphone con dati di letteratura fruibili per donne, ostetriche e ginecologi (www.optibirth.eu).** I risultati dello studio, in corso di pubblicazione, sono stati presentati al Parlamento Europeo alla fine del 2016, e successivamente nei paesi partecipanti, per arrivare il 26 gennaio in Italia con un convegno promosso al Senato. L'esperienza Optibirth ha costituito la filigrana con cui guardare ad un fenomeno che alla fine non è così solo italiano. I fattori sono molteplici, e vanno dall'abbandono dell'arte ostetrica, che riguarda le sedi della formazione, alla decorporeizzazione della donna, che dovrebbe riguardare tutta la società, colpevolmente assente dal punto di vista educativo e preventivo, e alla qualità dell'assistenza, oggi derubricata alla sola presenza degli standards di efficienza e sicurezza. Infine, ma non per importanza, il tratto comune a tutte le società soprattutto nel sud dell'Europa è il pervicace attaccamento a quella concezione del ginecologo "medico per le donne" che, nata nel secolo scorso negli USA, rappresenta ancora oggi il più forte propulsore dell'epidemia dei cesarei. Una donna, anche ben informata, per partorire si affida al suo ginecologo,

ma il professionista di cui la donna ha fiducia è quello che le dice che non ce la farà a partorire (o non la rinforza sulla sua innata capacità). E a questo punto ben poche riescono a sfuggire a una sorta di "sindrome di Stoccolma", continuando, come succede in Italia, a scegliere lo specialista privato nell'88.5% dei casi. La donna diventa "proprietà" del suo curante, soprattutto dove la medicina è privata: succede a Napoli (dove abbiamo avuto difficoltà a reclutare le donne) come nelle

**Il mantra dei piccoli ospedali è diventato un leit motiv, senza studi clinici, senza un disegno alternativo, come per i tagli indiscriminati dei posti letto in tutto il paese. Ma come efficace contrasto ai Tc il riferimento a ospedali e numero di parti non riesce**

cliniche private in Bulgaria, e in tutti i paesi dell'Est, ma anche in Irlanda, e perfino in Germania, dove comunque lo specialista ha un ruolo preminente. In regime privato o semi privato, lo specialista guida il suo pacchetto di "anime morte" verso una clinica o verso un ospedale, a seconda della compiacenza o meno dei direttori, determinando su base eminentemente commerciale la permanenza o meno nel *cut off* dei numero di parti (cesarei) per anno.

**L'Italia all'inizio dello studio** vantava con il suo 38% il primato europeo dei TC, e della "resistibile ascesa" del TC in Italia si parla da tempo. Non è la quantità di riferimenti al TC ad essere inadeguata, visto che da almeno dieci anni sono state intraprese iniziative parlamentari, di solito esiti di confronto tra esperti, di solito concentrate sulla proporzione inversa tra numero alto di TC e numero basso di parti (<500 per anno), da cui la convinzione che per diminuire i TC bisognava chiudere i piccoli ospedali. **Così il mantra dei piccoli ospedali è diventato un leit motiv**, senza studi clinici, senza un disegno alternativo, come per i tagli indiscriminati dei posti letto in tutto il paese. Ma come efficace contrasto ai TC il riferimento a ospedali e numero di parti non riesce. Il parto non è assimilabile a malattia, non ha puntate epidemiche né stagionali, e soprattutto non è in agenda il suo spostamento in luoghi alternativi, o sul territorio.

Il parto rimane, comunque, con crisi o spending review, solo a parole un life event, ma di fatto un costruito subculturale di "rischio e sicurezza" che richiede un ospedale con un numero an-

nno di parti adeguato, la presenza di molteplici professioni e un setting almeno di II o III livello. Questa riduzione agli antipodi della normalità e della fisiologia della nascita ha molteplici fattori ed attori. Ma pochi controllori. E distratti decisori. Per cui l'"epidemia" di TC non è affrontata – e compresa – nei suoi aspetti clinici, epidemiologici, ecologici e culturali. Come più volte denunciato, vorremmo parlarne dalla radice, e non guardando agli esiti. In una società matura non si può affrontare questo fenomeno attribuendolo colpevolmente alle presunte paure delle donne. Attraverso questo studio abbiamo conosciuto, nell'arretrato Sud, donne tanto coraggiose (e ostetriche tanto competenti) che, in assenza di una reale offerta ospedaliera, hanno scelto di partorire, anche a casa, dopo uno, due o tre TC. Come si fa "normalmente" in UK, o nel nord Europa.

**Finalità e risultati dello studio.** Con il progetto Optibirth per la prima volta è stato possibile un intervento "dal basso", vicino ai problemi delle donne e dei clinici, con la rara opportunità di discutere faccia a faccia, dai direttori alle ostetriche ai ginecologi, nei luoghi della cura. Dove le donne arrivano con domande e fiducia, e voglia di scegliere, e gli operatori sono costretti tutti i giorni a fare i conti con vecchie vocazioni, nuove restrizioni, guadagni meno consistenti e la irresistibile voglia di facilità.

**Con la proposta di incontri di informazione, formazione e sostegno** siamo entrati nella realtà della assistenza quotidiana, ed affrontato la diffidenza, lo scetticismo, la ridicolizzazione, la distanza. Abbiamo visto con i nostri oc-



chi dovunque un copione che ben conosceamo. Ma altro è parlare ai tavoli o in conferenze, altro è chiedere incontri in piccoli gruppi, proporre un progetto accuratamente predisposto, con tempi ed obiettivi, ascoltare e riproporre gli aspetti scientifici, culturali ed empatici previsti dall'intervento. Altro è guardare dati sconfortanti e inviare raccomandazioni, altro è insistere, resistere all'unica chiave di lettura della responsabilità professionale, programmare l'ennesimo viaggio per un altro incontro idealmente meno deserto del precedente, in termini di presenze di ginecologi e delle relative pazienti. Il mondo della "moderna" assistenza alla nascita sembra un pianeta a parte, e così i suoi abitanti. In effetti la narrazione istituzionale e mediatica è oramai focalizzata più alle difficoltà della riproduzione che ai primati del parto chirurgico, e l'epidemia dei cesarei sembra non interessare nessuno. Per questo era importante aderire ad un progetto che ci facesse sentire parte di una comunità culturale e scientifica, quella europea; partecipare ad un programma costruito insieme e quindi condiviso, tenendo conto delle varie realtà locali, con un finanziamento adeguato e trasparente, una tabella di marcia prestabilita. Questa esperienza è stata significativa anche per dimostrare che cosa può funzionare, non solo in termini numerici, per promuovere la normalità del parto (abbiamo riscontro degli esiti di

eventuali progetti per contrastare il TC in Italia utilizzando i finanziamenti erogati negli anni alle Regioni?). Il coinvolgimento delle ostetriche, principali mediatrici del rapporto empatico, era la grande scommessa del progetto, nato da studi pensati soprattutto nell'ambito della Midwifery. **Laddove in Italia le ostetriche hanno interpretato il loro ruolo e la antica saggezza, si può dire che lo studio ha funzionato.** Ancor più delle evidenze scientifiche, la compassionevole cura, la loro presenza continua e rassicurante, ha fatto la differenza.

**E infine la risposta delle donne:** se messe in grado di godere di un sostegno culturale ed affettivo, pur nel costante assedio di curanti, parenti ed amici, sono riuscite ad arrivare in sala parto forti della loro competenza. Al di là del grande sforzo innovativo e delle notevoli resistenze che dovunque ha incontrato, lo studio Optibirth ha segnato una svolta nella promozione della normalità della nascita. Soprattutto in Italia. Mettendo in campo "solo" la forza disarmata di un intento educativo e della vera possibilità di scegliere, promuovendo dal basso il protagonismo della donna e la compartecipazione dei clinici, ha per la prima volta proposto un modello di triangolazione che inchioda tutti e tre gli attori attualmente presenti nei luoghi del parto al rispetto dei confini, tra dignità e affidamento, tra onestà e responsabilità. **Y**

**In Italia hanno partecipato allo studio le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di cinque sedi universitarie (Genova, Torino, Bologna, Napoli e Bari), contando sul sostegno di opinion leader, nazionali e locali, ostetriche e ginecologi e avvalendosi negli anni di circa 18 professioniste, tra ginecologhe e ostetriche**

■ Sperando di fare cosa gradita, SIOS.E ha deciso di dedicare il suo spazio su *GynecoAgoi* all'approfondimento di alcuni aspetti specifici della diagnosi e del trattamento dell'infertilità con cui i ginecologi ospedalieri possono doversi confrontare nell'ambito della loro attività clinica quotidiana. In ogni numero verrà sviluppato un argomento diverso, per offrire un'informazione completa e aggiornata

**Il concetto di riserva ovarica (R.O.)** è relativamente giovane e ha preso piede grazie allo svilupparsi delle tecniche di riproduzione assistita al fine di definire un *aging* funzionale – quantitativo.

La probabilità di successo delle tecniche di fecondazione medicalmente assistita dipende principalmente dall'età della paziente e dalla sua riserva ovarica che contribuiscono a condizionare il *pregnancy rate* (PR), in quanto determinano qualità e quantità degli ovociti disponibili. Si è stimato, in modelli di ovo-donazione, che con 40 ovociti si raggiungerebbe il 97.3 di PR. Il ruolo della riserva ovarica sul concepimento naturale è invece maggiormente dibattuto.

**Il patrimonio follicolare della donna** è predefinito e va incontro ad una fisiologica e inarrestabile riduzione nel corso degli anni.

Esiste però un'ampia variabilità individuale nell'*aging* ovarico, non solo determinata dall'età, ma anche da patologie ginecologiche (PID, endometriosi, chirurgia ovarica soprattutto bilaterale e reiterata), abitudini voluttuarie (alcol e fumo), nonché da eventuali terapie, fattori genetici (s. di Turner) o familiari (POI o POF della madre).

**Negli anni si sono utilizzati vari markers** per la valutazione della riserva ovarica: sia biochimici (FSH, estradiolo, inibina B, AMH) che ecografici (volume ovarico, conta follicolare antrale). Tuttavia, alcuni di essi, hanno perso molto del loro valore clinico con l'avvento del dosaggio dell'Ormone anti Mulleriano (AMH) che assieme alla conta dei follicoli antrali (AFC) rappresenta oggi il gold standard per la valutazione del patrimonio ovocitario residuo.

Tali *markers*, oltre che valutare la riserva ovarica, sono indispensabili, in medicina della riproduzione, sia per una corretta indicazione e timing alla PMA, sia per predire il tipo di risposta all'induzione follicolare multipla (poor, normal, high), consentendo quindi di definire la prognosi riproduttiva.

**L'ormone anti-mulleriano (AMH)** è una glicoproteina dimerica pro-

## La riserva Ovarica

La coppia che desidera un figlio deve essere informata sul fattore età e sul concetto di riserva ovarica: ciò è molto importante perché consente di minimizzare il tempo che intercorre tra la diagnosi di infertilità e l'accesso alla tecnica di PMA più idonea alla situazione clinica



dotta dalle cellule della granulosa dei follicoli preantrali e antrali, molto stabile con minima variabilità intra e interciclica, nonché tra etnie, che non necessita di un preciso timing per il suo dosaggio. L'AMH, nella donna, infatti risulta appena dosabile alla nascita, raggiunge i livelli più alti ai 25 anni e successivamente si riduce progressivamente con l'aumentare dell'età fino a ritornare indosabile in menopausa, evidenziando un declino longitudinale in tutte le classi di età, anche nelle pazienti giovani, al contrario di FSH ed inibina B dove questo trend risulta essere evidente solo nelle pazienti over 40.

Non va mai dimenticato il dato anamnestico della menopausa della madre in quanto sappiamo che il declino dell'AMH per anno è dell'8.6% se la madre riferisce menopausa precoce <45 anni e del 4.2% se > 55 anni.

**La conta dei follicoli antrali (AFC)** è un'indagine ecografica transvaginale, poco costosa e ripetibile, che rappresenta comunque un ottimo indice per la valutazione della riserva ovarica e di facile esecuzione in cor-

so di un routinario controllo ginecologico annuale. L'indagine va eseguita preferibilmente nei primi giorni del ciclo mestruale, quando è possibile osservare i piccoli follicoli antrali, in ogni ovaio, di diametro compreso tra i 2 e 10 mm. Esiste anche la possibilità di effettuare l'indagine ecografica mediante ecografia 3D: i risultati ottenuti con questa metodica appaiono meno operatore-dipendente ma l'applicazione di questa metodologia più complessa non è stata dimostrata migliorare sensibilmente il valore clinico dell'esame 2D.

L'AFC dovrebbe esser valutata sempre in ogni donna che annualmente si rivolge al ginecologo per un controllo di routine e se ridotta per età e confermata dall'AMH la paziente andrebbe informata al fine di poter eventualmente modificare il proprio programma riproduttivo o procedere alla preservazione elettiva della fertilità (EFP), mediante vitrificazione, dei propri ovociti.

**Il ginecologo potrà avvalersi, per il counselling**, di nomogrammi sia per l'AMH che per l'AFC al

fine di esplicitare alla donna o alla coppia il concetto di riserva ovarica e tutte le implicazioni che ne derivano in termini fertilità o fallimento ed insufficienza ovarica (POF/POI).

Nel *counselling* alla coppia in cerca di gravidanza, è fondamentale ricordare che i *markers* di riserva ovarica non riescono comunque a predire la qualità ovocitaria e che possono riuscire a concepire sia spontaneamente che mediante tecniche di fecondazione medicalmente assistita anche donne con indici di riserva ovarica molto compromessa, anche se la possibilità di gravidanza è ridotta. La coppia in cerca di prole dev'esser informata – non solo dal medico della riproduzione, ma anche dal medico di medicina

generale – sul fattore età e sul concetto di riserva ovarica: ciò è molto importante perché consente di minimizzare il tempo che intercorre tra la diagnosi di infertilità e l'accesso alla tecnica di PMA più idonea alla situazione clinica. Una valutazione della riserva ovarica già nella paziente 25enne, potrebbe individuare precocemente una situazione di compromissione della riserva ovarica, in un momento nel quale almeno la qualità degli ovociti è ancora conservata.

Di fondamentale importanza è il ruolo del Ginecologo di fiducia il quale, nel corso del *routinario* controllo annuale clinico-ecografico, non deve dimenticare di porre attenzione all'AFC (mai refertare il generico "ovaie normali"), al fine di intercettare per tempo le pazienti con ridotta riserva ovarica o fattori di rischio per subfertilità ed indirizzarle precocemente ad un Centro di medicina della riproduzione. Lo specialista provvederà a proporre tempestivamente un idoneo percorso diagnostico terapeutico alla coppia che ricerca un figlio, mentre alla giovane donna non alla ricerca di prole dovrà essere prospettata l'opzione di *crioconservare parte del proprio patrimonio ovocitario* mediante vitrificazione con possibile utilizzo con timing differito, qualora si instaurassero problematiche di infertilità. **Y**

**Esiste una correlazione inversa tra età anagrafica/funzionale e riserva ovarica: con l'avanzare dell'età si assiste ad un progressivo suo declino. La quantificazione della riserva ovarica nel counselling alla coppia infertile è indispensabile per impostare un protocollo terapeutico ad hoc**

► Segue da pagina 6

## Camera. Approvate 9 mozioni bipartisan contro il citomegalovirus

e delle eventuali conseguenze per il feto se il virus è contratto in gravidanza".

"A questo proposito non esiste un reale coordinamento informativo che aiuti alla prevenzione del citomegalovirus; con riferimento a questo dannosissimo virus lo Stato italiano non riconosce lo screening obbligatorio gratuito in gravidanza, comportando de facto uno screening spontaneo e disomogeneo nelle varie realtà regionali con la conduzione ovvia di iter procedurali non corretti".

Tra le iniziative per contrastare l'infezione da citomegalovirus e i rischi di conseguenze per il nascituro alcune mozioni sottolineano in particolare l'importanza di: "facilitare la conoscenza dei rischi dell'infezione da citomegalovirus, in particolare tra medici di base, pediatri e ginecologi, attraverso una corretta e capillare informazione sulla patologia in questione, in modo da non sottovalutare i sintomi che

spesso di presentano in forma molto lieve, ma non per questo meno insidiosa per il feto"; "sensibilizzare i medici ginecologi e le future madri affinché si sottopongano ad uno screening, in fase preconcezionale o al massimo entro le primissime settimane di gravidanza, in modo da accertarsi se è stato contratto in passato il virus"; la realizzazione di "programmi di formazione dei medici e in particolare dei medici di base e dei ginecologi".

Ai fini di un eventuale screening sistematico delle donne gravide (attualmente non universalmente raccomandato), la mozione a prima firma **Pierpaolo Vargiu (Ci)**, impegna il Governo "a valutare l'opportunità di incaricare l'Istituto superiore di sanità, con la possibile collaborazione delle società scientifiche, di effettuare una accurata valutazione dei migliori protocolli scientifici internazionali per verificare se esistano evidenze certe che inducano ad introdurre in Italia un sistema di screening sistematico e di diagnosi precoce della eventuale sieroconversione per il citomegalovirus delle donne in gravidanza, da cui conseguano eventuali diagnosi precoci sul feto ed eventuali interventi profilattici o terapeutici in grado di ridurre significativamente il rischio di danni temporanei o permanenti al prodotto del concepimento".

**Sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it), in allegato all'articolo, il testo delle mozioni a prima firma: Valentina Vezzali (Ala); Marco Rondini (Ln); Rocco Palese (CoR); Paola Binetti (Udc); Maria Amato (Pd); Beatrice Brignone (Possibile); Maria Gullo (Fi); Pierpaolo Vargiu (Ci)**

**Il rischio di trasmissione del CMV per via verticale materno-fetale, secondo dati dell'Iss, è assai elevato (30-40%). La frequenza di infezione neonatale è oggi molto alta (1:100), superiore di 4 volte a quella della toxoplasmosi e di 50 volte a quella della rosolia**



► Segue da pagina 7

## Tumore al seno. Dal Senato 5 mozioni per migliorare l'assistenza

a valutare l'opportunità di istituire un meccanismo premiante, anche di tipo fiscale, per i cittadini che si sottopongono a screening.

**La sen. Dirindin (Pd) ha illustrato la mozione n. 713** che impegna il Governo a promuovere la realizzazione di un'efficiente e capillare rete di centri di

senologia per garantire i migliori trattamenti diagnostici e terapeutici in tutte le Regioni; a monitorare nelle diverse Regioni l'andamento dei programmi di screening; a prevedere interventi per l'estensione in tutte le Regioni dei programmi di screening a favore delle donne dai 45 ai 49 anni sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

**La sen. Gambaro (Ala) ha illustrato la mozione n. 719** che impegna il

Governo a potenziare i programmi di screening in tutte le Regioni; ad attivare le breast unit (raccomandazioni europee cui devono attenersi i centri di senologia); a potenziare il monitoraggio dei dati regionali; a istituire finanziamenti ad hoc per la valutazione di progetti da parte di revisori di chiara fama internazionale; a garantire l'attivazione dei centri di senologia in tutte le Regioni entro il 2017; a favorire la creazione di laboratori transnazionali.

Alla discussione hanno partecipato le sen. **Fucksia (Misto)**, **Anitori (AP)** e **Padua (PD)** le quali hanno ricordato che ogni anno 46.000 donne si ammalano di tumore al seno che costituisce la prima causa di mortalità per tumore nella popolazione femminile; i fattori di rischio della patologia, che aumentano con l'età, sono riproduttivi, ormonali, dietetici e metabolici.

Il Sottosegretario di Stato per la salute **Faraone** ha espresso parere favorevole su tutte le mozioni, a condizione che diversi

impegni siano riformulati con l'introduzione della formula "a valutare l'opportunità di".

Hanno svolto dichiarazione di voto i sen. **D'Ambrosio Lettieri (CoR)**, **Silvana Comaroli (LN)**, **Mazzoni (ALA)**, **Alessia Petra-**

**glia (SI-Sel)**, **Aiello (AP)**, **Gaetti (M5S)**, **Maria Rizzotti (FI-PdL)**, **Emilia Grazia De Biasi (PD)**.

**Sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it), in allegato all'articolo, il testo integrale delle mozioni**

## D'Ambrosio Lettieri (CoR): "Numero di Breast unit ancora troppo basso, e molte le differenze regionali"

"Il numero di Breast unit attualmente operative su tutto il territorio italiano è inferiore rispetto al numero di Centri attivabili secondo i requisiti previsti dalle direttive europee - ha dichiarato Luigi d'Ambrosio Lettieri (CoR/Direzione Italia) e componente della Commissione Sanità del Senato - non tutte le Regioni le hanno attivate e vi sono disparità, soprattutto tra Nord e Sud. È un fatto inaccettabile che deve essere affrontato urgentemente con interventi adeguati. Mi auguro che la mozione presentata a mia prima firma, approvata insieme a quelle degli altri colleghi di maggioranza e minoranza, possa rappresentare un passo concreto in avanti verso una scelta di civiltà". Come si evince dai dati diffusi dalla Lega Italiana della Lotta contro i Tumori (Lilit), ha ricordato d'Ambrosio Lettieri, il tumore alla mammella è aumentato del 30% tra le giovani donne fino a 50 anni di età, rappresenta il big killer delle donne, e l'aumento dell'incidenza del tumore al seno, nell'ultimo quinquennio è stata pari al 15% e, secondo una stima, nel 2016 i casi di cancro alla mammella saranno oltre 50mila; di questi oltre 5mila si potranno registrare nelle regioni meridionali, quali Puglia e Basilicata. "Gli strumenti che

hanno consentito di ridurre l'incidenza della mortalità per cancro alla mammella (le possibilità di guarire riguardano l'80-85% dei casi), oltre alla pratica di uno stile di vita sempre più salutare e attento - ha aggiunto - sono l'introduzione di una diagnostica strumentale sempre più sofisticata e di nuovi farmaci in grado di colpire le cellule malate senza intaccare quelle sane".

"Gli investimenti economici che dovrebbero essere messi in conto per ampliare la fascia di età delle persone coinvolte nello screening gratuito garantito dal Ssn sarebbero assolutamente inferiori alle risorse che la malattia neoplastica richiederebbe in termini di assistenza e cura dei pazienti. Fermo restando che nessun conto economico vale più di una vita umana".



## Dirindin (Pd): "Nuovi strumenti di prevenzione per combattere il tumore alla mammella"

"Promuovere la realizzazione di un'efficiente e capillare rete di centri di senologia, integrati con i programmi di screening organizzati, in grado di garantire i migliori trattamenti diagnostici e terapeutici nelle diverse fasi della malattia in tutte le regioni del Paese come raccomanda Eusoma (European Society of Breast Cancer Specialists) - ha sottolineato Nerina Dirindin, componente della commissione Sanità del Senato - è una priorità per tutelare la salute delle donne ed è una delle richieste che vogliamo sottoporre al governo con questa mozione unitaria. Centri di senologia che dovranno dotarsi di un sistema di monitoraggio e di produzione di indicatori di qualità simile a quello esistente per i programmi di screening organizzati".

"I dati - ha aggiunto Dirindin - ci dicono che il rischio di essere colpite da questo tipo di carcinoma aumenta con l'età per questo è necessario monitorare con continuità nelle diverse regioni l'andamento dei programmi di screening mammografico, demandando al comitato per la verifica dei Lea l'effettuazione di specifiche rilevazioni concernenti le diverse modalità organizzative e i differenti costi sostenuti

per evidenziare le migliori pratiche e promuovere la loro estensione in tutte le realtà regionali, superando così le inaccettabili differenze che ancora sussistono tra regione e regione. Sarà inoltre importante prevedere specifici interventi per l'estensione in tutte le regioni italiane dei programmi di screening a favore delle donne dai 45 ai 49 anni (fascia di età più sensibile), sulla base delle evidenze scientifiche disponibili".

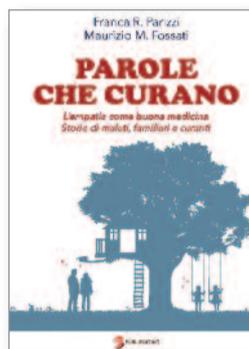
"Sono proposte che renderanno ancora più efficace la lotta contro il tumore alla mammella e che siamo certe saranno accolte dal governo che, come noi, ha a cuore la salute delle donne" ha concluso Dirindin.





## Parole che curano

**Il libro della pediatra Franca R. Parizzi e del giornalista scientifico Maurizio M. Fossati propone un viaggio nella "medicina narrativa". In questo lavoro, il dolore, la guarigione, il ruolo del medico, il rapporto medico-paziente e alcune malattie gravi e socialmente rilevanti, vengono analizzati attraverso le storie e le parole dei protagonisti. Pazienti, luminari della medicina e operatori della salute raccontano in prima persona le esperienze che hanno vissuto sulla loro pelle. La prefazione, a cura di Umberto Veronesi, è probabilmente l'ultima fatica letteraria del grande oncologo milanese che ha voluto riassumere, presentando il volume, il suo pensiero sulla pratica della medicina e, in particolare, sulla fondamentale importanza dell'ascolto e dell'empatia nel rapporto medico-paziente**



**PAROLE CHE CURANO**  
*L'empatia come buona medicina*  
*Storie di malati, familiari e curanti*

DI FRANCA REGINA PARIZZI  
E MAURIZIO MARIA FOSSATI

Publediting (www.publediting.it)

Pagine 240

Euro 14,00

Le narrazioni e le riflessioni raccolte in questo libro vogliono tracciare un percorso di esplorazione dell'animo umano nel momento in cui la persona "incontra" la malattia. Un sentiero di conoscenza e sensibilizzazione. Abbiamo raccolto diverse narrazioni, molte storie vere scritte da persone malate, dai loro familiari e da operatori nell'ambito della Sanità. Altre sono citazioni letterarie e cinematografiche. Forme diverse di racconto, testimonianze di vita vissuta con la malattia o a contatto di persone malate. Un film, un libro, una storia sono in grado di suscitare emozioni, riflessioni, ricordi. Si riallacciano all'esperienza personale e possono risvegliare le nostre paure. Proprio per questa capacità evocativa ed emozionale riteniamo che queste narrazioni possano essere di aiuto soprattutto a chi, costretto a confrontarsi con la malattia altrui, tende a prenderne le distanze. La malattia descritta nei trattati di Medicina ha ben poco in comune con la malattia vissuta. Ecco perché i professionisti sanitari dovrebbero sforzarsi di recuperare il senso della cura e dell'assistenza alla persona nella sua globalità. La scienza e la tecnologia dovrebbero sempre essere adattate al singolo e integrate con l'approccio "narrativo". È necessario, cioè, essere in grado di evocare, condurre, ascoltare la storia che il malato ha da raccontare per

poter accedere a quell'ambito complesso che è la sua esperienza di malattia e i significati del suo mondo. Solo così si possono far emergere le cause più profonde della sua sofferenza e, nel contempo, le sue risorse per affrontarla, superarla e per costruire una vera relazione di alleanza terapeutica. La cura è un percorso che la persona malata, i suoi familiari e i curanti devono compiere insieme: il traguardo è la qualità di vita, un obiettivo ben più ampio e complesso del miglioramento o della guarigione clinica. La cura deve essere un processo individualizzato perché ogni storia e

ogni persona è unica e irripetibile. E, ancora la cura, dovrebbe permettere di affrontare e gestire al meglio le fasi fondamentali dell'esistenza, facendo sviluppare la forza d'animo necessaria per vivere sempre da protagonisti. Il ruolo e l'immagine del medico e dell'infermiere sono profondamente mutati nel tempo in relazione al progresso scientifico e tecnologico, alla tendenza della Medicina moderna alla super-specializzazione e ai cambiamenti del sistema e dei servizi sanitari. Tutto questo ha contribuito a deteriorare la relazione tra coloro che erogano le cure e coloro che vi si affidano.

Nonostante in tempi recenti si sia sempre più affermato il diritto delle persone alla partecipazione informata e consapevole alle cure, sono tuttavia cresciuti un atteggiamento critico e una certa sfiducia nei confronti del mondo sanitario. Ebbene, la fiducia può essere ritrovata anche con l'ascolto. Dalla narrazione dei protagonisti possono emergere elementi chiave sia per capirne il vissuto, sia per la diagnosi e la cura. Una maggiore sensibilità e attenzione spesso la ritroviamo in quei professionisti che hanno vissuto personalmente l'esperienza di una malattia grave. Questo li ha portati a capire meglio

come il loro compito prioritario sia "curare" e non "guarire". E spesso li ha portati a confrontarsi con i limiti, e a volte con l'impotenza, della Medicina. Le loro testimonianze di "guaritori feriti" sono molto preziose, perché offrono una duplice prospettiva: dalla parte del curante e da quella del paziente. Solo così si può superare quella linea di demarcazione che separa il benessere dal malessere, la normalità dalla malattia, e si può ristabilire la migliore alleanza terapeutica, ritrovando anche il senso umano del ruolo, talvolta intercambiabile, di chi cura e di chi è curato.

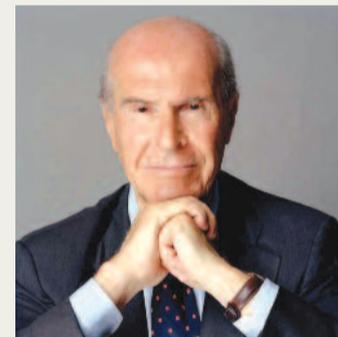
### Nella prefazione di Veronesi il suo pensiero sulla pratica della medicina

**La medicina narrativa ha il grande merito di voler capire l'uomo malato, l'individuo che è stato investito in pieno da una specie di "rottura biografica" e che per guarire ha bisogno di rimettere insieme i suoi pezzi**

“ Se il medico vuole conoscere il suo paziente (e quindi curarlo meglio) deve lasciarlo parlare di sé. È impegnativo, ma non è una perdita di tempo, come qualcuno potrebbe pensare. Nel lavoro di medico, che dopo gli anni di studio ci mette di fronte a uomini e donne

che si fideranno di noi, non possiamo portare solo la preparazione scientifica e la competenza professionale. Possiamo dire molte parole, ma solo con l'intelligenza del cuore si può creare il dialogo. Un dialogo che fa bene sia al malato che alle cure, perché solo ascoltando il paziente il medico può capire fino

in fondo se la terapia funziona o se ha bisogno di essere ricalibrata sulla situazione di 'quel' malato. Ma c'è ancora di più. Narrare la malattia significa voler uscire da un universo chiuso, e condividerla con gli altri. Ho sempre creduto nell'importanza dell'ascolto, e credo che la "medicina



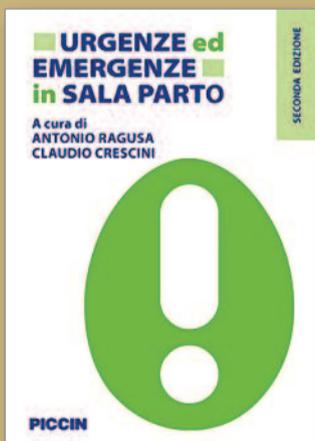
narrativa", che si può integrare perfettamente con la medicina tecnologica e basata sull'evidenza, abbia un valore inestimabile..."

*Umberto Veronesi*

## Urgenze ed emergenze in sala parto

II Edizione

**SECONDA EDIZIONE SECONDA**



**URGENZE ED EMERGENZE IN SALA PARTO II EDIZIONE**

A CURA DI ANTONIO RAGUSA E CLAUDIO CRESCINI

Piccin Editore (II EDIZIONE ottobre 2016)  
www.piccin.it

Pagine 432

Euro 38

**LEADERSHIP IN SALA PARTO**

22-24 Marzo 2017  
Bergamo

Sala Lombardia  
ATS di Bergamo  
Via F. Galliccioli, 4

**ACCREDITAMENTO ECM**

La partecipazione alle 3 giornate di corso dà diritto a n°28,3 crediti ECM per le Professioni: Medico Chirurgo specialista in Ginecologia e Ostetricia e Ostetrica/o.

Per l'ottenimento dei crediti formativi è necessario rispettare gli orari come da programma. La presenza effettiva dei partecipanti verrà rilevata con elenchi da firmare a cura dei discenti. Sarà richiesta la riconsegna del materiale ECM comprendente la scheda anagrafica, il questionario di verifica, la scheda di valutazione dell'evento formativo e il questionario di customer satisfaction. L'attestato ECM potrà essere scaricato successivamente al corso tramite apposito link che invierà il Provider ad ogni discente avente diritto.

Provider ECM: EMS Group - Euro Medical Service S.r.l. ID: 3765

**SEDE DEL CORSO**

Sala Lombardia  
ATS di Bergamo (Agenzia di tutela della salute di Bergamo)  
Via F. Galliccioli, 4 24121 Bergamo

**COME RAGGIUNGERCI**

In treno: Stazione di Bergamo  
In auto: Autostrada A4 Usicita Bergamo  
In aereo: Orio Al Serio International Airport

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

IRSE SRL  
Via Martino Zanchi, 103  
24022 Altano Lombardo (BG)  
Tel. 035/655333 Cell. 348/3168002  
e-mail: infoirse@gmail.com

**gruppogeo**  
www.gruppogeoemergenzecostitriche.it

**AGOGI**  
Associazione Nazionale Ginecologi e Ostetrici Italiani

**ie n**  
Istituto Europeo di Neonatologia



► Segue da pagina 23

## Sesso sicuro. Quanto ne sanno i giovani?

Il 43,5% dei giovani italiani tra i 12 e i 24 anni ha già avuto rapporti sessuali completi. La quota sale al 79,2% tra i 22-24enni. L'età media al primo rapporto sessuale è di 16,4 anni, 17,1 anni è l'età media al primo rapporto completo. Il 92,9% di chi ha avuto rapporti sessuali completi dichiara di stare sempre attento per evitare gravidanze, ma una quota minore (il 74,5%) si protegge sempre per evitare infezioni e malattie a trasmissione sessuale.

**La distinzione tra contraccezione e prevenzione non è però sempre chiara tra i giovani.** Il 70,7% usa il profilattico come strumento di prevenzione, ma il 17,6% dichiara di ricorrere alla pillola anticoncezionale, collocandola erroneamente tra gli strumenti di prevenzione piuttosto che tra i mezzi di contraccezione.

**È quanto emerge da una ricerca realizzata dal Censis sulla sessualità dei millennials** e dei giovanissimi con il supporto non condizionante di Sanofi Pasteur-MSD, distribuita da MSD Italia e presentata l'8 febbraio scorso a Roma. Il 63,6% dei giovani italiani di 12-24 anni ha sentito parlare del **Papillomavirus umano (Hpv)**. Tra le ragazze la quota sale all'83,5%, mentre tra i maschi si riduce drasticamente al 44,9%. Rispetto alle modalità di trasmissione dell'Hpv, la gran parte cita i rapporti sessuali completi (81,8%), ma una quota inferiore sa che l'Hpv si può trasmettere anche attraverso rapporti sessuali non completi (58%).

Per il 64,6% il preservativo è uno strumento sufficiente a prevenire la trasmissione del virus, ma solo il 17,9% è consapevole del fatto che non è possibile eliminare i rischi di contagio se si è sessualmente attivi. L'80,0% degli informati dell'esistenza dell'Hpv sa che si tratta di un virus responsabile di diversi tumori, soprattutto di quello al collo dell'utero; il 62,4% sa che si tratta di un virus che causa diverse patologie dell'apparato genitale, sia benigne che maligne ma che molto spesso rimane completamente asintomatico; il 37,1% sa invece che l'Hpv è responsabile di tumori che riguardano anche l'uomo, come quelli anogenitali. Infine, il 33,0% pensa che questo virus colpisca solo le donne e il 26,4% sa che si tratta di un virus responsabile dei condilomi genitali.

**Si alla vaccinazione contro l'Hpv, anche per i maschi.** Il 70,8% dei giovani di 12-24 anni che hanno sentito parlare di Hpv sa che esiste un vaccino contro il Papillo-

mavirus, in particolare le ragazze (il 79,8% a fronte del 55% dei maschi). Sono i più giovani a esserne più frequentemente a conoscenza (l'84,4% tra i 12-14enni e l'85,1% tra i 15-17enni), probabilmente grazie alle campagne di vaccinazione del Ssn.

La maggior parte dei giovani ritiene che la vaccinazione protegga da malattie molto pericolose (72,3%). Il 73% pensa che vaccinare anche i maschi sia una strategia utile per ridurre il rischio di contagio (la pensa così il 75% dei ragazzi e il 70,9% delle ragazze). Solo una piccola quota indica di non fidarsi del vaccino per gli effetti collaterali che può determinare (15,8%), perché credono erroneamente che la protezione duri poco (12,1%), perché non elimina la necessità di fare il pap test (12,1%).

“Le infezioni sessualmente trasmesse costituiscono un insieme di malattie molto diffuse che interessano milioni di individui, ogni anno, in tutto il mondo – ha detto **Ranieri Guerra**, Direttore generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute –. Il nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019 e il Decreto ministeriale sui nuovi Lea prevedono la vaccinazione Hpv nelle ragazze undicenni e l'introduzione della vaccinazione anti-Hpv nei maschi undicenni, segnando un notevole progresso rispetto allo scenario precedente”. “L'insufficiente conoscenza di queste infezioni e di come prevenirle è tra i principali problemi – ha sottolineato **Andrea Lenzi**, Professore ordinario di Endocrinologia dell'Università La Sapienza di Roma –. La maggior parte delle informazioni che i giovani hanno derivano infatti dagli amici, seguiti dai media e dai social network, lasciando spazio a molta spazzatura sul web. Parlando di Papillomavirus e di maschi, per esempio, spesso i ragazzi non sospettano minimamente di poter essere portatori di una infezione che può anche causare un tumore”.

“Il nostro **Telefono Verde Aids e Infezioni sessualmente trasmesse** riceve oltre 1.000 chiamate al mese, di queste solo il 10% proviene da parte di giovani (15-24 anni), che risultano avere poche informazioni corrette sulla prevenzione di queste patologie e pensano che siano un problema legato a determinate fasce di popolazione e non causate da comportamenti a rischio” ha quindi sottolineato **Walter Ricciardi**, Presidente dell'Iss. **Y**

► Segue da pagina 9

## Il Ssn in deflazione. E il fenomeno colpisce soprattutto gli ospedali privati

derare che il segno “-” del Pil italiano è diventato (lievemente) positivo solamente nel 2015, con un +0,4%, e quindi il rapporto spesa/Pil – nota il Rapporto – oltre che essere costante nel tempo nel caso italiano, viene ad essere calcolato su una base stabilmente decrescente nel triennio 2012-2014. A questo si aggiunga che la spesa sanitaria e la spesa ospedaliera pubblica (a prezzi costanti) diminuiscono nel nostro Paese, tra il 2010 e il 2014, rispettivamente del -3,7% e del -4,1%.

Esiste poi una deflazione derivante dall'inefficienza della “macchina” ospedaliera pubblica, in quanto quest'ultima non riesce a “liberare” risorse come potrebbe, qualora fosse in grado di rivedere in maniera significativa le proprie attuali modalità organizzative e gestionali. Il che permetterebbe di investire le risorse così recuperate sul miglioramento delle strutture, delle attrezzature e dei servizi per gli utenti.

**Ma non basta.** Secondo Aiop l'ospedalità privata è anche penalizzata da un fenomeno di “Sovraricavi”, riferiti a quelle attività cosiddette a “funzione” remunerate a parte agli ospedali pubblici per servizi extra rispetto a quelli remunerati a Drg. Secondo il Rapporto dietro questi “sovraricavi” si celano in realtà forme di riconoscimento talvolta troppo ampie di ricavi “impropri” che, come tali, contribuirebbero inevitabilmente al ripianamento implicito delle perdite.

**In sostanza un modo per ripianare i deficit delle strutture pubbliche.** E non stiamo parlando di briciole: si tratterebbe infatti di una cifra compresa tra 1,4 e 1,7 miliardi di euro per le 84 Aziende

Ospedaliere, a cui aggiungere tra 1,2 e 1,5 miliardi di euro per i 360 Ospedali a gestione diretta. Ci troveremmo dunque davanti ad un valore complessivo compreso tra i 2,6 e i 3,2 miliardi di euro che sfugge a un'analisi reale dei costi del pubblico rispetto al privato.

**A tutto questo si aggiunge poi la difficoltà dell'ospedalità pubblica nel fare effettiva ristrutturazione e riorganizzazione** secondo una logica di maggiore efficienza che alimenta a sua volta una deflazione dovuta al trasferimento di oneri economici e normativi sui soggetti di offerta dei servizi ospedalieri privati accreditati nel loro complesso. E lo dimostra il fatto che la spesa ospedaliera riconosciuta al privato accreditato nel suo complesso si contrae tra il 2010 e il 2014, a prezzi costanti, nella misura del -9,4%, contro una diminuzione pari a meno della metà per le strutture ospedaliere pubbliche (-4,1%).

**Non è vero che il privato si occupa solo di piccole cose.** L'Aiop poi respinge decisamente l'accusa di un basso livello di complessità nelle prestazioni fornite dalle strutture accreditate. In realtà, secondo i dati forniti nel Rapporto, l'incidenza delle prestazioni di alta complessità che fanno capo agli Ospedali privati accreditati è pari, in media nazionale, al 17,5% contro il 13,9% degli ospedali pubblici, e tale differenza in favore dei primi si ripete in tutte le circoscrizioni geografiche e per quasi tutte le Regioni.

Ed esiste ancora una deflazione da razionamento di fatto dei servizi offerti nell'ambito dell'ospedalità pubblica. Secondo Aiop l'origine del fenomeno ha a che fare con l'impatto dei provvedimenti di spending review, che per le strutture

pubbliche hanno evidenziato la difficoltà di rispondere sul piano dell'efficientamento profondo del proprio modo di operare, anche per le ben note rigidità che presenta il sistema pubblico.

**Ma il risultato è stato inevitabilmente quello di una riduzione e di un progressivo peggioramento dei servizi rivolti ai pazienti:**

- nel periodo 2009-2014 si riduce il numero dei posti letto (-9,2%), il numero di ricoveri (-18,3%) e delle giornate di degenza (-14,0%), si registra una progressiva riduzione del personale (-9,0% tra il 2010 e il 2013);
- aumentano in parallelo per gli oneri per gli utenti, visto che nel periodo 2009-2015 i ticket per le prestazioni crescono del 40,6%, quelle per le visite intramoenia a pagamento presso gli Ospedali pubblici del 21,9% e quelli dei ticket per i farmaci del 76,7%; mentre per le addizionali Irpef crescono con costanza (almeno fino al 2015) raggiungendo, salvo un paio di Regioni, incrementi tra il 23,6% e il 124,0%.

**E infine Aiop ricorda anche come i Piani di Rientro abbiano spesso peggiorato la deflazione da razionamento** in quanto, applicando una logica essenzialmente di tipo economico-finanziario (con l'obiettivo esplicito di ridurre i costi), hanno finito col ridurre (ma non col tutelare abbastanza) quantità e qualità dei servizi.

**Il risultato è che il 16,2% delle famiglie italiane ha rimandato una o più prestazioni nel 2016** (fenomeno che ha coinvolto tra 4 e 8 milioni di persone) e che il 10,9% del-

le famiglie ha invece rinunciato, sempre nell'anno 2016 (con 2,7-5,4 milioni di persone interessate): il tutto con una differenziazione – come è ovvio – tra disagi gravi e disagi leggeri.

Se poi si considerano le famiglie che hanno rimandato e/o rinunciato a una o più prestazioni nel 2015 e nel 2014, si vede come tale processo di accumulo interessi rispettivamente il 41,6% delle famiglie per quanto riguarda il 2015 (pari a 1,1-2,2 milioni di persone) e il 40,2% per il 2014 (pari ancora a 1,1-2,2 milioni di persone).

Bisogna dunque prendere atto che il sentiero si sta facendo stretto – sottolinea il Rapporto – in quanto non si può ragionevolmente ritenere di mantenere un modello basato su un processo di tipo deflattivo che negli anni finisce inevitabilmente per ipotecare il principio universalistico e solidale che, almeno formalmente, si ribadisce essere alla base del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

**Serve una manutenzione straordinaria del Ssn.** Diventa perciò necessario procedere ad una “manutenzione straordinaria” e far crescere l'abilità delle strutture di “fare di più e meglio con meno”, riuscendo così a liberare risorse oggi bloccate dalla difficoltà di procedere ad una ristrutturazione e riorganizzazione sostanziale delle strutture pubbliche. E in questo – ricorda l'Aiop – una maggiore trasparenza dei bilanci aiuterebbe a misurare, anno per anno, gli impegni di revisione gestionale effettivamente messi in atto, potendo così meglio confrontare il livello di efficienza delle diverse strutture all'interno del pubblico e tra strutture pubbliche e private accreditate. **Y**

# Flugenil<sup>®</sup>Lact

Soluzione vaginale con tappo bifasico **REW CAP™**

**Ricostituisce il fisiologico ecosistema vaginale  
dopo trattamento antibiotico o antimicotico**

**10 mld di Fermenti lattici vivi**



Prevenzione delle  
infezioni vaginali  
in gravidanza



**Tappo bifasico  
REW CAP™**



**CE**  
Medical device

**L. acidophilus LA 14 - L. rhamnosus LR-32**

**con Acido ialuronico e Acido lattico**

**Dopo terapia antibiotica e antimicotica**

1 applicazione al giorno, preferibilmente la sera  
per i primi 3 giorni.

**Prevenzione delle infezioni urogenitali**

1 applicazione al giorno per i primi 3 giorni e  
successivamente un'applicazione a settimana  
per 3 mesi.

# Onligol<sup>®</sup>

Macrogol 4000

**AD AZIONE LASSATIVA**



**IL PRIMO MACROGOL SENZA ELETTROLITI  
E SENZA AROMA CHE SI SCIoglie  
IN QUALSIASI BEVANDA, ANCHE CALDA**  
*(es. tè, tisane, latte, brodo o succo di frutta)*

■ **REGOLARIZZA L'INTESTINO E FACILITA L'EVACUAZIONE**

■ **NON PROVOCA CRAMPI NÉ DOLORE ADDOMINALE**

■ **LA SUA EFFICACIA NON SI RIDUCE NEL TEMPO**

■ **NON ALTERA IL GUSTO DELLA BEVANDA**

■ **NON CONTIENE ECCIPIENTI O AROMI**

■ **SENZA ZUCCHERO**

**ALFA WASSERMANN**

ALFASIGMAGROUP

