

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 4 Parto sicuro.**
I ginecologi chiedono verifica sicurezza dopo il caso Calabria e la sentenza Tar per la riapertura del punto nascita a Termoli
- 6 L'Italia è in declino demografico.**
Più decessi che nascite tranne che a Bolzano. Gli ultimi dati Istat
- 8 Pma la nuova relazione al Parlamento.**
Quasi 14.000 nascite in più. I ginecologi ricevuti dalla presidente della Commissione Affari Sociali Lorefice

Gyneco Aogoi

NUMERO 4 - 2019 - BIMESTRALE - ANNO XXX

Bilancio demografico Istat 2019

CULLE SEMPRE PIÙ VUOTE

Nel 2018 si registra un nuovo record negativo: sono stati iscritti in anagrafe per nascita solo 439.747 bambini, il minimo storico dall'Unità d'Italia. La diminuzione delle nascite è di oltre 18 mila unità rispetto al 2017 (-4,0%)



Buona lettura!

La sicurezza delle donne e dei bambini è un punto essenziale dell’assistenza alla gravidanza, dal concepimento al parto ed al puerperio. I dati continuano a confermare che dove non sono rispettati i requisiti minimi, peraltro già stabiliti da tempo, il rischio di eventi avversi può diventare una drammatica realtà. I recenti fatti hanno purtroppo dimostrato che lavorare in condizioni sotto gli standard aumenta il rischio, **reale**, di morte materna e neonatale. È arrivata l’ora che la politica se ne renda conto! In Italia abbiamo (dati di maggio 2019) quasi 90 punti nascita che effettuano un volume di parti inferiori a 500 e le Regioni troppe volte lo lasciano in attività senza garantire gli standard di sicurezza. L’autonomia sanitaria dalla riforma del titolo V della Costituzione deve essere sinonimo di garanzia di sicurezza e non può essere uno strumento elettorale. Tutte le donne hanno diritto di partorire in condizioni di sicurezza, tutti i bambini hanno diritto di nascere in Sale parto sicure, tutti gli operatori devono poter lavorare in condizioni che garantiscano la sicurezza e la tranquillità a tutti gli attori presenti in Sala parto! **Dalla relazione del Ministro della Salute** al Parlamento emerge che sono in aumento i nati da gravidanze ottenute mediante tecniche di procreazione medicalmente assistita: circa 500 in più rispetto all’anno precedente. Proprio sulla PMA una delegazione di ginecologi ha incontrato la Presidente della Commissione Affari sociali ed ha portato le nostre proposte. **Due dati ci indicano in modo inequivocabile** che l’Italia sta diventando e diventerà sempre di più un Paese di “vecchi”: continuano a diminuire le nascite ed aumenta la aspettativa di vita. Se il secondo dato ci fa molto piacere e ci rende orgogliosi di vivere in una realtà in cui la aspettativa di vita è 83 anni, il primo dato ci rende molto perplessi. Un luogo dove non si fanno figli è un luogo senza futuro. Certamente è una situazione che necessita di riflessioni concrete e provvedimenti tempestivi. Vi invito a leggere con attenzione questi articoli in quanto i numeri riportati sono molto interessanti per alcuni aspetti e preoccupanti per altri. **Inoltre troverete i dati di AIFA-OSMED** relativi al consumo di farmaci, sostanzialmente stabile (-0.1% rispetto all’anno precedente) ma con un aumento della spesa privata. **Abbiamo riportato per esteso la lettera inviata al ministro Di Maio** per sollecitare i provvedimenti attuativi della legge Gelli, sperando che sortisca qualche risultato. **Infine, come di consueto, lo spazio dedicato alla responsabilità professionale** in cui sono descritte due sentenze della Cassazione.



ELSA VIORA

Presidente AOGOI

Buona lettura ed arrivederci a Napoli!

INDICE

DIECI

Rapporto Aifa-Osmed 2019.
Donne consumano più farmaci degli uomini

QUATTORDICI

Ocse, l’aspettativa di vita nel Mondo. Italiani quarti al Mondo con una media di 83 anni. Record in Giappone con 84,2 anni

DICIOTTO

Menopausa e rischio cardiovascolare. Il rapporto “vita-fianchi” è un indicatore di rischio

VENTUNO

Legge Gelli. Aogoi scrive al ministro Di Maio per sollecitare gli ultimi decreti attuativi

VENTIDUE

La Cassazione chiarisce che in fase di travaglio il feto è una “persona”

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 4 - 2019
Anno XXX

Presidente
Elsa Viora

Comitato Scientifico
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Vito Trojano
Sandro Viglino

Direttore Responsabile
Ester Maragò
email: e.marago@hcom.it

Editore
Edizioni Health Communication

Pubblicità
Edizioni Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa
STRpress
Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento postale 70% - Dcb - Roma
Finito di stampare:
luglio 2019
Tiratura 8.000 copie.

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per

l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

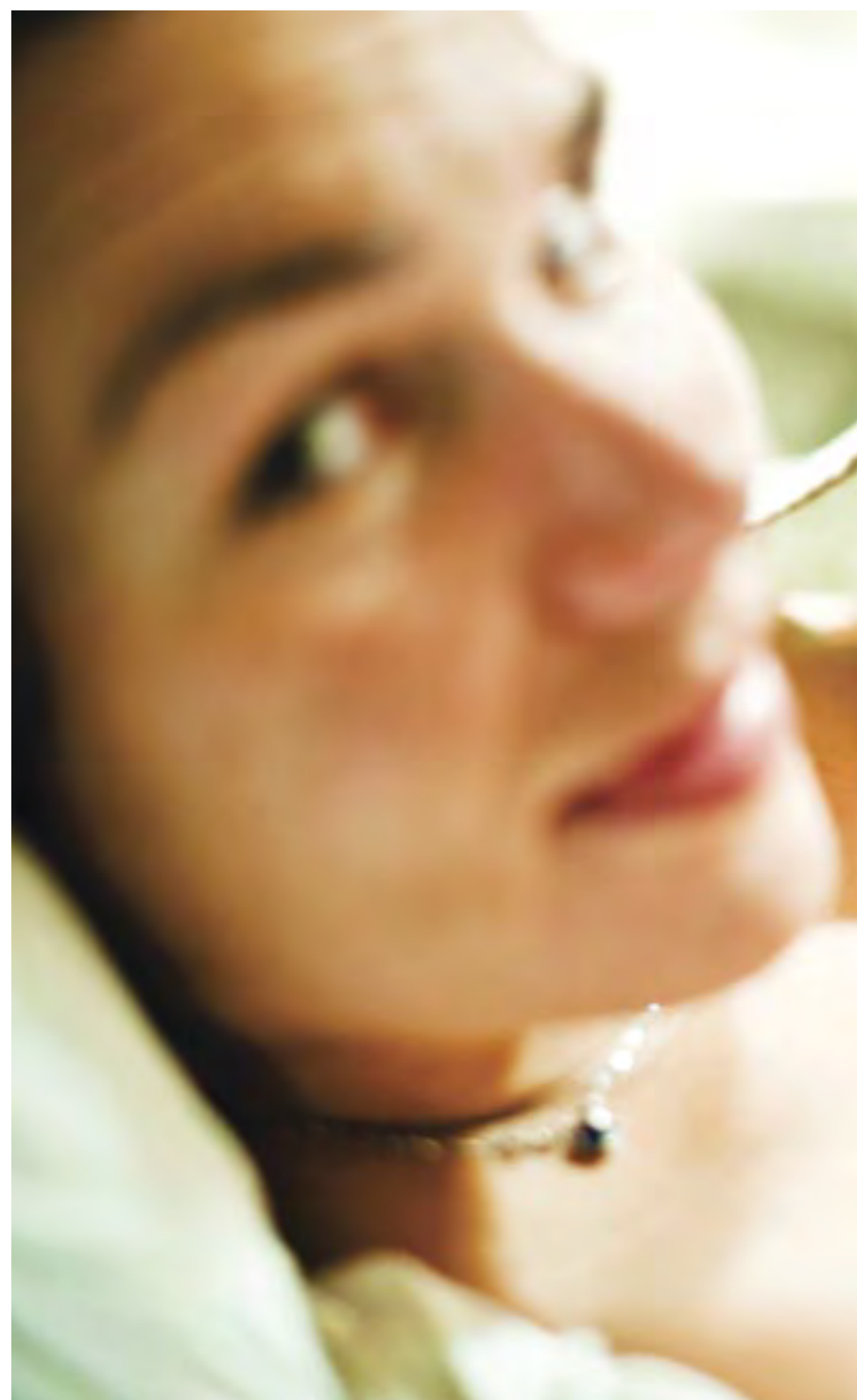
Testata associata
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

PARTO SICURO/1

Calabria. Appello Sigo e Aogoi: “Si verifichi la reale attuazione delle misure normative regionali per la sicurezza del percorso nascita”

Le due società scientifiche dopo i recenti fatti di cronaca culminati con la morte di una giovane donna subito dopo il parto chiedono a gran voce che sia fatta chiarezza sulla reale adozione delle “Linee Guida di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita”, adottate a livello regionale dal 2012

“I RECENTI FATTI DI CRONACA avvenuti nell’ospedale della località calabrese di Cetraro, culminati con la morte di una giovane donna subito dopo il parto, pongono la necessità di una verifica, da parte delle autorità competenti, dell’adeguatezza delle cure e delle prestazioni che il Servizio sanitario regionale è in grado di offrire per garantire la sicurezza del percorso di nascita, a tutela delle donne e dei neonati”. È questo l’appello che SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) e AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) hanno rivolto al Ministro della Salute Giulia Grillo e ai principali esponenti della Sanità calabrese - il Commissario ad Acta Saverio Cotticelli, il Sub Commissario Maria Crocco e il Direttore



“

In primis, a tutela delle donne e dei nati, vanno garantite qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali durante il percorso nascita che culmina con il momento del parto

Generale del Dipartimento Salute Antonio Belcastro -, perché sia fatta chiarezza sulla reale adozione delle “Linee Guida di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita”, adottate a livello regionale dal 2012.

“Nonostante la regione Calabria si sia dotata di un impianto legislativo e normativo sul percorso nascita che riteniamo consono e adeguato - dichiarano SIGO e AOGOI - è indispensabile, alla luce di quanto accaduto, un’approfondita verifica per individuare le responsabilità a carico di quei soggetti che hanno eventualmente omesso di fare tutto quanto nelle loro possibilità per adeguare la struttura agli standard previsti per espresse disposizioni legislative e regolamentari. In particolare il momento del parto, può trasformarsi in una situazione di grave pericolo per la madre e per il feto, che impone l’adozione di una serie di procedure standardizzate atte ad affrontare questo rischio. Ciò, in primis, a tutela delle donne e dei nati, ai quali vanno garantite qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali durante il percorso nascita che culmina con il momento del parto, ma anche a tutela di tutto il personale sanitario che non può e non deve rispondere per altrui omissioni amministrative, politiche e gestionali”.



PARTO SICURO/2



Le società scientifiche di ostetricia, ginecologia, neonatologia e pediatria si oppongono alla sospensiva al decreto di chiusura del punto nascita concessa dal Tar Molise. “Sebbene ogni donna voglia vivere l’esperienza della nascita del parto il più possibile vicino a casa è necessario sottolineare che sono le strutture con un elevato numero di parti a garantire la maggiore esperienza ed organizzazione e dunque le più idonee a prevenire ed eventualmente affrontare le rare situazioni di rischio”

LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DELL’AREA Ostetrica e Ginecologica, Neonatologica e Pediatria esprimono “forti perplessità circa la decisione del Tar Molise, che avendo concesso la sospensiva al decreto di chiusura del punto nascita dell’Ospedale San Timoteo di Termoli, mette a rischio la salute di mamme e neonati”. Da quasi 10 anni l’Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri (AOGOI), la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), la Società Italiana di Neonatologia (SIN) e la Società Italiana di Pediatria (SIP) sono impegnate, a fianco delle Istituzioni, nel sostenere l’attuazione dell’Accordo Stato-Regioni del 2010, che prevede, a tutela della sicurezza di mamma e bambino, la razionalizzazione e la chiusura progressiva dei piccoli punti nascita con meno di 500 parti l’anno. “Sebbene ogni donna voglia vivere l’esperienza del-

Termoli. Aogoi, Sigo, Sin e Sip: “Inadeguata e pericolosa la scelta di tenere aperto un reparto con meno di 500 parti l’anno”

la nascita del parto il più possibile vicino a casa” – sostengono i Professionisti delle Società Scientifiche – “è necessario sottolineare che sono le strutture con un elevato numero di parti a garantire la maggiore esperienza ed organizzazione e dunque le più idonee a prevenire ed eventualmente affrontare le rare situazioni di rischio”.

“Avere la possibilità – si legge in una nota firmata da **Elsa Viora**, Presidente AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri), **Giovanni Scambia**, Presidente SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), **Fabio Mosca**, Presidente SIN (Società Italiana di Neonatologia) e **Alberto Villani**, Presidente SIP (Società Italiana di Pediatria) - di partorire sul proprio territorio, ma mettere a rischio la salute e il benessere del bambino e della madre, a maggior ragione dove non esiste una Terapia Intensiva Neonatale, è dunque una scelta che le Società Scientifiche non condividono. I dati scientifici a disposizione, in un tempo in cui l’età media della partorientente è sempre più alta e si registra un aumento dei parti pretermine, obbligano a scegliere la sicurezza piuttosto che la comodità”.

Le Società Scientifiche raccomandano altresì che “la chiusura di un punto nascita sia accompagnata da una riorganizzazione dei servizi per i controlli in gravidanza sul territorio”.

“I dati dell’ultimo Programma Nazionale Esiti (PNE) – ricordano le società scientifiche - , peraltro, evidenziano come siano ancora troppi i punti nascita sotto la soglia dei 500 parti/anno privi dei requisiti strutturali e organizzativi appropriati. Queste strutture spesso non sono in grado di affrontare situazioni di urgenza e di emergenza e mancano degli standard di qualità per promuovere, sostenere e proteggere la fisiologia della nascita.

Il “problema” dei punti nascita non può né deve sottostare a logiche politiche o a valutazioni economiche, ma deve essere affrontato considerando, prima di ogni altro aspetto, la sicurezza delle donne e dei bambini, un valore a cui giustamente il SSN nazionale e l’opinione pubblica attribuiscono crescente importanza. Partorire in condizioni in cui i requisiti essenziali non siano rispettati, rappresenta, infatti, un rischio inaccettabile per la salute pubblica.

Se in condizioni geografiche particolari, come ad esempio le aree di montagna o le zone disagiate, è ritenuto opportuno tenere aperto un punto nascita con un volume di attività inferiore ai 500 parti, questo deve comunque garantire criteri di sicurezza ed adeguati mezzi di trasporto in caso di necessità, come previsto dal DM 11/11/2015, che attribuisce al Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) di esprimere una valutazione “consultiva” su richieste di deroga avanzate da Regioni e Province Autonome”.

“Il caso di Termoli ripropone all’attenzione delle istituzioni e dell’opinione pubblica una questione di grande attualità che bisogna affrontare con decisione, nell’interesse della salute della diade madre-neonato” concludono le Società Scientifiche. “Ribadendo la contrarietà delle nostre Società alla decisione del TAR chiediamo al Ministro Grillo, particolarmente sensibile al tema della sicurezza, di convocare un tavolo tecnico, per concordare una strategia condivisa e le modalità di prosecuzione dell’attuazione dell’Accordo Stato-Regioni. Allo stesso tempo ci appelliamo al senso di responsabilità di sindaci e politici che operano nelle istituzioni locali, nel comune interesse di tutelare la salute delle mamme e dei bambini”.



ISTAT, BILANCIO DEMOGRAFICO NAZIONALE 2019



L'Italia è in declino demografico. Più decessi che nascite tranne che a Bolzano

Continua il calo delle nascite in atto dal 2008. Già a partire dal 2015 il numero di nascite è sceso sotto il mezzo milione e nel 2018 si registra un nuovo record negativo: sono stati iscritti in anagrafe per nascita solo 439.747 bambini, il minimo storico dall'Unità d'Italia. La diminuzione delle nascite è di oltre 18 mila unità rispetto al 2017 (-4,0%)

DAL 2015 LA POPOLAZIONE RESIDENTE è in diminuzione, configurando per la prima volta negli ultimi 90 anni una fase di declino demografico. Al 31 dicembre 2018 la popolazione ammonta a 60.359.546 residenti, oltre 124 mila in meno rispetto all'anno precedente (-0,2%) e oltre 400 mila in meno rispetto a quattro anni prima.

Lo rileva Istat nel suo ultimo rapporto pubblicato il 3 luglio scorso. Il calo è interamente attribuibile alla popolazione italiana, che scende al 31 dicembre 2018 a 55 milioni 104 mila unità, 235 mila in meno rispetto all'anno precedente (-0,4%). Rispetto alla stessa data del 2014 la perdita di cittadini italiani (residenti in Italia) è pari alla scomparsa di una città grande come Palermo (-677 mila). Si consideri, inoltre, che negli ultimi quattro anni i nuovi cittadini per acquisizione della cittadinanza sono stati oltre 638 mila. Senza questo apporto, il calo degli italiani sarebbe stato intorno a 1 milione e 300 mila unità.

Nel quadriennio, il contemporaneo aumento di oltre 241 mila unità di cittadini stranieri ha permesso di contenere la perdita complessiva di residenti. Al 31 dicembre 2018 sono 5.255.503 i cittadini stranieri iscritti in anagrafe; rispetto al 2017 sono aumentati di 111 mila (+2,2%) arrivando a costituire l'8,7% del totale della popolazione residente.

“La popolazione italiana ha da tempo perso la sua capacità di crescita per effetto della dinamica naturale, quella dovuta alla “sostituzione” di chi muore con chi nasce

Nel 2018 la distribuzione della popolazione residente per ripartizione geografica resta stabile rispetto agli anni precedenti. Le aree più popolate del Paese sono, come è noto, il Nord-ovest (vi risiede il 26,7% della popolazione complessiva) e il Sud (23,1%), seguite dal Nord-est (19,3%), dal Centro (19,9%) e infine dalle Isole (11,0%).

La popolazione italiana ha da tempo perso la sua capacità di crescita per effetto della dinamica na-

turale, quella dovuta alla “sostituzione” di chi muore con chi nasce. Nel corso del 2018 la differenza tra nati e morti (saldo naturale) è negativa e pari a -193 mila unità.

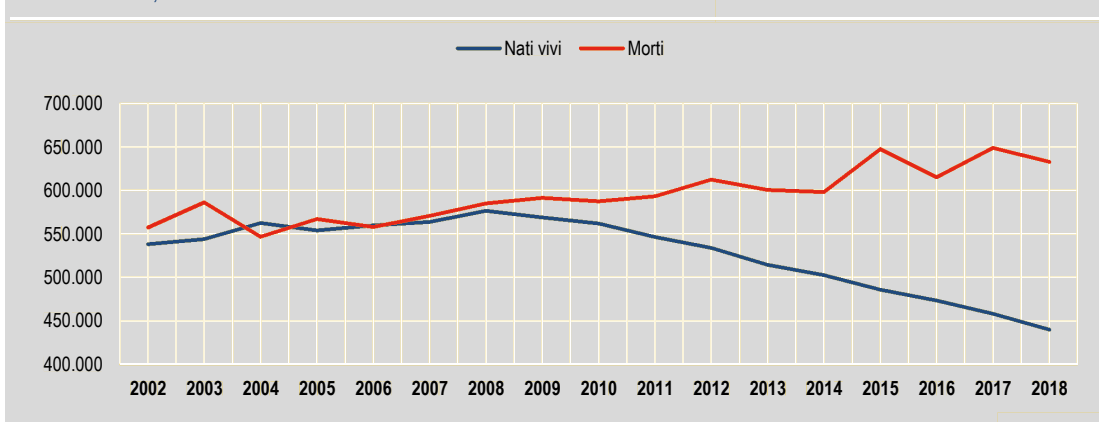
Più decessi che nascite tranne che a Bolzano

La popolazione italiana ha da tempo perso la sua capacità di crescita per effetto della dinamica naturale, quella dovuta alla “sostituzione” di chi muore con chi nasce. Nel corso del 2018 la differenza tra nati e morti (saldo naturale) è negativa e pari a -193 mila unità.

Il saldo naturale della popolazione complessiva è negativo ovunque, tranne che nella provincia autonoma di Bolzano. A livello nazionale il tasso di crescita naturale si attesta a -3,2 per mille e varia dal +1,7 per mille di Bolzano al -8,5 per mille della Liguria. Anche Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Pie-

FIGURA 1. MOVIMENTO NATURALE DELLA POPOLAZIONE. NATI E MORTI

Anni 2002-2018, valori assoluti



monte e Molise presentano decrementi naturali particolarmente accentuati, superiori al 5 per mille. Il deficit di nascite rispetto ai decessi si riscontra esclusivamente nella popolazione di cittadinanza italiana (-251 mila).

Per la popolazione straniera il saldo naturale è ampiamente positivo (+57.554) conseguenza della più alta natalità, rispetto agli italiani, e della bassissima mortalità in ragione del giovane profilo per età di questa popolazione. Il tasso di crescita naturale degli stranieri è pari in media nazionale a 11,1 per mille. Il valore più elevato si registra in Emilia-Romagna (13,8 per mille), quello più basso in Sardegna (5,9 per mille).

Record negativo per le nascite: il livello più basso dall'Unità d'Italia

Continua il calo delle nascite in atto dal 2008. Già a partire dal 2015 il numero di nascite è sceso sotto il mezzo milione e nel 2018 si registra un nuovo record negativo: sono stati iscritti in anagrafe per nascita solo 439.747 bambini, il minimo storico dall'Unità d'Italia. La diminuzione delle nascite è di oltre 18 mila unità rispetto al 2017 (-4,0%).

Il calo si registra in tutte le ripartizioni ma è più accentuato al Centro (-5,1% rispetto all'anno precedente). La diminuzione delle nascite nel nostro Paese si deve principalmente a fattori strutturali. Infatti, si registra una progressiva riduzione delle potenziali madri dovuta, da un lato, all'uscita dall'età riproduttiva delle generazioni molto numerose nate all'epoca del baby-boom, dall'altro, all'ingresso di contingenti meno numerosi a causa della prolungata diminuzione delle nascite osservata a partire dalla metà degli anni Settanta.

L'incremento delle nascite registrato fino al 2008 è dovuto principalmente alle donne straniere. Negli ultimi anni ha iniziato progressivamente a ridursi anche il numero di stranieri nati in Italia, pari a 65.444 nel 2018 (il 14,9% del totale dei nati). Tra le cause del calo, la diminuzione dei flussi femminili in entrata nel nostro Paese, il progressivo invec-

LA POPOLAZIONE RESIDENTE IN ITALIA È DIMINUITA DI 124.427 UNITÀ NEL 2018

-0,2%

AL PRIMO GENNAIO 2019 RISIEDONO IN ITALIA 60.359.546 PERSONE, DI CUI L'8,7% SONO STRANIERE

LA DIMINUIZIONE DELLE NASCITE NEL 2018 È DI OLTRE 18 MILA UNITÀ RISPETTO AL 2017

-4,0%

SONO STATI ISCRITTI IN ANAGRAFE PER NASCITA 439.747 BAMBINI. NUOVO MINIMO STORICO DALL'UNITÀ D'ITALIA

IL CALO DEGLI ISCRITTI DALL'ESTERO DOVUTO SOPRATTUTTO ALLA DIMINUIZIONE DI IMMIGRATI STRANIERI

-3,2%

NEL 2018 LE ISCRIZIONI IN ANAGRAFE DI CITTADINI PROVENIENTI DALL'ESTERO SONO STATE 332.324, OLTRE 11 MILA IN MENO RISPETTO AL 2017

FIGURA 2. TASSI DI NATALITÀ E DI MORTALITÀ PER REGIONE

Anno 2018, tassi per mille residenti

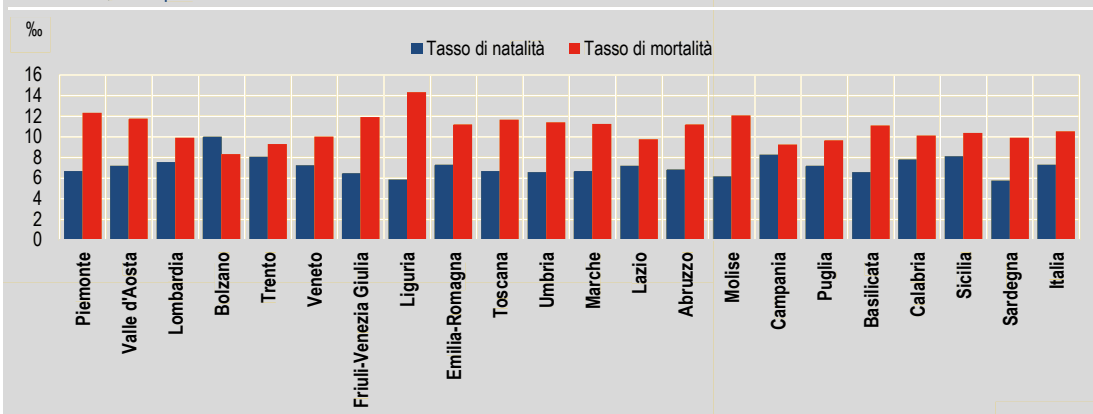


FIGURA 3. ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI ANAGRAFICHE DA E PER L'ESTERO E SALDO MIGRATORIO

Anni 2008-2018, valori in migliaia (a)

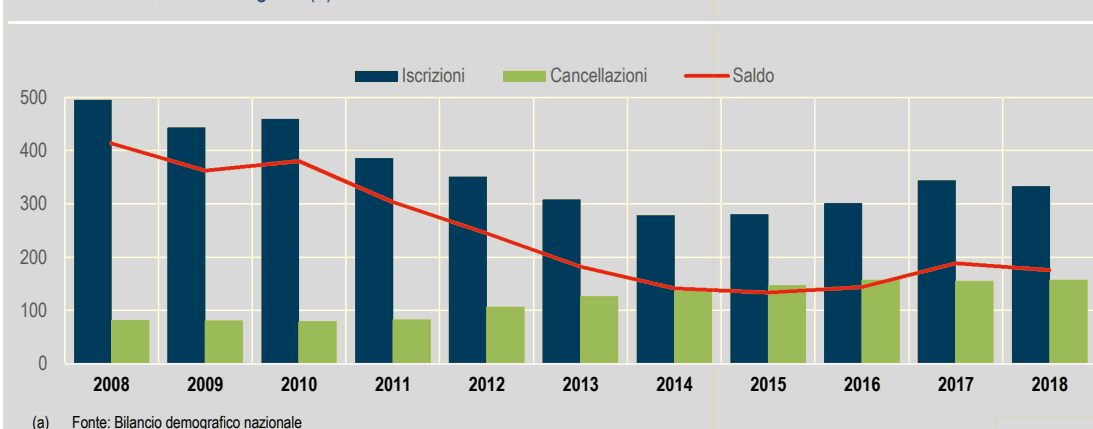
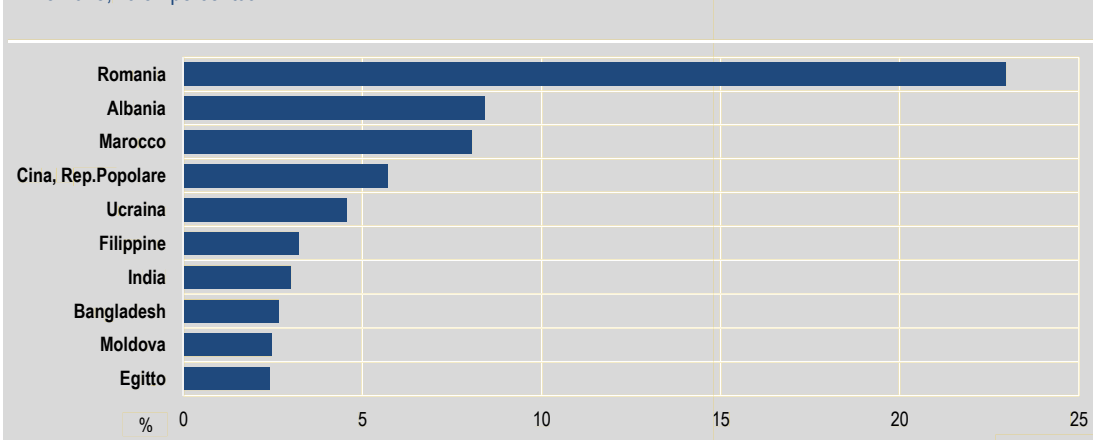


FIGURA 4. POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE PER CITTADINANZA

Anno 2018, valori percentuali



chiamento della popolazione straniera, nonché l'acquisizione della cittadinanza italiana da parte di molte donne straniere.

Le nascite di bambini stranieri si concentrano nelle regioni dove la presenza straniera è più diffusa e radicata: nel Nord-ovest (21,0%) e nel Nord-est (20,7%). L'Emilia-Romagna ha la percentuale più alta di nati stranieri (24,3%), la Sardegna la più bassa (4,5%).

Il tasso di natalità del complesso della popolazione residente è pari al 7,3 per mille. Il primato è detenuto dalla provincia autonoma di Bolzano (10,0 per mille) mentre in Sardegna (5,7 per mille) e in Liguria (5,6 per mille) si rilevano i valori più bassi.

Diminuiscono i decessi sul 2017

I decessi si assestano sulle 633 mila unità in linea con il trend di aumento registrato a partire dal 2012, ma in calo rispetto al 2017 (-15 mila). In una popolazione che invecchia è naturale attendersi un aumento tendenziale del numero dei decessi.

Le oscillazioni che si verificano di anno in anno sono spesso di natura congiunturale. Le condizioni climatiche (particolarmente avverse o favorevoli) e le maggiori o minori virulenze delle epidemie influenzali stagionali, ad esempio, possono influire sull'andamento del fenomeno come è avvenuto nel 2015 e nel 2017, anni di un visibile aumento dei decessi. Dalla capacità del nostro sistema socio-sanitario di proteggere gli individui più fragili dalle condizioni di rischio congiunturali e ambientali, con azioni di prevenzione e di cura mirate dipenderà, in buona parte, l'evoluzione futura altalenante o meno dei decessi.

La diminuzione del numero di decessi si registra in quasi tutte le ripartizioni, con un decremento più consistente nel Centro (-4,3%) e nel Sud (-4,4%). Solo nel Nord-ovest si registra un lieve aumento di decessi (+0,4%). Il tasso di mortalità è pari a 10,5 per mille, varia da un minimo di 8,3 per mille nella provincia autonoma di Bolzano a un massimo di 14,3 in Liguria ed è legato alla struttura per età della popolazione.



PMA, LA NUOVA RELAZIONE AL PARLAMENTO

Nel 2017 nati quasi 14 mila bambini con tecniche assistite.

Calano le over 40. Molti centri sotto media Ue per numero di cicli

Rispetto all'anno precedente sono circa 500 in più i nati con le tecniche assistite. Questi alcuni dei numeri contenuti nella nuova Relazione al Parlamento sull'attuazione della Legge 40 pubblicata oggi dal Ministero della Salute. Si conferma la tendenza secondo cui il maggior numero dei trattamenti di fecondazione assistita viene effettuato nei centri pubblici e privati convenzionati

COPPIE TRATTATE IN PMA

78.366

BAMBINI NATI VIVI DA PMA

13.973

CICLI CON DONAZIONE DI GAMETI

7.514

POCHE VARIAZIONI RISPETTO ALLA SITUAZIONE dell'anno precedente per quanto riguarda la fecondazione senza donazione di gameti, mentre si registra un incremento dei trattamenti con donazione di gameti (fecondazione eterologa). A tracciare il quadro sull'attuazione della Legge 40 del 2004 in materia di Procreazione medicalmente assistita (PMA), è la Relazione al Parlamento sulla PMA 2019, relativa all'attività di centri PMA nel 2017 e all'utilizzo dei finanziamenti nel 2018. Ecco i dati principali.

PIÙ CICLI NEI CENTRI PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI

Si conferma la tendenza secondo cui il maggior numero dei trattamenti di fecondazione assistita viene effettuato nei centri pubblici e privati convenzionati. Infatti, nonostante i centri PMA privati siano in numero superiore a quelli pubblici (106 vs 67), nel privato si effettuano meno cicli di trattamento: il 35,3%

dei centri è pubblico ed effettua il 37,4% dei cicli; l'8,9% è privato convenzionato ed effettua il 29,5% dei cicli; il 55,8% è privato ed effettua il 33,1% dei cicli. Inoltre, un consistente numero di centri PMA svolge un numero ridotto di procedure nell'arco dell'anno: solo il 23,1% dei centri di II e III livello ha fatto più di 500 cicli, contro una media europea del 41,5%.

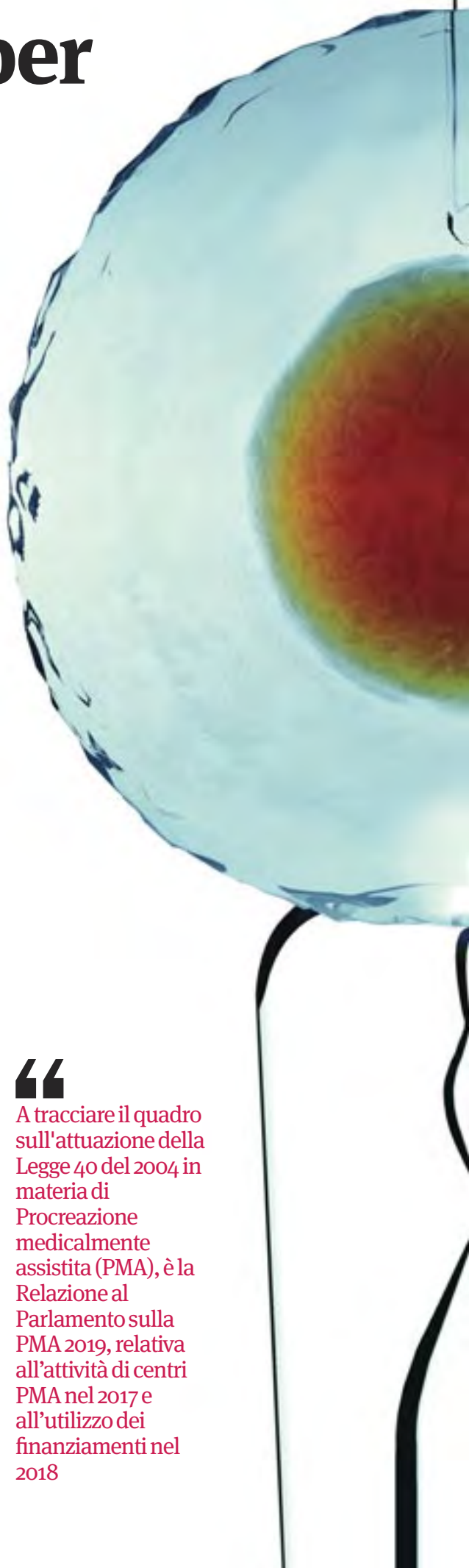
13.973 BAMBINI NATI DA PMA

Considerando tutte le tecniche di PMA – sia di I livello (inseminazione), che di II e III livello (fecondazione in vitro) con o senza donazione di gameti – dal 2016 al 2017, aumentano le coppie trattate (da 77.522 a 78.366), i cicli effettuati (da 97.656 a 97.888) e i bambini nati vivi (da 13.582 a 13.973). L'aumento è da attribuirsi all'incremento dei cicli effettuati con tecniche di crioconservazione e dei cicli effettuati con donazione di gameti. Rimangono per lo più invariati infatti i dati numerici delle coppie, dei cicli iniziati e dei nati per tutte le tecniche senza donazioni di gameti, sia da inseminazione semplice che da tecniche di II e III livello, mentre si registra un significativo aumento dell'applicazione delle tecniche con donazione di gameti: in totale aumentano le coppie (da 5.450 a 6.429, +18,0%), aumentano i cicli (da 6.247 a 7.514, +20,3%) e aumentano i nati (da 1.457 a 1.737, +19,2%).

CICLI CON DONAZIONE DI GAMETI: 7514

Dei 7.514 cicli con donazione di gameti, 1.582 cicli iniziati sono con donazione di seme, pari al 21,1%; 3.149 sono quelli con donazione di ovociti (freschi e congelati), pari al 41,9%; 2.783 sono quelli con embrioni, precedentemente formati da gameti donati e crioconservati, pari al 37,0%.

I cicli che hanno utilizzato seme donato importato per un fattore di infertilità maschile sono sta-



“

A tracciare il quadro sull'attuazione della Legge 40 del 2004 in materia di Procreazione medicalmente assistita (PMA), è la Relazione al Parlamento sulla PMA 2019, relativa all'attività di centri PMA nel 2017 e all'utilizzo dei finanziamenti nel 2018

PMA

I ginecologi a Loredice: “Uniformare gli screening genetici e incentivare le donazioni di gameti”

Incontro tra la società scientifica e la presidente della Commissione Affari sociali. Al centro il tema della procreazione medicalmente assistita e in particolare modo gli aspetti tecnici riguardanti la proposta dello schema di decreto del Presidente della Repubblica recante il regolamento di attuazione della direttiva 2012/39/UE che modifica la direttiva 2006/17/CE, e la proposta di Legge contenente “Disposizioni in materia di Procreazione medicalmente assistita e di infertilità femminile e maschile”.

“Uniformare gli screening genetici e incentivare le donazioni di gameti”. Sono solo alcune delle proposte fatte da una delegazione (formata dal Prof. Antonio Chiantera, Dr. Andrea Borini, Dr. Cristoforo De Stefano, Dr. Filippo Maria Ubaldi) della Federazione SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) lo scorso 23 luglio durante l'incontro con la Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, Marialucia Loredice, per una audizione informale in materia di Procreazione medicalmente assistita.

“In particolare – si legge in una nota –, durante l'audizione sono stati presi in esame gli aspetti tecnici riguardanti la proposta dello schema di decreto del Presidente della Repubblica recante il regolamento di attuazione della direttiva 2012/39/UE della Commissione del 26 novembre 2012 che modifica la direttiva 2006/17/CE, e la proposta di Legge in tema di “Disposizioni in materia di Procreazione medicalmente assistita e di infertilità femminile e maschile” depositata in Parlamento dall'On. Stefania Mammi”.

In merito al recepimento della direttiva 2012/39/UE, allegato III, gli esperti hanno proposto “l'abolizione dell'obbligatorietà di sottoporre tutti i donatori a “visita di genetica medica con relazione scritta” e di riportare fedelmente il testo della direttiva, secondo la quale “Occorre effettuare lo screening genetico di geni autosomici recessivi risultati prevalenti nel contesto etnico del donatore in base a prove scientifiche internazionali, non che una valutazione del rischio di trasmissione di patologie ereditarie che risultano presenti nella famiglia del donatore, dopo aver ottenuto l'autorizzazione. Vanno fornite informazioni complete a norma delle disposizioni in vigore negli Stati membri. Al ricevente vanno fornite e spiegate con chiarezza informazioni dettagliate sui rischi associati e sui provvedimenti presi al fine di attenuarli”.

Questo al fine di non introdurre differenze con altri Paesi europei, tra i quali Spagna, Inghilterra, Repubblica Ceca, Grecia, che han-

no recepito fedelmente la Direttiva e verso i quali esistono rapporti di interscambio. L'uguaglianza nel recepimento garantirebbe alle coppie che ricorrono alla procreazione medicalmente assistita una uniformità ed equità di accesso a tali procedure anche nel territorio italiano”.

Per quanto concerne la proposta di Legge dell'on. Mammi, la Federazione SIGO ha espresso “il proprio compiacimento nei confronti dell'iniziativa che si propone di fare chiarezza su alcuni punti della Legge 40/2004, alla luce dei numerosi interventi della Magistratura e della Corte Costituzionale.

I ginecologi hanno sottolineato la necessità di:

- Inserire nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) le procedure di test genetico preimpianto (PGT).
- Poter definire, nel rispetto della Sentenza 96/2015 della Corte Costituzionale che sottolineava l'incoerenza della Legge 40/2004 con la Legge 194/1978, il destino degli embrioni affetti da patologie genetiche e cromosomiche in analogia a quanto avviene nella citata Legge 194/1978;
- Stabilire regole e procedure per regolamentare il destino degli embrioni congelati e abbandonati dalle coppie, siano essi formati in futuro, sia quelli già formati ed abbandonati nei centri di fecondazione assistita italiani.
- Dare opportune informazioni su quanto previsto con la circolare INPS 7412 del 04/03/2005 in merito alle assenze da lavoro, congedi, riposi, permessi per le lavoratrici e per i lavoratori che ricorrono alle tecniche di Riproduzione Assistita.
- Intraprendere, in materia di donazione dei gameti, ogni iniziativa per incentivare le donazioni sul territorio nazionale. A tale scopo, occorre sviluppare iniziative di valorizzazione della donazione dei gameti quale gesto altruistico e solidale e prevedere delle forme di equo rimborso per le spese e l'impegno profuso da parte delle persone che decidono di donare.
- Nel testo della legge è stato inoltre rilevato il divieto di importazione dei gameti dai Paesi in cui sono previste forme di rimborso ai donatori. Questo, dal momento che la stragrande maggioranza dei Paesi con cui l'Italia ha rapporti di interscambio prevede forme di ristoro per la donazione, finirebbe per determinare l'impossibilità di fatto di approvvigionarsi di gameti per le pratiche di fecondazione eterologa, costringendo di nuovo le coppie italiane e recarsi all'estero.

L'audizione si è soffermata, infine, sul tema della prevenzione dell'infertilità maschile e femminile - affrontato negli artt 3, 4 e 5 della proposta di legge – rispetto al quale i ginecologi condividono l'indifferibile necessità di campagne di sensibilizzazione ed informazione rivolte alla popolazione. In particolare, è stata sottolineata la necessità di:

- Valutare opportune strategie di counseling e strumenti diagnostici per riconoscere precocemente le condizioni di rischio per la fertilità e offrire adeguate informazioni affinché ogni cittadino possa consapevolmente e liberamente esercitare le proprie scelte in campo riproduttivo.
- Riconsiderare il testo, eventualmente aggiornato, del “Piano nazionale della fertilità”.

ti 1.304, pari al 82,4% di tutti i cicli effettuati con donazione di seme, mentre i cicli eseguiti con donazione di ovociti per un fattore di infertilità femminile sono stati 3.035, pari al 96,4% del totale dei cicli con donazione di ovociti.

IN CALO LE GRAVIDANZE GEMELLARI

Diminuiscono le gravidanze gemellari e anche le trigemine, queste ultime in linea con la media europea nonostante una persistente variabilità fra i centri. Rimane costante la percentuale di esiti negativi sulle gravidanze monitorate, per la fecondazione in vitro sia da fresco che da scongelamento.

ETÀ DELLE PAZIENTI, PIÙ ALTA SE LA PMA È CON DONAZIONE DI GAMETI

Il dato sull'età delle pazienti che accedono alle tec-

niche PMA evidenzia che rispetto al 2016 aumentano le donne con meno di 35 anni e le donne di età compresa tra i 35 ed i 39 anni, mentre diminuisce di quasi un punto percentuale la quota di pazienti con età maggiore o uguale a 40 anni. L'età media delle donne che si sottopongono a tecniche senza donazione di gameti a fresco è pari a 36,7 anni, valore più elevato rispetto alla media europea pari a 34,7 anni. Nella fecondazione con donazione di gameti l'età della donna è maggiore se la donazione è di ovociti (42,4 anni) e minore se la donazione è di seme (35,6). La maggiore età di chi accede ai cicli di donazione sembra indicare come questa tecnica sia scelta soprattutto per infertilità fisiologica, dovuta appunto all'età della donna e non per patologie specifiche.





RAPPORTO AIFA-OSMED 2019

Farmaci anticancro e per sistema immunitario quelli per cui si spende di più. Cardiovascolari e gastrointestinali i più usati.

Donne consumano più farmaci degli uomini

Tra spesa pubblica e privata nel 2018 abbiamo toccato quota 29,1 miliardi di euro con un calo di solo lo 0,1% rispetto al 2017. Cresce del 3,76% la privata per un totale di 8,379 miliardi. Gli antineoplastici e gli immunomodulatori sono la prima categoria in termini di spesa pubblica (5.659 milioni di euro), seguiti dai farmaci dell'apparato cardiovascolare (3.240 milioni di euro). In termini di consumi sono invece i cardiovascolari i più gettonati, seguiti da quelli dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, del sangue e degli organi emopoietici

DI ESTER MARAGÒ

LA SPESA FARMACEUTICA NAZIONALE TOTALE nel 2018 è stata di 29,1 miliardi di euro (- 0,1% rispetto al 2017), di cui il 77% riferita a farmaci rimborsati dal Ssn (compresa la quota ticket a carico del cittadino).

La spesa media pro capite, tra pubblica e privata, è stata pari a circa 482 euro. Di questi, 343,3 euro sono a completo carico del Ssn mentre i restanti 138,6 sono pagati dal cittadino, tra ticket e farmaci acquistati di tasca propria.

In particolare la spesa direttamente a carico del cittadino - che comprende per l'appunto ticket regionali, differenza di prezzo tra branded e generico, acquisti diretti di farmaci di classe A e classe C - ha raggiunto la cifra di 8,379 miliardi, in crescita rispetto al 2017 quando si era fermata a 8,075 miliardi.

La quota ticket, da sola, raggiunge gli 1,6 miliardi, con un incremento rispetto al 2017 del 3,8%. Aumento che deriva da un +7,2% della quota re-

lativa al pagamento della differenza tra branded e generico e da una diminuzione del 3,4% degli altri ticket regionali (**vedi tab. 1 e graf. 1**).

I farmaci antineoplastici e immunomodulatori fanno la parte del leone in termini di spesa farmaceutica pubblica (5.659 milioni di euro), seguiti dai farmaci dell'apparato cardiovascolare (3.240 milioni di euro). Sul fronte dei consumi sono invece i farmaci cardiovascolari i più gettonati, seguiti da quelli dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, del sangue e degli organi emopoietici.

Sale la spesa per i farmaci a brevetto scaduto e i farmaci equivalenti. Quelli a brevetto scaduto hanno costituito il 65,9% della spesa e l'82,7% dei consumi in regime di assistenza convenzionata, mentre gli equivalenti hanno rappresentato il 19% della spesa e il 29,4% dei consumi. Cresce anche l'utilizzo dei biosimilari, tra i tanti la follitropina con un +55,2%.

A livello regionale l'Umbria è la Regione con i maggiori consumi in regime di assistenza convenzionata, seguita dalla Campania e dalla Puglia. La spesa lorda pro capite maggiore si registra in Campania, Abruzzo e Calabria. La Provincia autonoma di Bolzano è invece la più "risparmiosa" con spesa e consumi pro capite più bassi. In generale le Regioni del Nord hanno livelli inferiori di spesa convenzionata rispetto alla media nazionale, mentre al Sud e nelle Isole si spende di più mostrano valori di spesa superiori.

Infine i farmaci innovativi, il 2018 ha visto il riconoscimento di venti nuovi farmaci (innovatività e innovatività condizionata) appartenenti principalmente alla categoria degli antineoplastici

Questi alcuni dei principali dati raccolti nel Rapporto Nazionale 2018 "L'Uso dei Farmaci in Italia" dell'Aifa presentato il 18 luglio scorso nella sede dell'Agenzia del farmaco.

"Il Rapporto Osmmed che cerca di ottimizzare e integrare le informazioni raccolte da diverse fonti informative disponibili - ha sottolineato **Luca Li Bassi**, Direttore generale di Aifa - costituisce uno strumento capace di inquadrare l'utilizzo dei medicinali sul territorio nazionale e seguirne i cambiamenti nel corso del tempo, evidenziando le aree terapeutiche con maggiore variabilità regionale. Il Rapporto permette di individuare e pianificare politiche d'intervento in ambito di assistenza farmaceutica volte alla promozione dell'uso razionale dei medicinali".

Nel corso del 2018, ha spiegato Li Bassi "sono stati introdotti nel mercato i farmaci equivalenti di molecole ad alto impatto sulla spesa convenzionata (ad esempio la rosuvastatina), oltre ai biosimilari di farmaci biologici ad alto costo (ad esempio adalimumab e trastuzumab), che potranno determinare degli importanti risparmi di spesa. Tuttavia, anche quest'anno si conferma la variabilità nel ricorso dei farmaci equivalenti e dei biosimilari sul territorio nazionale, tale da suggerire la possibilità di ampi spazi di miglioramento. Il differente ricorso ai farmaci equivalenti ha anche un impatto sulla distribuzione della compartecipazione del cittadino tra le varie Regioni - ha aggiunto - è stata anche osservata una correlazione tra la spesa per compartecipazione e il reddito pro capite regionale, secondo la quale le Regioni a più basso reddito sono quelle che presentano una maggiore compartecipazione. Tali dati ci suggeriscono la necessità di porre in atto iniziative informative e formative sia a livello nazio-

“

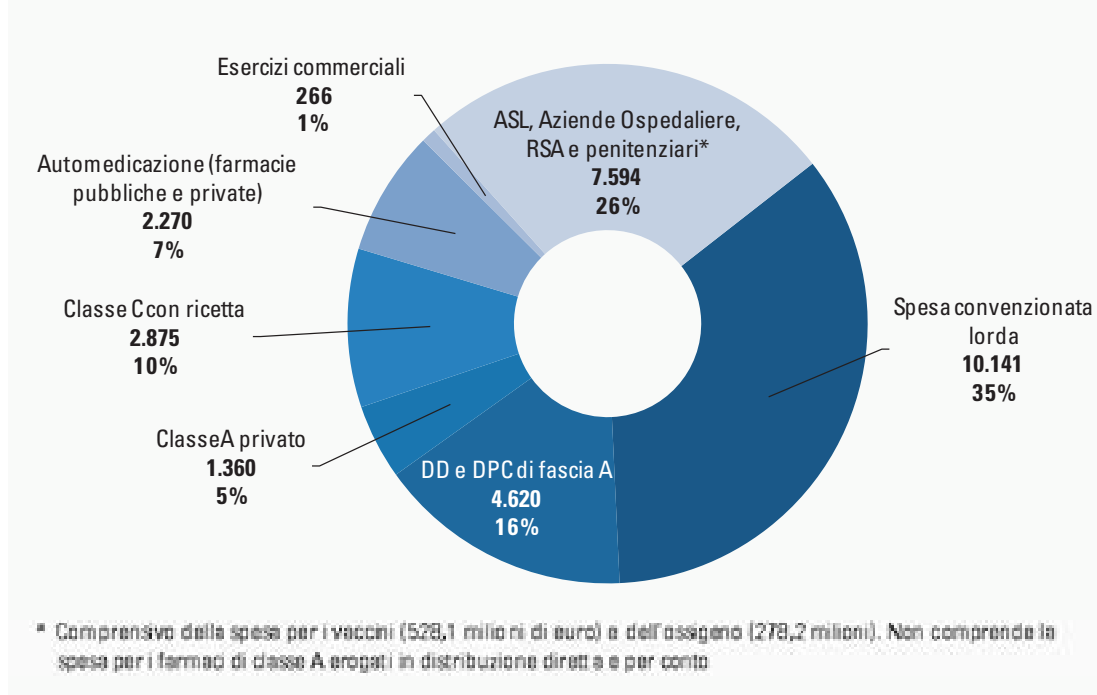
LI BASSI:

Nel corso del 2018 sono stati introdotti nel mercato i farmaci equivalenti di molecole ad alto impatto sulla spesa convenzionata, oltre ai biosimilari di farmaci biologici ad alto costo, che potranno determinare degli importanti risparmi di spesa. Tuttavia, anche quest'anno si conferma la variabilità nel ricorso dei farmaci equivalenti e dei biosimilari sul territorio nazionale, tale da suggerire la possibilità di ampi spazi di miglioramento

**TABELLA 1. COMPOSIZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA: CONFRONTO 2018-2017**

	Spesa (milioni)	%	Var % 18-17
Spesa convenzionata lorda*	10.141	35	-3,4
Distribuzione diretta e per conto di fascia A	4.620	16	-3,6
Classe A privata	1.360	5	3,2
Classe C con ricetta	2.875	10	7,7
Automedicazione	2.270	7	7,6
Esercizi commerciali	266	1	-7,0
ASL, Aziende Ospedaliere, RSA e penitenziari*	7.594	26	3,6
Totale	29.126	100	-0,1

* Comprensiva della spesa per vaccini (888.043 euro) e per l'ossigeno (528 milioni) e dei farmaci di classe C rimborsati ai sensi della legge n. 203 del 18 luglio 2000 (20 milioni)

GRAFICO 1. COMPOSIZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA: CONFRONTO 2018-2017

LUCA LI BASSI
Direttore generale di Aifa

nale che loco-regionale a favore dei pazienti e degli operatori”.

Ecco una sintesi dettagliata del Rapporto

La spesa farmaceutica a quota 29,1 mld. Nel 2018 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 29,1 miliardi di euro, di cui il 77% rimborsato dal Ssn. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è ammontata a circa 482 euro.

La spesa pubblica territoriale, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, è stata di 12.402 milioni di euro, ossia il 60% della spesa farmaceutica territoriale, e ha registrato, rispetto all'anno precedente, una riduzione del -4%, dovuta alla diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata netta (-4,2%) e della spesa per i farmaci in distribuzione diretta e per conto (-3,6%).

La spesa complessiva a carico dei cittadini, 8.379 milioni di euro, comprendente la spesa per compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto erogato al paziente e il prezzo di riferimento), per i medicinali di classe A acquistati privatamente e quella per i farmaci di classe C, ha registrato un aumento del +3,76% rispetto al 2017. Con un trend

di spesa in salita per tutte le voci: medicinali di automedicazione (+7,6%), compartecipazione (+3,8%), acquisto privato di medicinali di fascia A (+3,2%), mentre una variazione più contenuta è stata registrata per la spesa dei farmaci di classe C con ricetta (+2,2%).

La spesa per compartecipazione a carico del cittadino è stata pari a 1.608 milioni di euro (circa 26,6 euro pro capite), raggiungendo un'incidenza sulla spesa convenzionata lorda del 15,9%. Rispetto al 2017 (spesa per ticket di 1.549 milioni di euro), l'incremento della compartecipazione del cittadino è stato essenzialmente determinato dalla crescita della quota eccedente il prezzo di rife-

rimento dei medicinali a brevetto scaduto (+7,2%), mentre risulta in riduzione la spesa relativa al ticket per ricetta/confezione (-3,4%) (**vedi tab. 2**).

La spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (pari a circa il 40% della spesa farmaceutica totale) è stata di 11,9 miliardi di euro (197,45 euro pro capite) e ha fatto registrare rispetto all'anno precedente un andamento pressoché stabile (+0,9%).

Le Regioni in cui sono stati riscontrati i valori di spesa più elevati sono la Puglia (236,96 euro pro capite), l'Umbria (223,89 euro pro capite) e la Campania (222,42 euro pro capite); al contrario, in Valle d'Aosta (142,8 euro pro capite), in Lombardia (165,72 euro pro capite) e nella P.A. di Trento (166,43 euro pro capite) si rilevano i valori più bassi.

Nella maggior parte delle Regioni si evidenziano incrementi nella spesa, con le maggiori va-



RAPPORTO AIFA-OSMED 2019



“ Nel 2018 sono state consumate 1.572 dosi al giorno ogni mille abitanti (considerando anche i consumi in ospedale e quelli a carico del cittadino, in media ogni soggetto, inclusi i bambini, ha assunto al giorno circa 1,6 dosi di farmaco), il 72,3% delle quali erogate a carico del Ssn, mentre il restante 27,7% è relativo a dosi di medicinali acquistati direttamente dal cittadino (acquisto privato di classe A, classe C con ricetta e automedicazione)

riazioni rispetto al 2017 in Abruzzo (+9,9%), in Umbria (+7,2%) e nella P.A. di Trento (+6,9%) (vedi tab. 3).

Il consumo di farmaci. Nel 2018 sono state consumate 1.572 dosi al giorno ogni mille abitanti (considerando anche i consumi in ospedale e quelli a carico del cittadino, in media ogni soggetto, inclusi i bambini, ha assunto al giorno circa 1,6 dosi di farmaco), il 72,3% delle quali erogate a carico del Ssn, mentre il restante 27,7% è relativo a dosi di medicinali acquistati direttamente dal cittadino (acquisto privato di classe A, classe C con ricetta e automedicazione).

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale complessiva, pubblica e privata, sono state dispensate quasi 2 miliardi di confezioni, con un calo del -2,5% rispetto all'anno precedente. Diminuiscono sensibilmente le confezioni dei farmaci di classe A acquistati privatamente dal cittadino (-24,9%), mentre aumentano le confezioni dei farmaci di automedicazione (+4,1%), dei farmaci di classe C con ricetta (+3%) e rimangono stabili le confezioni dei farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto.

In regime di assistenza convenzionata, nel corso del 2018 ogni giorno sono state consumate in media 978,8 DDD ogni mille abitanti die, pressoché stabili rispetto all'anno precedente (+0,9%), e oltre 1 miliardo di confezioni nel 2018 (corrispondente a 18,2 confezioni pro capite), con un decremento del -0,7%.

TABELLA 2. SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE PUBBLICA E PRIVATA: CONFRONTO 2014-2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Δ% 15/14	Δ% 16/15	Δ% 17/16	Δ% 18/17
	milioni	milioni	milioni	milioni	milioni				
1 Spesa convenzionata netta	8.558	8.477	8.254	8.120	7.781	-1,4	-2,6	-1,6	-4,2
2 Distrib. diretta e per conto di fascia A	3.250	4.321	5.558	4.792	4.620	51,4	12,9	-13,7	-3,6
1+2 Spesa territoriale pubblica	11.848	13.398	13.810	12.913	12.402	13,1	3,1	-6,5	-4,0
3 Compartecipazione del cittadino	1.500	1.521	1.540	1.549	1.808	1,4	1,2	0,6	3,8
4 Acquisto privato di fascia A	1.442	1.487	1.308	1.317	1.360	3,1	-11,9	0,6	3,2
5 Classe C con ricetta	2.937	2.867	2.642	2.813	2.875	2,1	-11,8	6,5	2,2
6 Automedicazione (SOP e OTC)	2.288	2.375	2.429	2.109	2.270	4,7	2,3	-13,2	7,6
7 Esercizi commerciali			301	286	286			-4,7	-7,0
3+4+5+6+7 Totale spesa privata	8.148	8.388	8.220	8.076	8.379	2,9	-1,9	-1,8	3,8
Totale spesa farmaceutica	19.996	21.778	22.030	20.989	20.781	8,9	1,2	-4,7	-1,0
Quota a carico SSN (%)	59,3	61,5	62,7	61,5	59,7				

Fonte: elaborazione Osmed sui dati Tracciabilità del Farmaco (per i dati di spesa privata). Elaborazione su dati IMS Health per la stima delle spese private per gli anni precedenti al 2018.

Il consumo dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche si attesta sul volume di 157,4 DDD ogni mille abitanti die, evidenziando una riduzione del 0,8% rispetto al 2017.

Le categorie più prescritte

Nel 2018 i medicinali dell'apparato cardiovascolare si confermano la categoria maggiormente consumata dagli italiani (e restano al secondo posto in termini di spesa), seguiti dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, dai farmaci del sangue e organi emopoietici.

Le statine, tra i farmaci per il sistema cardiovascolare, gli inibitori di pompa, tra quelli dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, e gli altri antiepilettici, tra quelli del sistema nervoso centrale, sono le categorie a maggior impatto sulla spesa convenzionata.

Sul lato degli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, le categorie a maggior spesa sono gli anticorpi monoclonali, tra gli antineoplastici, gli antivirali per il trattamento delle infezioni da HIV in associazione, tra gli antimicrobici generali per uso sistemico, e i fattori della coagulazione del sangue, tra i farmaci del sangue ed organi emopoietici.

Consumo e spesa per età e genere

Complessivamente, nel 2018 oltre 40 milioni di assistiti (di cui il 55% donne) hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci con una prevalenza d'uso pari al 67%, una spesa pro capite di 229 euro e un consumo di 1.020 DDD/1000 abitanti die (in media ogni cittadino italiano ha ricevuto una dose di farmaco ogni giorno).

Vi è una differenza di esposizione ai farmaci nella popolazione, con una prevalenza che passa dal 62% negli uomini al 71% nelle donne mentre; per quanto riguarda le dosi e la spesa si registrano 1.016 DDD negli uomini e 1.025 nelle donne, 227 euro pro capite negli uomini e 231 nelle donne. Differenze di genere sono riscontrabili nella fa-

scia di età tra i 15 e i 64 anni, in cui le donne mostrano una prevalenza d'uso superiore a quello degli uomini, con maggiori livelli di prescrizione nelle donne relative agli antibiotici (utilizzati per il trattamento delle infezioni delle vie urinarie), agli antianemici e ai farmaci del sistema nervoso centrale (soprattutto gli antidepressivi).

La popolazione con più di 64 anni assorbe oltre il 60% della spesa in assistenza convenzionata e circa il 70% delle DDD, mentre quella pediatrica registra una prevalenza d'uso del 50%, che passa però da circa il 70% nei bambini con età compresa tra i 0 e 4 anni al 38% nella fascia 10-14 anni.

L'uso di antimicrobici è concentrato maggiormente nei primi quattro anni di vita e dopo i 75 anni. Si conferma una maggiore prevalenza d'uso nelle donne di farmaci antineoplastici e immunomodulatori (tra i 35 e i 74 anni), per il Sistema Nervoso Centrale (a partire dai 35 anni) e per l'apparato muscolo-scheletrico.

L'uso dei farmaci nelle popolazioni fragili

Nel corso del 2018 oltre 4,8 milioni di bambini e adolescenti assistibili hanno ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica (49,1% della popolazione pediatrica generale). La prevalenza della prescrizione registra un picco nel primo anno di vita del bambino (77%), per poi diminuire progressivamente negli anni successivi fino a quasi dimezzarsi nella fascia di età 12-17 anni (39,4%). Gli antimicrobici per uso sistemico sono quelli a maggior consumo (46,4% del totale), seguiti dai farmaci dell'apparato respiratorio (24,3%) e dagli ormoni, esclusi quelli sessuali (8,4%), dai farmaci del tratto gastrointestinale e metabolismo (7,5%) e da quelli del sistema nervoso centrale (7,1%).

Il 98% degli anziani, nel corso del 2018, ha ricevuto almeno una prescrizione farmacologica, senza differenze significative di prevalenza d'uso tra i due generi; sono state dispensate, ogni gior-



no, per ogni utilizzatore oltre 3 dosi con una spesa di 656 euro pro capite. Le categorie terapeutiche maggiormente prescritte nella popolazione geriatrica sono risultate quella dei farmaci per l'apparato cardiovascolare, dei medicinali antimicrobici per uso sistemico e dei medicinali per l'apparato gastrointestinale e metabolismo. Dall'analisi della prescrizione dei farmaci nelle **donne in gravidanza**, utilizzando i dati provenienti dalle Regioni Emilia Romagna, Lazio e Puglia, è emerso che l'80,4% della popolazione selezionata ha ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica durante la gravidanza. Inoltre, il 36,5% e il 50,7% delle donne con un parto nel periodo considerato ha ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica rispettivamente nel trimestre precedente la gravidanza e nel trimestre successivo al parto. I farmaci relativi alla categoria terapeutica del sangue e organi emopoietici sono quelli maggiormente prescritti in gravidanza (55,9%), seguiti dagli antimicrobici per uso sistemico (41,5%), dai farmaci del sistema genito-urinario e ormoni sessuali (25,5%), dai preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali (14,9%), dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (13,5%) e da quelli del sistema respiratorio (10,5%).

Consumo e spesa: variabilità regionale
La spesa farmaceutica pubblica regionale, la cosiddetta spesa netta, erogata in regime di assistenza convenzionata è stata di 7.781 milioni di euro, a fronte di 576 milioni di ricette emesse e 1,1 miliardi di confezioni di medicinali dispensati. Per i farmaci in regime di assistenza convenzionata di Classe A-Ssn, l'Umbria è la Regione con la quantità massima di consumi (1.098,2 DDD/1.000 abitanti die), seguita dalla Campania (1.083,4 DDD/1.000 abitanti die) e dalla Puglia (1.075,5 DDD/1.000 abitanti die). La spesa lorda pro capite maggiore si registra in Campania (201,22 euro pro capite), seguita da Abruzzo (192,01 euro pro capite) e Calabria (190,72 euro pro capite). La Provincia autonoma di Bolzano è quella con livelli di spesa e consumi meno elevati, pari a 120,1 euro pro capite e 721,4 DDD/1.000 abitanti die. In generale, nelle Regioni del Sud si spende e si consuma mediamente di più rispetto a quelle del Centro e del Nord per i farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata. Si confermano inoltre significative differenze regionali di consumo e spesa per categoria terapeutica.

Farmaci a brevetto scaduto
L'82,7% delle dosi consumate ogni giorno in regime di assistenza convenzionata è costituito da

“**La spesa farmaceutica pubblica regionale erogata in regime di assistenza convenzionata è stata di 7.781 milioni di euro, a fronte di 576 milioni di ricette emesse e 1,1 miliardi di confezioni di medicinali dispensati**

medicinali a brevetto scaduto, che rappresentano il 65,9% della spesa convenzionata. Le Regioni con la più elevata incidenza del consumo di farmaci a brevetto scaduto nell'anno 2018 sono state l'Umbria (84,3%), l'Emilia Romagna (84,2%) e la Provincia Autonoma di Trento (84,0%), mentre la Toscana (81,1%), l'Abruzzo (81,6%) e la Valle d'Aosta e la Basilicata (81,8%) sono quelle con la più bassa incidenza. Quattro inibitori di pompa (pantoprazolo, lansoprazolo, omeprazolo ed esomeprazolo) risultano tra i primi 20 principi attivi a brevetto scaduto a maggiore spesa convenzionata. I dati del 2018 hanno confermato l'incremento nell'impiego di tutti i farmaci biosimilari disponibili in commercio già da diversi anni, come, ad esempio, della follitropina (+55,2%), delle epoetine (+24,4%), della somatropina (+22,3%) e dei fattori della crescita (+12,7%), con effetti positivi sulla spesa.

TABELLA 3. SPESA E CONSUMI PER FARMACI ACQUISTATI DALLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE: CONFRONTO 2018-2017 (POPOLAZIONE PESATA)

Regioni	Spesa SSN pro capite		DDD/1000 abitanti die	
	€	Δ% 18/17	N.	Δ% 18/17
Piemonte	180,11	1,86	168,64	-1,51
Valle d'Aosta	142,80	1,83	166,86	-1,81
Lombardia	165,72	-0,66	100,94	2,78
PA Bolzano	186,08	0,70	171,90	-6,21
PA Trento	166,43	6,87	164,88	2,88
Veneto	179,15	1,43	206,47	-4,30
Friuli-VG	199,89	-0,99	177,90	3,00
Liguria	201,02	4,89	187,54	-10,23
Emilia R.	215,37	3,83	308,82	-2,77
Toscana	205,44	-5,34	194,70	-1,43
Umbria	223,89	7,15	206,38	2,40
Marche	218,28	2,57	208,00	23,89
Lazio	200,60	-4,32	118,10	2,28
Abruzzo	212,12	9,86	120,62	4,03
Molise	188,16	3,39	108,73	3,06
Campania	222,42	-0,85	130,09	-5,13
Puglia	238,96	3,91	132,07	-5,22
Basilicata	219,38	0,69	135,43	-4,25
Calabria	216,77	-3,31	138,17	9,45
Sicilia	183,91	-1,17	117,44	-1,38
Sardegna	214,51	-10,72	154,71	2,44
Italia	197,45	0,93	157,35	-0,80
Nord	182,40	1,42	175,42	-2,11
Centro	206,20	1,00	161,01	3,73
Sud e isole	213,45	0,31	129,44	-1,57

Fonte: elaborazione Unifea su dati ANSIS relativi alla Trasparenza del Farmaco - D.M. 18 luglio 2018

“**Dall'analisi della prescrizione dei farmaci nelle donne in gravidanza**, utilizzando i dati provenienti dalle Regioni Emilia Romagna, Lazio e Puglia, è emerso che l'80,4% della popolazione selezionata ha ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica durante la gravidanza



OCSE, L'ASPETTATIVA DI VITA NEL MONDO

Italiani quarti al Mondo con una media di 83 anni. Record in Giappone con 84,2 anni

Gli Italiani mantengono sempre l'alta classifica per l'aspettativa di vita rispetto ai 36 paesi Ocse, ma se fino al 2008-2009 erano terzi dopo Giappone e Svizzera, negli ultimi anni sono stabili al quarto posto, con una leggera diminuzione del risultato che passa, mediamente, dagli 83,3 anni alla nascita del 2016 agli 83 negli anni successivi. Migliorabile ancora il tasso di mortalità infantile che ci vede in settima posizione. Sopra la media la quota di fumatori mentre siamo sotto media per alcol e obesità

L'OCSE NELLA SUA BANCA DATI 2019 (dati 2018), oltre ai dati sui servizi (vedi anche gli altri articoli sulla spesa, sul personale e i servizi, sulle prestazioni erogate) offre anche uno spaccato di alcuni indicatori relativi all'aspettativa di vita e ai tre grandi "nemici" di uno stile di vita in salute: fumo, alcol e obesità.

Gli Italiani mantengono sempre l'alta classifica per l'aspettativa di vita rispetto ai 36 paesi Ocse, ma se fino al 2008-2009 erano terzi dopo Giappone e Svizzera, negli ultimi anni sono stabili al quarto posto, con una leggera diminuzio-



ne del risultato che passa, mediamente, dagli 83,3 anni alla nascita del 2016 agli 83 negli anni successivi e in classifica è sempre primo il Giappone con 84,2 anni, seguito dalla Svizzera (83,6) e dalla Spagna (83,4).

Si tratta comunque di risultati eccellenti se si guar-

da in fondo alla classifica, chiusa dai 74,8 anni della Lettonia (quasi 10 anni di meno) e comunque con una media Ocse di 80,7 anni di speranza di vita alla nascita.

Il genere in questo caso fa la differenza: le donne hanno infatti una speranza di vita di

GRAFICO 1. ASPETTATIVA DI VITA, POPOLAZIONE TOTALE ALLA NASCITA. ANNI

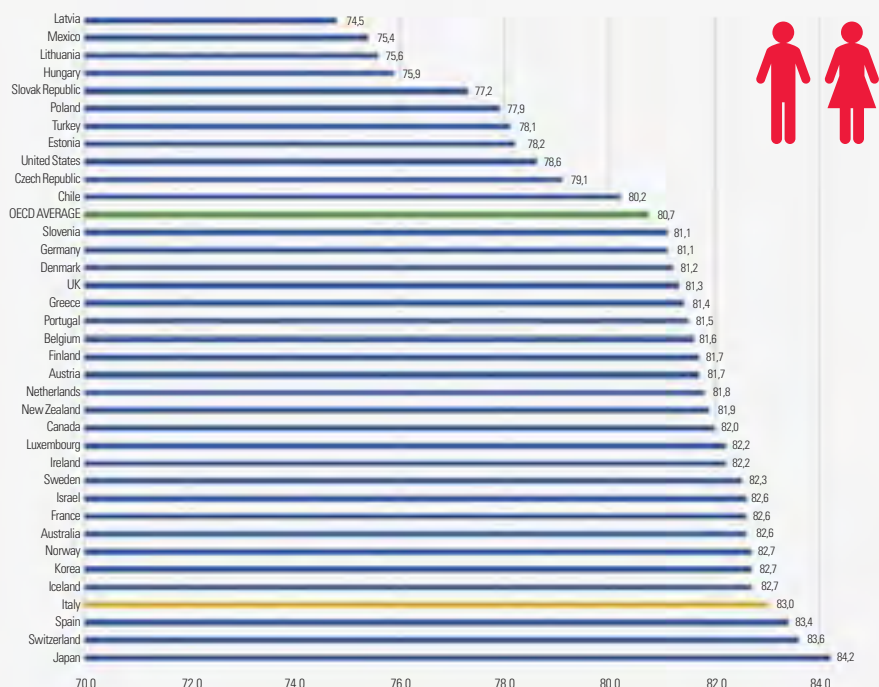
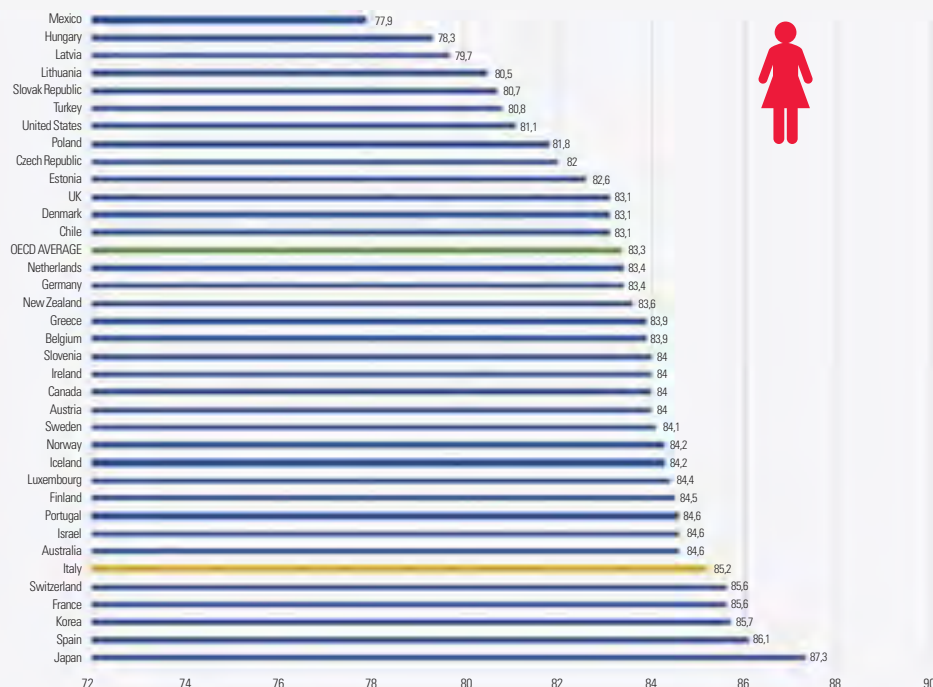


GRAFICO 2. ASPETTATIVA DI VITA, POPOLAZIONE FEMMINILE ALLA NASCITA. ANNI



“

L'Ocse nella sua banca dati 2019 (dati 2018), oltre ai dati sui servizi (vedi anche gli altri articoli sulla spesa, sul personale e i servizi, sulle prestazioni erogate) offre anche uno spaccato di alcuni indicatori relativi all'aspettativa di vita e ai tre grandi "nemici" di uno stile di vita in salute: fumo, alcol e obesità

ASPETTATIVA DI VITA RISPETTO AI 36 PAESI DELL'OCSE

GIAPPONE

84,2
anni



SPAGNA

83,4
anni

ITALIA

83
anni

SVIZZERA

83,6
anni

ra, Islanda, Giappone e Norvegia (graf. 1-3).

Così la media ci fa guadagnare posti in classifica. Ma guardando l'aspettativa di vita nei due sessi a 65 anni le cose cambiano del tutto.

Le italiane, infatti, con 22,4 anni, sono sempre al sesto posto dopo Giappone, Spagna, Francia, Svizzera e Corea, ma gli uomini, con 19,2 anni, piombano all'11° posto e prima di loro ci sono i maschi di Svizzera, Islanda, Australia, Francia, Giappone, Nuova Zelanda, Canada, Israele, Norvegia, Spagna.

Un dato che fa pensare alla qualità di vita con

“

Nella classifica per l'aspettativa di vita rispetto ai 36 paesi Ocse, il Giappone è in testa con 84,2 anni. L'Italia segue dopo Svizzera e Spagna

l'avanzare degli anni, considerando che l'Italia resta uno dei Paesi più "vecchi" d'Europa e del mondo (graf. 4).

Per quanto riguarda invece la mortalità infantile, il dato medio Ocse è di 3,78 decessi per 1.000 nati vivi, ma l'Italia va meglio e con Spagna e Portogallo si ferma a 2,7 decessi, settimo posto dopo i 2 di Giappone e Finlandia, 2,1 della Slovenia, 2,3 di Norvegia ed Estonia e 2,4 della Svezia. La classifica sul versante opposto è molto diversa e l'ultima in classifica è il Messico dove di decessi ogni 1.000 nati vivi se ne contano 12,3, se-

GRAFICO 3. ASPETTATIVA DI VITA, POPOLAZIONE MASCHILE ALLA NASCITA. ANNI

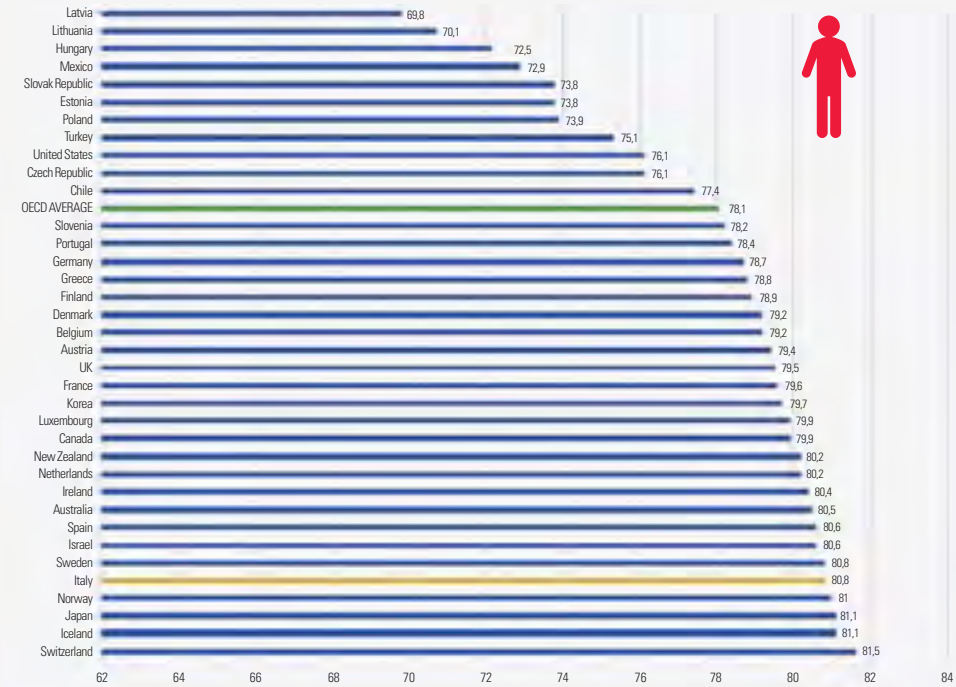
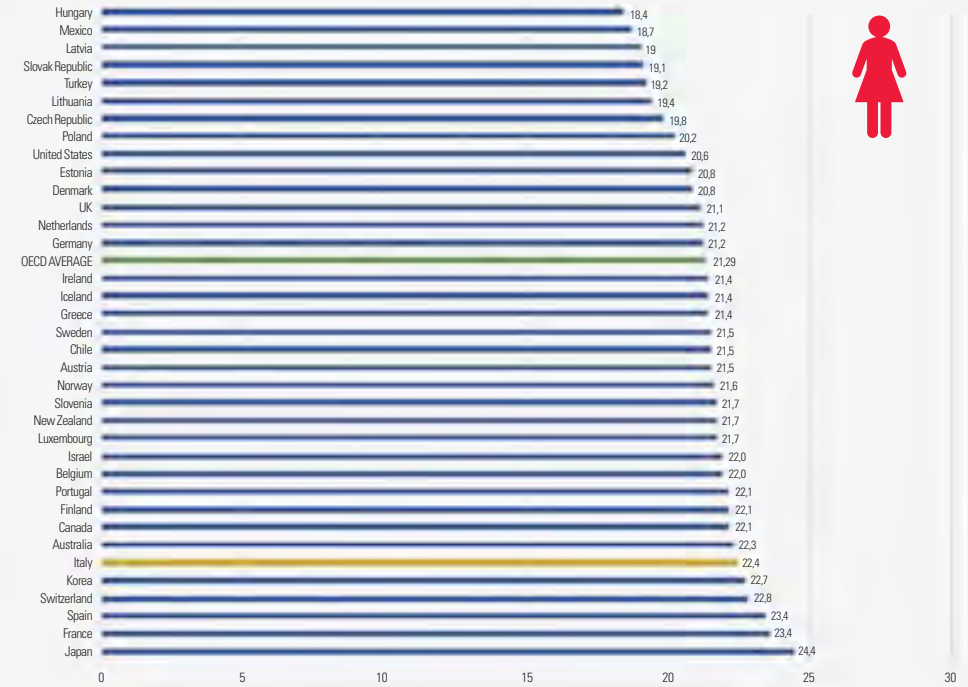
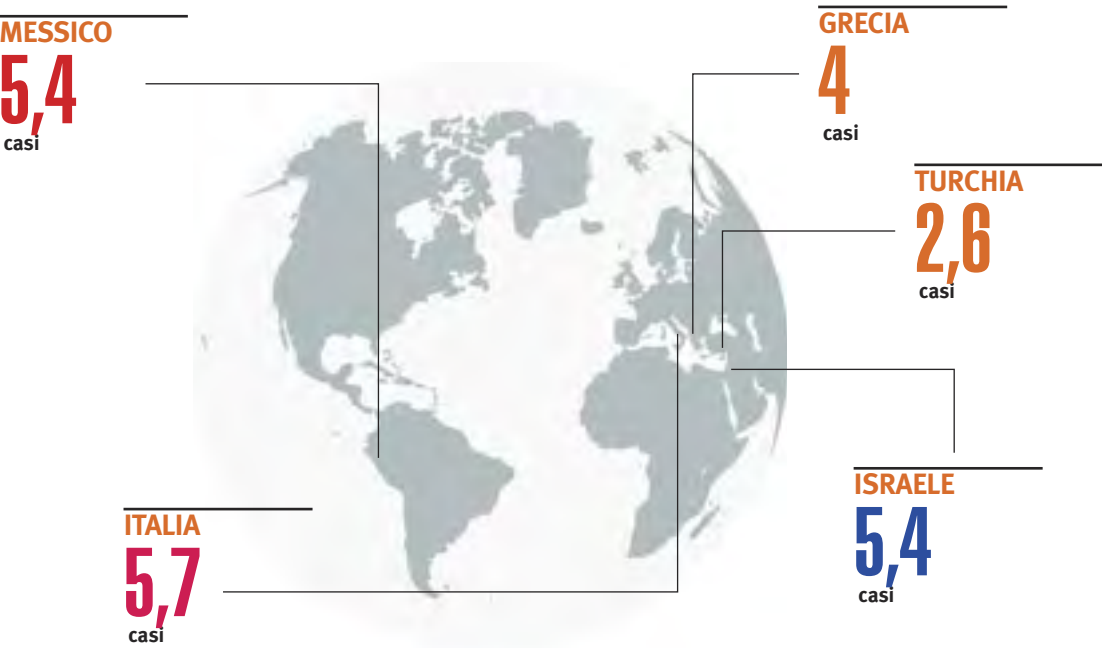


GRAFICO 4. ASPETTATIVA DI VITA, DONNE A 65 ANNI. ANNI



OCSE, L'ASPETTATIVA DI VITA NEL MONDO

MORTALITÀ PER “AUTOLESIONISMO INTENZIONALE” (SUICIDIO) PER 100.000 ABITANTI



guito dalla Turchia con 9,2, dal Cile con 7 e poi troviamo gli Stati Uniti con 5,8 decessi e il Canada con 4,5, sempre ogni 1.000 nati vivi (graf. 5).

Il passo successivo dell’analisi Ocse è calcolare i potenziali anni di vita persi per tutte le cause, ogni 100.000 persone, per donne e uomini, fino a 75 anni.

Ogni 100mila donne italiane fino a 75 anni si sono persi 2.364,3 anni di vita, che collocano l’Italia al sesto posto dopo Giappone (che ne ha persi meno di tutti: 2.144), Spagna, Corea, Lussemburgo e Islanda. La media Ocse è 3.158,47 anni. Ogni 100mila uomini italiani fino a 75 anni, inve-

ce, si sono persi 4.189,6 anni, con l’Italia settima dopo Svizzera (3.613,9 anni, la migliore), Norvegia, Lussemburgo, Svezia, Giappone, paesi Bassi e rispetto a una media Ocse di 6.135,9 anni.

Un dato che l’Ocse fornisce è poi quello sulle cause di mortalità per “autolesionismo intenzionale” (suicidio) per 100.000 abitanti. In questo caso l’Italia è quinta in classifica (tra chi ha il dato minore ovviamente) con 5,7 casi dopo Turchia (2,6), Grecia (4), Messico e Israele (5,4). La media Ocse è di 11,47 e i casi maggiori si sono avuti in Corea (24,6), Lituania (24,4) e Lettonia e Slovenia (18,1).

Sugli stili di vita la rilevazione Ocse è completa

“Un dato che l’Ocse fornisce è poi quello sulle cause di mortalità per “autolesionismo intenzionale” (suicidio) per 100.000 abitanti. In questo caso l’Italia è quinta in classifica (tra chi ha il dato minore ovviamente) con 5,7 casi dopo Turchia (2,6), Grecia (4), Messico e Israele (5,4)



per quanto riguarda l’uso di tabacco e alcol e per l’obesità auto-segnalata.

Nel primo caso – il tabacco – il dato medio italiano è più alto della media Ocse: 19,9% di popolazione over 15 che fuma contro il 18,1% della media Ocse.

Si fuma di meno in Messico (7,6%) e di più in Grecia (27,3%).

Rispetto alla media sia le donne che gli uomini sono più su di quella Ocse, ma tra le prime fuma dopo i 15 anni il 15%, mentre tra i maschi il 25,1 per cento.

In questo caso ai due estremi della classifica ci sono per le donne la Corea con il 3,5% e l’Austria

GRAFICO 5. MORTALITÀ INFANTILE (NESSUNA SOGLIA MINIMA DEL PERIODO DI GESTAZIONE O PESO ALLA NASCITA), DECESSI PER 1000 NATI VIVI

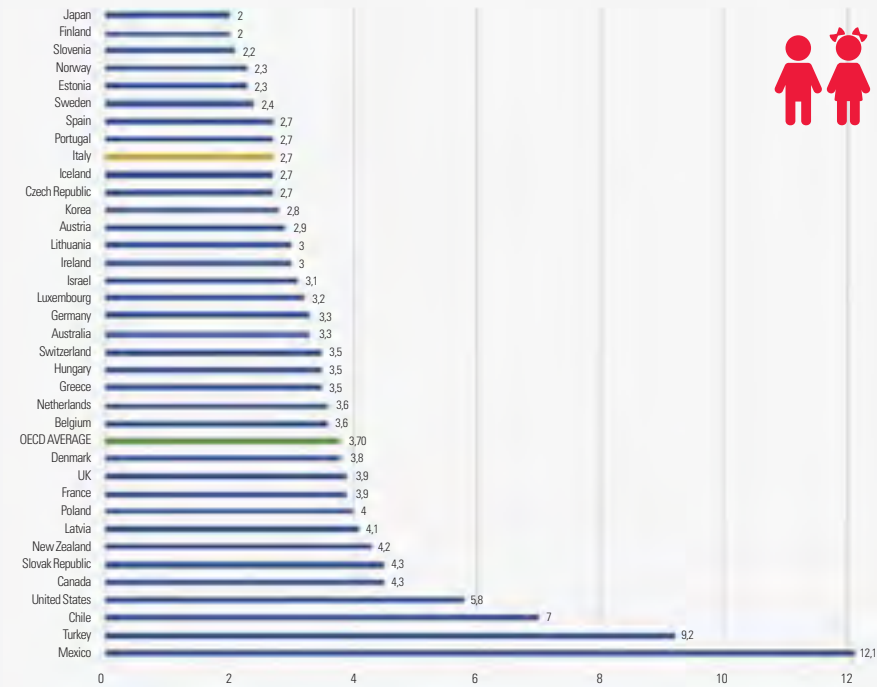
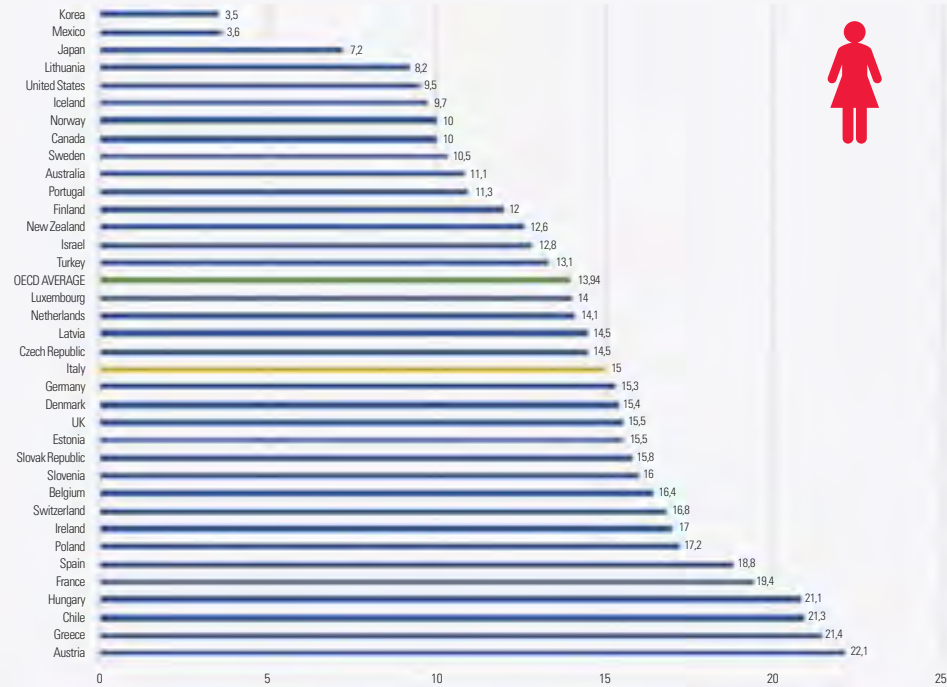


GRAFICO 6. CONSUMO DI TABACCO, % DELLA POPOLAZIONE FEMMINILE OLTRE I 15 ANNI CHE SONO FUMATORI FIORNALIERI





con il 22,1%, mentre per gli uomini l’Islanda con il 9,1% e la Turchia con il 40,1 per cento (**graf. 6**).

Va meglio in Italia per quanto riguarda il consumo di alcol. In questo caso l’Italia è all’ottavo posto e comunque con un valore (litri pro capite over 15 anni) inferiore alla media Ocse: 7,6 contro 8,9. Si beve di meno in Turchia (1,4) e di più in Lituania (12,3).

Sull’obesità auto-segnalata (l’Ocse ha prodotto anche dati su quella misurata, ma l’Italia non figura mai nella rilevazione per nessun anno e comunque dai dati disponibili si nota che quella mi-

surata è superiore mediamente del 25% di quella auto-segnalata) l’Italia è tra le nazioni migliori, seconda (con il 9,4%) per le donne dopo la Corea (2,3%) (la media Ocse è del 16,68 per cento) e terza per gli uomini (11,8%) dopo Corea (4,4%) e Cile (7,9%) (la media Ocse è del 16,78 per cento). Mediamente per i due sessi è al terzo posto con il 10,6% (sempre dopo Corea e Cile), mentre i “grandi obesi” dichiarati sono negli Stati Uniti (31%, che sale al 40% con l’obesità misurata), in Islanda (26,6%) e Ungheria (21,2%), contro una media Ocse del 16,72 per cento (24% con l’obesità misurata) (**graf. 7,8**).

“**Per quanto riguarda il consumo di alcol, l’Italia è all’ottavo posto e comunque con un valore (litri pro capite over 15 anni) inferiore alla media Ocse: 7,6 contro 8,9. Si beve di meno in Turchia (1,4) e di più in Lituania (12,3)**

GRAFICO 7. POPOLAZIONE OBESA, AUTO-SEGNALATA, % DELLA POPOLAZIONE TOTALE

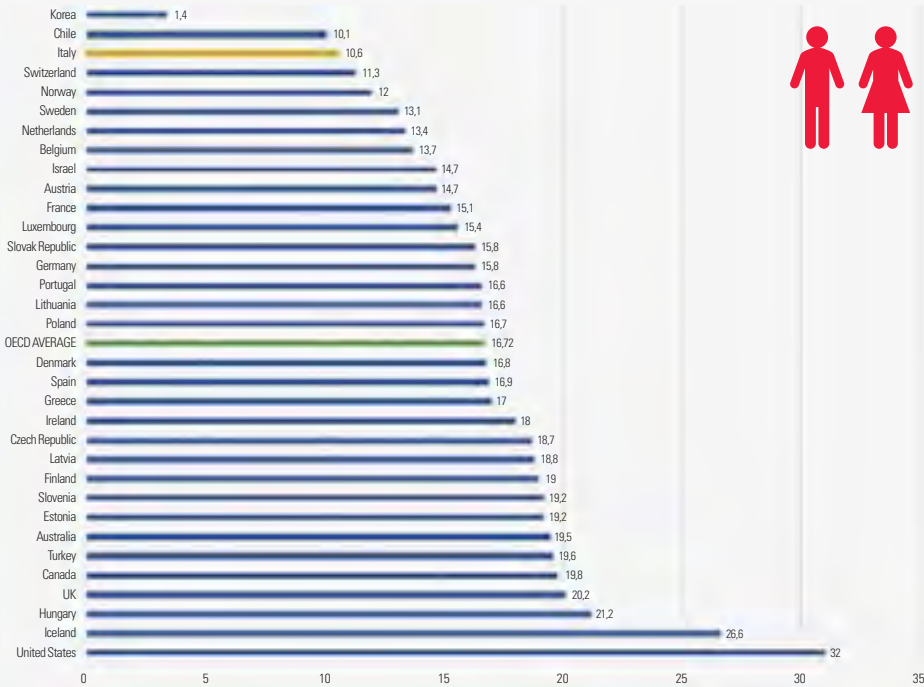
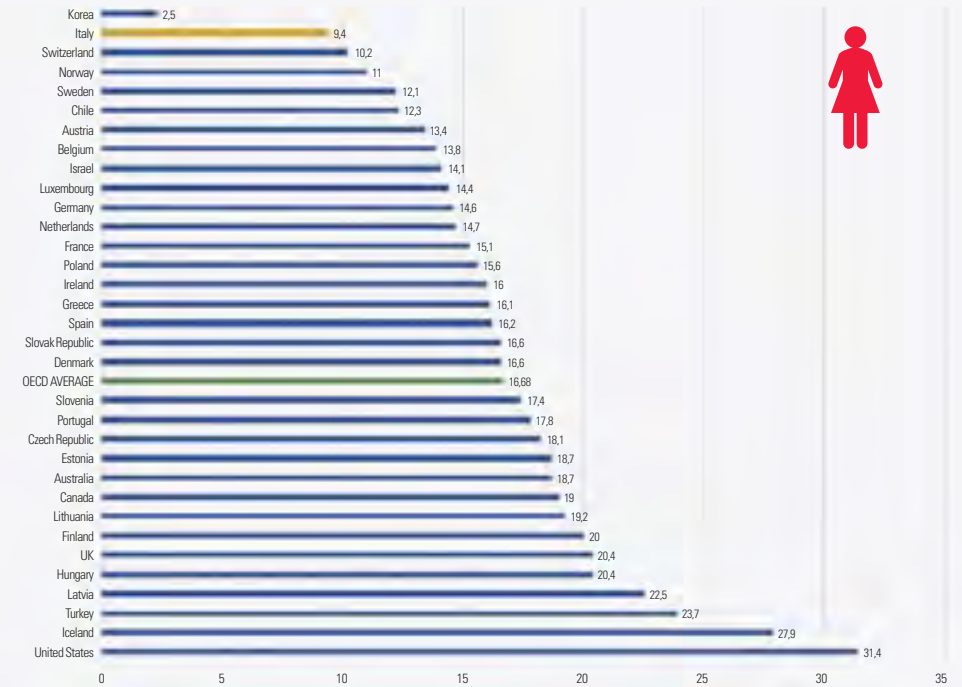


GRAFICO 8. POPOLAZIONE OBESA, AUTO-SEGNALATA, % DELLA POPOLAZIONE FEMMINILE





MENOPAUSA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Il rapporto “vita-fianchi” è un indicatore di rischio

È la prima volta che viene dimostrato che una diversa distribuzione del grasso corporeo, nelle normopeso, può risultare protettiva o al contrario favorire lo sviluppo di malattie cardiovascolari. Il rapporto vita-fianchi va insomma rilevato anche nelle donne in ‘peso forma’ perché può rivelare una popolazione a rischio, finora ignorata. In particolare lo studio Usa rileva che una distribuzione tronculare della massa grassa (conformazione a mela o androide) raddoppia il rischio di eventi cardiovascolari. Mentre se la massa grassa è distribuita prevalentemente sui fianchi e alla radice delle cosce (conformazione ginoide), il rischio si riduce del 40%

Le donne in post-menopausa con una conformazione corporea a ‘mela’ sono più esposte al rischio di eventi cardiovascolari e questo anche in presenza di un indice di massa corporea (BMI) normale (18,5-25 Kg/m²).

A stabilirlo è una ricerca pubblicata su *European Heart Journal*, firmata da **Guo-Chong CheneQibin Qi** (Albert Einstein College of Medicine, New York - Usa) e colleghi che ha rivelato anche un effetto protettivo del grasso accumulato sui fianchi e sulle cosce.

La ricerca ha preso in considerazione 2.683 donne americane, facenti parte della *Women's Health Initiative*, nessuna di loro con cardiopatia ischemica nota al momento dell'arruolamento. Alla fine di un periodo di osservazione di 18 anni, sono stati registrati 291 eventi cardiovascolari. I risultati dello studio hanno dimostrato che le donne normopeso, con massa grassa distribuita prevalentemente a livello dell'addome e del tronco (conformazione ‘a mela’), presentavano un rischio raddoppiato di eventi cardiovascolari.

Al contrario, le donne normopeso con massa grassa distribuita soprattutto a livello delle gambe, avevano un rischio ridotto del 40% di rimanere vittime di un evento cardiovascolare, rispetto a quelle con le gambe snelle. La combinazione peggiore per quanto riguarda la salute di cuore e vasi è quella costituita da depositi di grasso a livello del tronco e gambe snelle; in questo caso il rischio di eventi cardiovascolari risultava maggiore di ben tre volte, rispetto alle donne senza pancia e con depositi di grasso a livello delle cosce e delle gambe.

Non solo bilancia. Fondamentale valutare il rapporto vita-fianchi anche nelle ‘magre’

“Questi risultati – commenta Qi – suggeriscono che le donne in post-menopausa, anche se normopeso, potrebbero essere a rischio cardiovascolare aumentato a causa del pattern di distribuzione del grasso corporeo. Oltre a registrare peso e altezza insomma, bisognerebbe fare attenzione a dove il grasso è distribuito perché questo può andare ad incidere sul rischio cardiovascolare. Questi risultati sono relativi ad una popolazione di donne in post-menopausa e non è detto che possano essere estrapolati anche alla popolazione maschile o a alle donne più giovani”.

“Nella pratica clinica quotidiana – conclude Qi – nel valutare il rischio cardiovascolare ci si limita spesso a registrare peso e altezza del paziente; varie linee guida raccomandano di misurare anche la circonferenza vita, ma in genere solo nei soggetti ad elevato indice di massa corporea (cioè in quelli con BMI > 25 < 43,9 Kg/m²). Limitarsi a registrare peso e altezza nelle donne in menopausa normopeso non consente di effettuare un'attenta valutazione del loro rischio cardiovascola-

re. La valutazione del rischio cardiovascolare nelle persone con un BMI ‘normale’ potrebbe dunque risultare ingannevole, senza tener presente la distribuzione del grasso corporeo; il rischio è quello di non raccomandare adeguate misure di prevenzione a chi invece ne avrebbe bisogno.

Come cambia il corpo con la menopausa

In menopausa, le donne vanno incontro ad alterazioni della loro conformazione corporea e del metabolismo. Il grasso tende a distribuirsi più a livello viscerale, che nel sottocute ad esempio. Dieta ed esercizio fisico, oltre alla genetica, possono ulteriormente condizionare la distribuzione del grasso. E mentre la genetica non è evidentemente modificabile, lo stile di vita può fare molto per ridistribuire i depositi di grasso in modo da ridurre il rischio cardiovascolare.

I prossimi passi della ricerca

Per il prossimo futuro il gruppo di Qi ha in programma un focus sull'impatto a lungo termine delle abitudini dietetiche sulla distribuzione delle riserve di grasso corporee nelle donne in menopausa; valuterà inoltre se e come le abitudini dietetiche possano condizionare il rischio di tumori, malattie cardiovascolari e morte prematura, sempre attraverso la diversa distribuzione del grasso corporeo.

È noto da tempo che il grasso viscerale determina un maggior rischio di condizioni metaboliche (iperglicemia, elevati livelli di insulina e di colesterolo, infiammazione) che possono determinare malattie cardiovascolari. Non è invece chiaro perché il grasso accumulato a livello delle cosce giochi un ruolo protettivo.

Maria Rita Montebelli



CANCRO, UNO STUDIO BRITANNICO SU 400MILA DONNE

Minor rischio di tumore al seno per chi si alza presto

Dormire una quantità sufficiente di ore, svegliandosi la mattina presto, costituisce un fattore di protezione dal cancro al seno. Il dato emerge dai dati provenienti da due studi britannici, che hanno complessivamente valutato oltre 300 mila donne

Lisa Rapaport

(Versione Italiana Quotidiano Sanità/Popular Science)

LE DONNE CHE SI SVEGLIANO PRESTO ogni giorno presentano minori probabilità di sviluppare un tumore della mammella rispetto a quelle che si alzano più tardi al mattino. Anche se lavori precedenti hanno correlato cicli di sonno irregolari e l'eccesso di riposo a un rischio aumentato di tumore al seno, gli studi da cui emerge questa evidenza si sono soffermati su come e quanto spesso l'ora di risveglio delle donne possa influire sul rischio di carcinoma mammario.

Lo studio

Un gruppo di ricercatori di Bristol – guidati da **Rebecca Richmond** – hanno esaminato varianti genetiche associate a tre caratteristiche del sonno: durata, insonnia e un cosiddetto cronotipo mattutino o serotino, che si riferisce a chi si alza presto o tardi.

I dati analizzati si riferivano a 180.216 donne coinvolte nello studio della UK Biobank e a 228.951 donne partecipanti allo studio del Breast Cancer Association Consortium (BCAC).



“**Secondo gli U.S. Centers for Disease Control and Prevention, la maggior parte delle donne che sviluppa un tumore al seno lo fa dopo i 50 anni e fattori critici sono l'anamnesi familiare, determinate mutazioni genetiche, tessuto del seno denso, pubertà precoce o menopausa tardiva. I CDC ritengono che, sebbene le donne non possano controllare nessuno di questi fattori di rischio, ve ne siano alcuni legati allo stile di vita che possono essere modificati. Tra questi, l'essere fisicamente inattive, sovrappeso, bere alcool, avere una prima gravidanza dopo i 30 anni, non allattare al seno**

Nello studio della UK Biobank, ogni 100 donne che si alzavano presto vi era un caso in meno di tumore della mammella rispetto a ogni 100 donne che si alzavano tardi. Tuttavia, non vi era un collegamento chiaro tra tumore al seno e durata del sonno o insonnia. Nel gruppo del BCAC, le donne che si alzavano presto avevano un rischio inferiore di tumore al seno. In questo studio, dormire più delle 7-8 ore a notte consigliate si associava a un rischio aumentato del 19% per ogni ora in più di riposo.

“I risultati di un effetto protettivo della preferenza della mattina sul rischio di tumore al seno nel nostro studio sono in linea con precedenti ricerche che hanno sottolineato un ruolo del lavoro su turni nello sviluppo del tumore della mammella”, ha dichiarato Rebecca Richmond, autrice principale dello studio. Un particolare meccanismo che potrebbe spiegare il collegamento, noto come ipotesi della “luce notturna”, coinvolge la soppressione dei livelli di melatonina nelle donne esposte alla luce artificiale di notte, che a sua volta influenza diverse vie ormonali che potrebbero aumentare il rischio di tumore al seno”.

Secondo gli U.S. Centers for Disease Control and Prevention, la maggior parte delle donne che sviluppa un tumore al seno lo fa dopo i 50 anni e fattori critici sono l'anamnesi familiare, determinate mutazioni genetiche, tessuto del seno denso, pubertà precoce o menopausa tardiva. I CDC ritengono che, sebbene le donne non possano controllare nessuno di questi fattori di rischio, ve ne siano alcuni legati allo stile di vita che possono essere modificati.

Tra questi, l'essere fisicamente inattive, sovrappeso, bere alcool, avere una prima gravidanza dopo i 30 anni, non allattare al seno.

Fonte: BMJ



INVECCHIAMENTO E SESSUALITÀ

Cosa succede in POST MENOPAUSA

Un'ampia indagine condotta nel Regno Unito ha fatto emergere aspetti importanti del rapporto tra donne e sessualità nel periodo post menopausa, ancora largamente inesplorato e fonte di imbarazzo per medici e pazienti



CON L'ETÀ LE DONNE HANNO RAPPORTI SESSUALI meno frequenti e dopo la menopausa traggono meno piacere da tali rapporti. È quanto emerge da uno studio pubblicato dalla rivista *Menopause* e diretto da **Valerie Jenkins**, della Brighton and Sussex Medical School presso l'Università del Sussex nel Regno Unito.

Lo studio

I ricercatori hanno proposto un sondaggio a 24.305 donne, metà delle quali avevano 64 anni o più,

Linda Carroll
(Versione italiana per
Quotidiano Sanità/Popular Science)

e hanno scelto di concentrare la loro analisi sulle 4.418 che hanno compilato una sezione di commento in cui descrivevano le loro esperienze in modo più dettagliato. Solo il 22,5% delle donne, tra i 50 e i 75 anni, hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali nel corso del mese precedente la rilevazione. L'assenza di rapporti era principalmente dovuta alla mancanza di un partner (nel 34,7% dei casi), alla disfunzione sessuale del partner o a problemi fi-

sici e/o mentali della donna. Nella sezione dedicata ai commenti le donne hanno riferito problemi legati ad esempio alla menopausa, come la secchezza vaginale, ma anche il fatto di sentirsi imbarazzate riguardo al proprio corpo o la mancanza di libido. Parlare con un medico potrebbe permettere loro di risolvere alcuni problemi, ma questo tipo di conversazioni "possono risultare difficili sia per i medici che per i pazienti", osserva Harder. Non si parla molto del tema "sessualità e

invecchiamento", bisogna però ricordare che "l'invecchiamento in sé non è un ostacolo per una sana attività sessuale, e ci sono dei modi per conservarla".

Secondo Harder gli operatori sanitari dovrebbero essere più proattivi nell'affrontare l'argomento con le donne, invitarle, insieme ai loro partner, "a parlare più apertamente di possibili cambiamenti e preoccupazioni associati all'invecchiamento o alla menopausa".

Fonte: Menopause 2019



“

Il 22,5% delle donne, tra i 50 e i 75 anni, hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali nel corso del mese precedente la rilevazione. L'assenza di rapporti era principalmente dovuta alla mancanza di un partner (nel 34,7% dei casi), alla disfunzione sessuale del partner o a problemi fisici e/o mentali della donna

'LEGGE GELLI' E ASSICURAZIONI

I vertici Aogoi scrivono al ministro Di Maio per sollecitare gli ultimi decreti attuativi

All'appello per la definitiva attuazione della legge sulla responsabilità professionale mancano infatti ancora tre decreti: sulle forme di copertura; le modalità e i termini per la comunicazione all'Osservatorio Nazionale dei dati; sui criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'IVASS sulle polizze. "In assenza di questi provvedimenti – sottolineano Elsa Viora e Antonio Chiantera – la legge resta monca, a discapito della tutela dei professionisti sanitari e dei pazienti danneggiati"

“

La legge Gelli prevede, in capo ad ogni azienda sanitaria e sociosanitaria, pubblica e privata, l'obbligo di dotarsi di un'adeguata copertura assicurativa per danni derivanti da responsabilità civile verso terzi, o, in alternativa, l'adozione di "altre analoghe misure". Tale obbligo – spiega l'Aogoi in una nota – riguarda anche gli esercenti le professioni sanitarie che vengano chiamati in proprio a rispondere dell'errore medico

"RITENIAMO DOVEROSO, URGENTE E INDIFFERIBILE L'INTERVENTO del Ministro Di Maio, affinché il Dicastero dello Sviluppo Economico adempia agli obblighi previsti dalla Legge 24/2017 (legge Gelli) sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure, obblighi chiari che non possono più essere disattesi. Tutti i protagonisti del mondo sanitario attendono, ormai da tempo, la piena attuazione della legge Gelli, che ha introdotto, tra le novità più rilevanti, un sistema atto a consentire un maggior controllo del rischio e una più effettiva tutela della persona danneggiata e del personale sanitario". Così **Elsa Viora**, Presidente Aogoi, Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani.

La legge Gelli prevede, in capo ad ogni azienda sanitaria e sociosanitaria, pubblica e privata, l'obbligo di dotarsi di un'adeguata copertura assicurativa per danni derivanti da responsabilità civile verso terzi, o, in alternativa, l'adozione di "al-



tre analoghe misure". Tale obbligo – spiega l'Aogoi in una nota – riguarda anche gli esercenti le professioni sanitarie che vengano chiamati in proprio a rispondere dell'errore medico.

La legge (art. 10) demanda a tre specifici provvedimenti successivi, che il Ministero dello Sviluppo Economico avrebbe dovuto emanare entro il 31 luglio 2017, la definizione di alcuni aspetti sostanziali senza i quali la volontà del legislatore è destinata a rimanere priva di effetti:

- i caratteri essenziali delle possibili forme di copertura;
- le modalità e i termini per la comunicazione all'Osservatorio Nazionale dei dati relativi alle polizze stipulate dalle strutture e dai singoli professionisti;

- i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo esercitate dall'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le strutture sanitarie e con gli esercenti la professione sanitaria.

"La tempestiva regolamentazione di questi profili è, quindi, di fondamentale importanza per dare effettività e concretezza al disposto dell'atto legislativo. Al contrario, il perseverare della situazione di stallo in cui ci troviamo comporta evidenti e ingiustificati rischi a carico di tutti gli esercenti la professione sanitaria e dei pazienti, rischi la legge Gelli, già in vigore da due anni, mira esplicitamente a evitare", aggiunge **Antonio Chiantera**, Segretario Nazionale Aogoi.



Elsa Viora
Presidente Aogoi



LUIGI DI MAIO
Vicepresidente del Consiglio dei ministri



Antonio Chiantera
Segretario Nazionale Aogoi

ABORTO O OMICIDIO COLPOSO?

Cassazione chiarisce che in fase di travaglio il feto è una “persona” e conferma condanna ad ostetrica per omicidio colposo e non per aborto colposo

Secondo la Cassazione, il momento della differenza tra aborto e omicidio è l'inizio del travaglio, quando il feto raggiunge l'autonomia: il criterio del distacco dall'utero materno risulta invece abbandonato perché non offre riferimenti temporali precisi. Da qui la condanna di un'ostetrica perché l'omesso monitoraggio fetale non aveva consentito di rilevare la sofferenza in atto e provocava la morte del feto per asfissia perinatale

IL FETO CHE NASCE, DOPO LA ROTTURA DEL SACCO AMNIOTICO è una persona e come tale se l'ostetrica ne procura la morte per asfissia perinatale non è “aborto colposo”, ma omicidio colposo. A stabilirlo la Cassazione (IV sezione penale, sentenza 27539/2019) che ha confermato la condanna di un'ostetrica perché l'omesso monitoraggio fetale non aveva consentito di rilevare la sofferenza in atto e provocava la morte del feto per asfissia perinatale. Condanna sospesa poi con la condizionale.

IL FATTO

Una paziente era ricoverata presso una clinica a seguito della rottura del sacco amniotico e sottoposta a un tracciato cardiotocografico, eseguito dal medico di turno che rilevava l'assenza di contrazioni e di dilatazione del collo dell'utero. Successivamente la partoriente era trasferita in sala travaglio e sottoposta a un nuovo tracciato, con travaglio che ad avviso dell'ostetrica che la assisteva, procedeva lentamente, in quanto la dilatazione del collo dell'utero era di cm. 3-4. Poi la paziente è stata trasferita in sala parto, dove, su suggerimento dell'ostetrica, le era praticata l'anestesia epidurale per i forti dolori sopraggiunti nel frattempo.

Nelle ore successive, il medico, non riuscendo a rilevare con lo stetoscopio ostetrico il battito cardiaco, sollecitava l'ostetrica a praticare un nuovo esame cardiotografico con un apparecchio prelevato all'esterno della sala parto e che, secondo quanto riferito dall'ostetrica, non registrava nessun battito.

A questo punto, il ginecologo praticava la manovra di Kristeller e, dopo tre spinte espulsive, il feto era estratto dall'ostetrica e affidato alle cure del pediatra e dell'anestesista rianimatore, che constatava l'assenza di battito cardiaco, della respirazione, di riflessi e di movimenti. In considerazione delle risultanze dell'esame autoptico e istopatologico, i consulenti concordavano nell'affermare che il feto non aveva mai respirato e che, quindi, era nato morto per asfissia perinatale.

LA SENTENZA

Secondo la Cassazione, il momento della dif-

“

La sentenza conclude con: “Relativamente al trattamento sanzionatorio, va osservato che la determinazione della misura della pena tra il minimo e il massimo rientra nell'ampio potere discrezionale del giudice di merito, il quale assolve il suo compito anche se abbia valutato intuitivamente e globalmente gli elementi indicati nell'art. 133 del codice penale”



ferenza tra aborto e omicidio (scatta l'articolo 589 del codice penale) è l'inizio del travaglio, quando il feto raggiunge l'autonomia: il criterio del distacco dall'utero materno risulta invece abbandonato perché non offre riferimenti temporali precisi.

Pesa contro l'imputata la scorretta esecuzione del tracciato: non si rileva il battito cardiaco proprio mentre il feto sta mettendo in atto i meccanismi di compenso, impedendo così al medico di intervenire. L'ostetrica rassicura il sanitario perché non si accorge dalla sofferenza asfittica e non può rovesciare la responsabilità a carico di altri soggetti presenti in sala parto.

La Cassazione nella sentenza ricorda i punti messi in evidenza dalla Corte di Appello:

- “a) l'assenza di una tempestiva rilevazione della sofferenza asfittica, circostanza che avrebbe imposto di accelerare al massimo la fase espulsiva e l'estrazione del feto;
- b) il mancato espletamento dei necessari monitoraggi cardiotocografici, soprattutto in corrispondenza delle maggiori contrazioni provocate dalla somministrazione dell'ossitocina;
- c) la scorretta esecuzione del secondo e del terzo tracciato (errore tecnico nel posizionamento delle fasce del tocodinamometro);
- d) il rilievo per cui la mancata o scorretta esecuzione dei tracciati non consentiva la rilevazione del battito cardiaco nel periodo in cui il feto stava mettendo in atto i meccanismi di compenso, precludendo così a possibilità di intervenire scongiurando la morte del feto mediante un taglio cesareo o la ventosa ostetrica (qualora la testa del bambino fosse già profondamente impegnata nel bacino materno);
- e) le erronee rassicurazioni formulate al ginecologo sul regolare andamento del travaglio da parte dell'ostetrica nonostante la prosecuzione della sofferenza fetale per non meno di 30 minuti;
- f) l'impossibilità di riversare le responsabilità a carico di altri soggetti presenti in sala parto”.

“Nel caso di specie – si legge nella sentenza – la sentenza impugnata, con congruo ed esauriente

apparato argomentativo, ha quindi evidenziato che l'ostetrica, in conseguenza degli errori e delle omissioni precedenti commessi in violazione dei propri doveri istituzionali, non aveva sollecitato l'attenzione del medico, il quale, se avesse conosciuto tempestivamente la situazione di sofferenza fetale, sarebbe potuto intervenire tempestivamente, scongiurando il verificarsi dell'evento letale.

Quindi “nel motivare il diniego della concessione delle attenuanti generiche non è necessario che il giudice prenda in considerazione tutti gli elementi favorevoli o sfavorevoli dedotti dalle parti o rilevabili dagli atti, ma è sufficiente che egli faccia riferimento a quelli ritenuti decisivi o comunque rilevanti, rimanendo tutti gli altri dissattesi o superati da tale valutazione”.

“Relativamente al trattamento sanzionatorio – conclude la sentenza - va osservato che la determinazione della misura della pena tra il minimo e il massimo rientra nell'ampio potere discrezionale del giudice di merito, il quale assolve il suo compito anche se abbia valutato intuitivamente e globalmente gli elementi indicati nell'art. 133 cod. pen. Il sindacato di legittimità sussiste solo quando la quantificazione costituisca il frutto di mero arbitrio o di ragionamento illogico. Tale ipotesi non ricorre nella fattispecie, laddove la commisurazione della pena è stata correttamente giustificata in riferimento alla complessiva negativa valutazione della vicenda criminosa e della personalità dell'imputata”.

“Deve altresì essere considerata legittima la valutazione incidentale negativa sulla condotta di falsificazione della cartella clinica, a prescindere dal mancato specifico accertamento giudiziale della responsabilità in relazione a tale episodio. Per le ragioni che precedono, il ricorso va rigettato. Al rigetto del ricorso consegue la condanna della ricorrente al pagamento delle spese processuali”.

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE



Il vademecum della Cassazione per l'accertamento effettivo della colpa medica: bisogna considerare quattro "leggi scientifiche"

La Cassazione chiarisce i criteri da considerare nella valutazione dei requisiti di colpevolezza nella responsabilità sanitaria: generalità del caso osservato, controllabilità della teoria scientifica in discussione, grado di conferma della teoria scientifica, riconoscimento nella comunità scientifica di quella teoria. Questi principi sono alla base della determinazione della sussistenza o meno del nesso di causalità tra l'operato del medico e quanto accaduto al paziente

IL NESSO DI CASUALITÀ tra la condotta di un medico e il danno lamentato dal paziente si identifica in base a "leggi scientifiche" che per la Cassazione (sentenza 26568/2919) hanno quattro requisiti per essere tali: la generalità, la controllabilità, il grado di conferma, l'accettazione da parte della comunità scientifica internazionale. Sulla base di questi principi la Cassazione ha confermato l'assoluzione in primo e secondo grado di alcuni medici accusati di aver provocato la morte di una paziente.

IL FATTO

Ricorso in Cassazione contro una sentenza della Corte di Appello che, confermando la decisione di primo grado, ha assolto alcuni medici dai reati previsti dagli articoli 40 (rapporto di casualità), 61 (circostanze aggravanti), 9 (delitto comune del cittadino all'estero) e 589 (omicidio colposo) del Codice penale. Per i ricorrenti invece, quei medici andavano condannati perché, non sottopo-

nendo la paziente ai necessari approfondimenti diagnostici imposti dall'acuzie addominale da cui questa era affetta e non intervenendo chirurgicamente in modo tempestivo, sarebbero responsabili della morte della paziente per insufficienza multiorgano, quale quadro terminale di un infarto intestinale. Con l'aggravante di aver commesso il fatto con violazione dei doveri riferiti alla pubblica funzione esercitata.

LA SENTENZA

I quattro requisiti per identificare il danno in base a leggi scientifiche partono dalla generalità. Questa significa che i casi osservati non devono coincidere con il campo di applicazione della legge, posto che "se un'asserzione non affermasse nulla di più di quanto venga affermato dalle sue prove, sarebbe assurdo adoperarla per spiegare o per predire qualcosa che non sia già contenuto nelle prove medesime". Secondo la Cassazione occorre quin-

di che i casi osservati non coincidano con il campo di applicazione della legge. "Ad esempio – si legge nella sentenza – l'asserto secondo il quale se si conficca un pugnale nel cuore di un essere umano, questi muore, ha una portata generale per-

ché, pur essendo vero che il numero di esempi finora osservati di pugnali conficcati in cuori umani è finito, esiste un'infinità di esempi possibili".

Poi c'è la controllabilità della legge scientifica. La Corte ha affermato che "una teoria risulta soddisfacente di fatto (e non solo potenzialmente) se supera i controlli più severi" e, quindi, è indispensabile valutarla alla luce dei controlli osservativi e sperimentali.

Secondo la Corte, per quante conferme una teoria possa avere avuto, essa non è mai certa, in quanto un controllo successivo può sempre smentirla. "Miliardi di conferme non rendono certa una teoria mentre un solo fatto negativo, dal punto di vista logico, la falsifica. Di



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

qui il celebre criterio della falsificabilità elaborato nel pensiero epistemologico moderno, secondo cui un sistema teorico è scientifico solo se può risultare in conflitto con certi dati dell'esperienza. È la caratteristica logica di essere deduttivamente falsificabili che contraddistingue le teorie scientifiche. Le teorie pseudo-scientifiche, come l'astrologia, fanno talvolta delle predizioni corrette ma sono formulate in un modo tale da essere in grado di sottrarsi ad ogni falsificazione e perciò non sono scientifiche. Va da sé che ove un'affermazione scientifica si imbatte in un singolo caso falsificante, essa deve essere immediatamente respinta. La controllabilità coincide con la falsificabilità e cioè con la smentibilità. Non esiste quindi alcun processo induttivo mediante cui le teorie scientifiche siano confermate. Noi possiamo controllare la validità delle teorie scientifiche esclusivamente deducendone conseguenze e respingendo quelle teorie che implicano una singola conseguenza falsa”.

Terzo aspetto il grado di conferma. Deve intendersi “un resoconto valutativo dello stato - a un determinato momento storico - della discussione critica di una teoria, relativamente al suo grado di controllabilità, alla severità dei controlli cui è stata sottoposta e al modo in cui li ha superati”.

E la Cassazione fa esempi questa volta dalla giurisprudenza statunitense che, nella sentenza Daubert, ha ritenuto una teoria scientifica affidabile se è verificabile e sottoposta a tentativi di falsificazione con esito negativo e se si è in grado di conoscere il tasso di errore.

“In questa prospettiva – si legge nella sentenza - si è evidenziato, in giurisprudenza, che la legge causale scientifica può considerarsi tale soltanto dopo essere stata sottoposta a ripetuti, superati tentativi di falsificazione e dopo avere avuto ripetute conferme, donde, appunto, l'alto grado di conferma che la contraddistingue e donde la ‘fiducia’ che non può non esserle riservata. La certezza che essa esprime viene connotata con le formule ‘alto grado di probabilità’, ‘alto grado di credibilità razionale’, ‘alto grado di conferma’, proprio perché non è un valore assoluto, non è un'acquisizione irreversibile, poiché è certezza ‘allo stato’ ma - va aggiunto allo stato è certezza e non probabilità”.

Infine l'accettazione della legge scientifica. Requisito che deve caratterizzare una legge scientifica validamente utilizzabile dal giudice: l'accettazione diffusa in seno alla comunità scientifica.

Si tratta del requisito definito dalla

“

La sentenza afferma che “la rilevanza di questo requisito è tale da segnare il discrimine tra affermazione e negazione del nesso di causalità. Incertezza scientifica significa mancanza di accettazione da parte della generalità della comunità scientifica della validazione di un'ipotesi. E da tale Incertezza non può che conseguire l'assoluzione dell'imputato perché in questi casi non può ritenersi realizzata l'evidenza probatoria in ordine all'effettiva efficacia condizionante della condotta”.

Corte come il più pregnante, la cui rilevanza “è tale da segnare il discrimine tra affermazione e negazione del nesso di causalità”.

La sentenza afferma che “la rilevanza di questo requisito è tale da segnare il discrimine tra affermazione e negazione del nesso di causalità. Incertezza scientifica significa mancanza di accettazione da parte della generalità della comunità scientifica della validazione di un'ipotesi. E da tale Incertezza non può che conseguire l'assoluzione dell'imputato perché in questi casi non può ritenersi realizzata l'evidenza probatoria in ordine all'effettiva efficacia condizionante della condotta”.

Rimane però fermo che - aggiunge la sentenza - ai fini della ricostruzione del nesso causale, è utilizzabile anche una legge scientifica che non sia unanimemente riconosciuta, essendo sufficiente il ricorso alle acquisizioni maggiormente accolte o generalmente condivise, attesa la diffusa consapevolezza della relatività e mutabilità delle conoscenze scientifiche”.

“Sulla base delle considerazioni formulate – spiega la Cassazione - **le Sezioni unite**, con impostazione sostanzialmente confermata dalla giurisprudenza successiva, **hanno enunciato**, per quanto attiene alla responsabilità professionale del medico, relativamente al profilo eziologico, **i seguenti principi di diritto:**

- **il nesso causale può essere ravvisato** quando, alla stregua del giudizio controfattuale, condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica -, si accerti che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa, l'evento non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva. Non è però consentito dedurre automaticamente il coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, cosicché, all'esito del ragionamento probatorio, che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori eziologici alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con «alto grado di credibilità razionale”.

- **L'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del**



nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio. Ne deriva che nelle ipotesi di omicidio o lesioni colpose in campo medico, il ragionamento controfattuale deve essere svolto dal giudice in riferimento alla specifica attività (diagnostica, terapeutica, di vigilanza e salvaguardia dei parametri vitali del paziente o altro) che era specificamente richiesta al sanitario e che si assume idonea, se realizzata, a scongiurare o ritardare l'evento lesivo, come in concreto verificatosi, con alto grado di credibilità razionale.

- **Sussiste, pertanto, il nesso di causalità tra l'omessa adozione**, da parte del medico, di misure atte a rallentare o bloccare il decorso della patologia e il decesso del paziente, allorché risulti accertato, secondo il principio di controfattualità, condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica, universale o statistica, che la condotta doverosa avrebbe inciso positivamente sulla sopravvivenza del paziente, nel senso che l'evento non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato in epoca posteriore o con modalità migliorative, anche sotto il profilo dell'intensità della sintomatologia dolorosa.

Nel caso specifico, la Cassazione dà ragione alla Corte di Appello perché “gli esiti del giudizio controfattuale appena evidenziati sono oggettivamente assai lontani dall'assicurare la certezza processuale che, ove l'azione doverosa omessa (effettuazione di esame TAC o di ecografia) fosse stata effettuata l'exitus non si sarebbe verificato o si sarebbe verificato in epoca significativamente posteriore o con modalità meno gravose per la paziente, anche sotto il

profilo di una minore sofferenza. Lo stesso ricorrente indica percentuali di sopravvivenza pari ‘anche’ al 67% nelle forme di ostruzione venosa e al 58% in quelle arteriose (vedi terzultima pagina del ricorso). In presenza dei coefficienti probabilistici appena evidenziati, infatti, non può sostenersi che la prospettazione accusatoria si collocasse nella prospettiva dell'al di là di ogni ragionevole dubbio. Può infatti addivenirsi a declaratoria di responsabilità, in conformità al canone dell'“oltre il ragionevole dubbio”, soltanto qualora la ricostruzione fattuale a fondamento della pronuncia giudiziale espunga dallo spettro valutativo soltanto eventualità remote, astrattamente formulabili e prospettabili come possibili in rerum natura ma la cui effettiva realizzazione, nella fattispecie concreta, risulti priva del benché minimo riscontro nelle risultanze processuali, ponendosi al di fuori dell'ordine naturale delle cose e dell'ordinarla razionalità umana”.

“Viceversa – prosegue la sentenza confermando l'assoluzione della Corte di Appello – nel caso in esame, la possibilità che, pur in presenza del comportamento alternativo lecito, l'evento morte si verificasse lo stesso, lungi dall'essere remota, era più che concreta, essendo connotata da un coefficiente probabilistico senz'altro ragguardevole, in quanto, nell'ottica del giudizio di probabilità logica, l'analisi delle caratteristiche del caso concreto (l'età avanzata della paziente, le sue condizioni generali, essendo ella reduce da un importante intervento chirurgico, la stabilizzazione del quadro clinico, l'aspecificità e la scarsa significatività della sintomatologia) ha portato, in sede controfattuale, a un decremento del coefficiente percentualistico inerente alle possibilità salvifiche del comportamento alternativo doveroso, ridottosi a una misura ampiamente insufficiente a valicare la soglia del ragionevole dubbio”.