

**AOGOI**

Organo Ufficiale dell'Associazione  
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 6 Responsabilità professionale**  
Tutte le tappe per l'attuazione  
della legge
- 16 CRISPR-Cas9**  
Dove ci porterà la rivoluzionaria  
tecnica di editing del genoma
- 29 Master Aogoi-Iulm**  
Impariamo a parlare  
di sesso 'sicuro'

# Gyneco Aogoi

NUMERO 2 - 2017 - BIMESTRALE - ANNO XXVII

## Responsabilità professionale e sicurezza delle cure

ECCO  
LA NUOVA  
LEGGE

**AOGOI ORGOGLIOSI DI AVER FATTO  
LA NOSTRA PARTE**

# Effetto protettivo di un fitocomposto naturale nel trattamento delle candidosi vulvo-vaginali ricorrenti\*

## Introduzione

**Il 70% delle donne che soffre di RWC (candidosi vulvo-vaginali ricorrenti) trattato con un antifungino convenzionale può incorrere in una recidiva entro 6 mesi. Il trattamento ripetuto con queste molecole non è però privo di effetti collaterali.**

Con lo scopo di minimizzare i possibili effetti negativi dei trattamenti convenzionali, sono stati testati differenti approcci terapeutici, tra i quali l'utilizzo di fitoterapici. In questo studio è stato utilizzato un prodotto naturale a

## Protocollo dello studio

Questo studio prospettico randomizzato ha coinvolto 82 donne, tra i 19 e i 61 anni, con una storia di almeno 4 episodi di candidosi vulvo-vaginale nei 12 mesi precedenti. Le pazienti sono state divise in due gruppi. **Al gruppo A** è stato somministrato Itraconazolo, 200 mg per via orale per quattro giorni e successivamente 200 mg una volta alla settimana per 6 mesi; **al gruppo B** sono state somministrate 2 capsule al giorno di un fitocomposto a base di Polygodial per 30 giorni e successivamente 1 capsula/die, i primi 15 giorni del mese, per 5 mesi. I due gruppi sono stati controllati dopo ulteriori 6 mesi, durante i quali non hanno ricevuto nessun trattamento.

## Risultati

Dall'analisi dei dati è risultato che il trattamento con Itraconazolo ha risolto la sintomatologia in circa due settimane. L'assunzione di Polygodial ha richiesto, invece, un tempo superiore per guarire la totalità delle pazienti (da uno a due mesi). In particolare, dopo il primo mese di trattamento, il 97% delle pazienti che aveva assunto Itraconazolo è risultato guarito contro il 63% delle pazienti che aveva assunto Polygodial. In ogni caso, a partire dal secondo mese di osservazione, entrambi i trattamenti hanno mostrato un'efficacia sovrapponibile (fig. 1).

**I dati hanno evidenziato che, allo scadere del dodicesimo mese, ha manifestato recidive il 65,7% delle pazienti che ha assunto Itraconazolo contro il 34,2% delle pazienti che ha assunto Polygodial** (fig. 2). Un ulteriore dato molto interessante riguarda i ceppi di Candida coinvolti nelle recidive. I risultati hanno mostrato un aumento importante dei ceppi del tipo "non albicans" nelle pazienti trattate con Itraconazolo.

Se all'inizio del lavoro il totale delle infezioni era costituito dal **47,2%** di ceppi "non albicans", durante i sei mesi di controllo, senza trattamento, i ceppi "non albicans" sono saliti al **79,1%**. Questo aumento non si è verificato nelle pazienti trattate con Polygodial: dal **44,4%** al **49,8%**, aumento non statisticamente significativo (fig. 3).

## Conclusione

**Questo studio dimostra che nelle candidosi vulvo-vaginali, soprattutto quelle che presentano frequenti recidive, Polygodial risulta un valido trattamento. I dati mostrano, a fronte di un tempo maggiore per ottenere la guarigione, una significativa diminuzione delle recidive e un minor sviluppo di ceppi "non albicans", ceppi, questi, particolarmente difficoltosi da combattere con gli attuali protocolli terapeutici.**

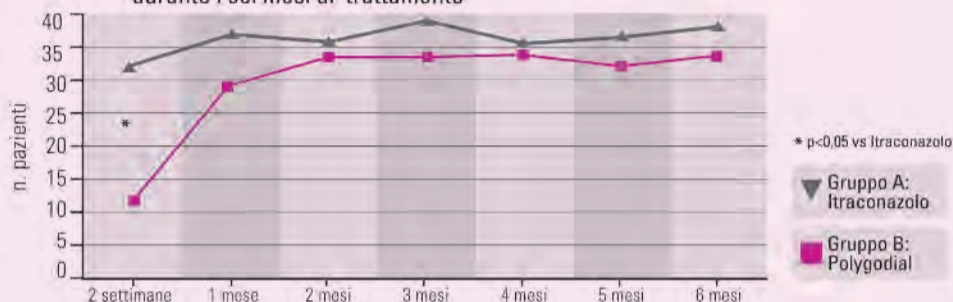
\* F. Marotta et al. Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agents. 2011; Vol. 25, no. 4.

## COMUNICAZIONE DESTINATA AL CORPO PROFESSIONALE

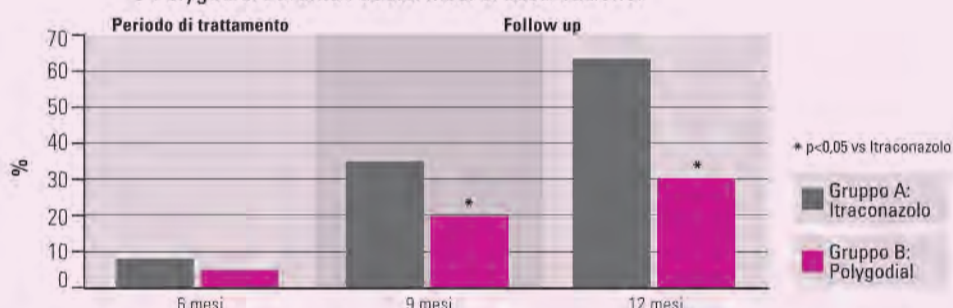
base di Polygodial, già precedentemente testato per le sue proprietà inibitorie nei confronti della proliferazione e traslocazione della Candida. **Il principale obiettivo del lavoro è stato quello di confrontare il fitocomposto, a base di Polygodial, con un convenzionale prodotto di sintesi per ottenere la scomparsa dei sintomi e l'eradicazione dell'infezione.**

**Un ulteriore obiettivo del lavoro è stato quello di verificare le recidive post-trattamento a 6 mesi ed eventuali resistenze a differenti ceppi fungini.**

**Fig. 1:** numero di pazienti che hanno risolto la sintomatologia durante i sei mesi di trattamento



**Fig. 2:** percentuale di RWC in pazienti trattate con Itraconazolo o Polygodial durante i dodici mesi di osservazione.



**Fig. 3:** ceppi fungini isolati da pazienti con RWC.

Ceppi fungini	Itraconazolo (inizio studio: 38)	Itraconazolo (recidive: 34)	Polygodial (inizio studio: 38)	Polygodial (recidive: 14)
<b>C. albicans</b>	20 (52,6%)	11 (32,3%)	21 (55,2%)	7 (50,0%)
C. tropicalis	1 (2,6%)	1 (2,9%)	3 (7,8%)	-
C. glabrata	12 (31,5%)	16 (47,0%)	9 (23,6%)	4 (28,5%)
C. guilliermondii	-	1 (2,9%)	-	-
C. parapsilosis	1 (2,6%)	2 (5,8%)	3 (7,8%)	2 (14,2%)
C. krusei	4 (10,5%)	6 (17,6%)	2 (5,2%)	1 (7,1%)
Altre specie di Candida	-	1 (2,9%)	-	-
<b>Totale ceppi "non albicans"</b>	<b>47,2%</b>	<b>79,1%</b>	<b>44,4%</b>	<b>49,8%</b>



## Integratore alimentare a base di Pseudowintera colorata (Polygodial), Anice verde, $\beta$ -glucano e Vitamina C

- **Composizione:** 2 capsule contengono: Pseudowintera colorata polvere 300 mg, Anice verde e.s. 290 mg, Betaglucano 200 mg, Vitamina C 90,26 mg.
- **Posologia:** 1 capsula, 2 volte al giorno. Assumere a stomaco pieno, da deglutire con acqua. Non aprire le capsule.
- **Confezioni:** 30 capsule vegetali.

# IN QUESTO NUMERO

## Buona lettura!

**SONO LIETA** che *Gyneco* inauguri la nuova veste grafica dedicando la sua apertura all'approvazione della Legge sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure: un risultato che in molti non hanno esitato a definire "storico" per la sanità italiana. Certamente si tratta di una legge molto attesa dalla classe medica che ora, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, può guardare con maggior serenità al proprio lavoro, con la consapevolezza che a beneficiarne saranno anche i pazienti, che avranno la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

**PER LA NOSTRA ASSOCIAZIONE**, che ha dato un contributo importante all'elaborazione di questo provvedimento, questo rappresenta il coronamento di un impegno ultradecennale sul fronte della responsabilità professionale portato avanti, senza risparmio di energie, anche a livello europeo.

**MOTIVO DI RIFLESSIONE** per tutti noi sono i dati Cedap relativi al 2014 da cui emerge sia una percentuale elevata di tagli cesarei con distribuzione diversificata nelle varie regioni (proprio per questo Aogoi è attiva anche con Corsi di formazione ed aggiornamento sulle emergenze in sala parto e Convegni regionali con sessioni dedicate al Comitato Percorso Nascita) sia una riduzione delle nascite confermata dai dati Istat 2016. Su questo numero troverete le pagine dedicate alla scienza, con un focus sulla rivoluzionaria tecnica di editing del genoma CRISPR-Cas9 in grado di correggere errori genetici, e quindi potenzialmente capace di curare malattie e modificare alcune caratteristiche dell'individuo. Una scoperta che, qualora possa trovare applicazione nella pratica clinica, aprirà nuovi orizzonti ma anche un ampio dibattito etico.

**VORREI INFINE RICHIAMARE** la vostra attenzione sull'ultima iniziativa realizzata dalla nostra Associazione nell'ambito della comunicazione: il Master Aogoi-Iulm dedicato alla comunicazione medico-paziente sulle malattie sessualmente trasmissibili, che decollerà il 26 maggio prossimo. Questa esperienza formativa, unica nel suo genere, testimonia ancora una volta l'importanza che l'Aogoi attribuisce al ruolo della comunicazione, dell'informazione e dell'aggiornamento dei ginecologi italiani.

**ELSA VIORA**  
Presidente Aogoi



### Perché una nuova veste grafica



Da questo numero *GynecoAogoi* si presenta con una grafica rinnovata. Obiettivo: una migliore leggibilità, una più netta definizione delle varie sezioni, un miglior uso delle immagini, più spazio agli approfondimenti e alle inchieste. Se la "forma" a volte è anche "sostanza" ci auguriamo che questo restyling funzioni da stimolo per il lettore. E quando si parla di lettore s'intende uno alla pari. Un partner che è impaziente non solo di sfogliare il numero di *Gyneco* che ha tra le mani, ma anche di raccontare (semmai) le proprie sfide oltre che le proprie esperienze. Uno che è capace di saper accogliere opinioni differenti nel quadro di valori condivisi.

## INDICE

## QUATTRO

**Il 'ddl Gelli' è legge.** "Una grande vittoria dell'AOGOI, una conquista di equità e di tutela sociale e professionale". Ecco le prossime tappe per l'attuazione della legge

## OTTO

**Rapporto nascite 2014.** Ancora troppi cesarei. Due madri su 10 straniere. Al Sud 40% parti in strutture sotto i 1000 parti/anno

## DIECI

**Stipendi Ssn:** nella sanità si guadagna molto meno che negli altri comparti P.A. I dati dell'aggiornamento dell'Aran

## QUATTORDICI

**Intervista a Pietro Bartolo,** Medaglia d'oro Aogoi per il suo coraggio, l'impegno civile, il senso del dovere di medico e di ginecologo

## VENTITRE

**Caso San Camillo.** Aogoi: "Il clamore mediatico non giova alla soluzione dei problemi". Contributi di Elsa Viora, Sandro Viglino e Benedetto Fucci

**Gyneco Aogoi**

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

Numero 2 - 2017  
Anno XXVIII

**Presidente**  
Elsa Viora

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

**Direttore Responsabile**  
Cesare Fassari  
**Coordinamento Editoriale**  
Arianna Alberti  
email: a.alberti@hcom.it

**Editore**  
Edizioni Health Communication  
**Pubblicità**  
Edizioni Health Communication  
via Vittore Carpaccio, 18  
00147 Roma

**Stampa**  
STRpress  
Pomezia - Roma  
**Abbonamenti**  
Anno: 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:  
aprile 2017  
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

**AOGOI**  
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE  
E SICUREZZA DELLE CURE



# AL VIA LA NUOVA LEGGE



## Aogoi: Orgogliosi di aver fatto la nostra parte

**Il 28 febbraio 2017 è “una data storica per la sanità italiana”. Dopo oltre 15 anni di dibattito parlamentare il Parlamento è riuscito finalmente a dare una risposta complessiva al tema della responsabilità professionale del personale sanitario e della sicurezza delle cure per i pazienti**

**DOPO OLTRE 15 ANNI** di dibattito parlamentare ed un primo tentativo, con la legge Balduzzi, di normare la materia, il Parlamento è riuscito finalmente a dare una risposta complessiva al tema della responsabilità professionale del personale sanitario e della sicurezza delle cure per i pazienti. L'obiettivo della legge – approvata in via definitiva il 28 febbraio scorso e pubblicata in G.U. il 17 marzo – è quello di rispondere principalmente a due problematiche: la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Il tutto nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte, ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile e,

dall'altra, garantendo ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti. Con il nuovo provvedimento cambia la responsabilità civile e penale per gli esercenti la professione sanitaria, si regola l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management), si prevede l'obbligo per le direzioni sanitarie delle strutture di fornire la documentazione sanitaria dei pazienti che ne faranno richiesta entro 7 giorni, e si affidano le linee guida non più solo ad una generica ed imprecisata “comunità scientifica” della Legge Balduzzi bensì a società iscritte in apposito elenco presso il Ministero della Salute ed in possesso di requisiti previsti dalla legge, nonché ad enti, istituzioni ed associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie con le medesime prerogative.

### **Una grande vittoria dell'Aogoi, una conquista di equità e di tutela sociale e professionale**

Il 28 febbraio “è una data storica per sanità italiana”. A pensarla così non è solo il relatore del disegno di legge sulla Responsabilità professionale, **Federico Gelli**, che con queste parole ha commentato ‘a caldo’ l'approvazione definitiva della legge, ma anche i tanti protagonisti che si sono impegnati e hanno lottato, è il caso di dirlo, ‘con le unghie e con i denti’ per una giusta causa: restituire serenità ai medici, garantire la sicurezza delle cure, sviluppare un sistema nazionale, regionale, aziendale di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio, arginare il contenzioso e la medicina difensiva. È per raggiungere questa ‘meta’ che i vertici della nostra Associazione, oltre un decennio fa, hanno intrapreso un lungo cammino, sensibilizzando e coinvolgendo sul tema re-



“ Cambia la responsabilità civile e penale per gli esercenti la professione sanitaria, si regolamenta l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio

**Dalla “Commissione Orlando” alla “Commissione Alpa”.** “Determinanti sono state le sinergie con i rappresentanti delle istituzioni che hanno ‘abbracciato la causa’ della responsabilità medica – ha aggiunto il past president Aogoi e vice presidente Sigo **Vito Trojano**. In particolare l'apporto e il sostegno di alcuni parlamentari, come il collega **Benedetto Fucci**, e molti altri che l'Aogoi ha pubblicamente ringraziato per il loro impegno”. “Per diventare dei veri interlocutori ‘attivi’ nel dialogo con le istituzioni è stato necessario un grande impegno. Oserei dire un lungo ‘lavoro ai fianchi’. Oggi la presenza delle società scientifiche, il loro coinvolgimento nelle varie commissioni parlamentari appare scontato ma non è stato sempre così. I nostri sforzi però sono stati premiati e in questi anni abbiamo partecipato, con un ruolo attivo, a tutte le commissioni parlamentari coinvolte sui temi della sicurezza delle cure e la responsabilità medica, che poi hanno prodotto indagini importanti. Penso per esempio alla **Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario** e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, presieduta da Leoluca Orlando e coordinata da Benedetto Fucci, che si è conclusa nel 2012 con l'indagine conoscitiva sul percorso nascita e sulla situazione dei punti nascita, alla quale l'Aogoi ha dato un contributo fondamentale (analizzando i dati di tutte le Procure italiane) e che ha rappresentato la roadmap per la riorganizzazione del percorso nascita nel nostro Paese. Alla più recente **Commissione ministeriale Alpa**, voluta dal ministro Lorenzin per approfondire il tema della medicina difensiva e proporre alcune soluzioni giuridiche per normare la materia della responsabilità professionale sanitaria che, come ha ricordato l'On. **Federico Gelli**, ha aiutato moltissimo per i lavori preparatori della legge.

**L'unione fa la forza.** “Un passaggio fondamentale è stata la costruzione di un'alleanza tra società scientifiche – ha ricordato il segretario nazionale **Antonio Chiantera**. In particolare con il Collegio italiano dei Chirurghi (Cic) con cui abbiamo condiviso molte tappe di questo percorso, rilanciando una ‘piattaforma’ di proposte e iniziative comuni e denunciando con forza, quando è stato necessario, gli attacchi mediatici di cui è stata spesso bersaglio l'intera classe medica”.

**Roma – Bruxelles – Roma. Nasce il Network europeo sulla responsabilità medica.** “Questo percorso ci ha portati fino a Bruxelles con un obiettivo preciso: stimolare l'interesse della Commissione europea ad emettere proposte per armonizzare discipline e prassi in tema di responsabilità medica, e soprattutto in tema di prevenzione e gestione del rischio clinico – ha ricordato l'avvocata **Vania Cirese**, responsabile dell'Ufficio legale Aogoi - Sezione penale. Dal 2008 si è lavorato per attrarre l'attenzione a livello politico sul tema della sicurezza delle cure e mentre si avviavano campagne di sensibilizzazione in Italia, lo si faceva anche presso le Istituzioni della Ue”. Come risultato il Consiglio ha emesso una raccomandazione nel 2009 e la Commissione Ue una relazione nel 2012 e una nel 2014, presentando agli Stati membri una serie di misure per il rafforzamento dei sistemi di sorveglianza al fine di identificare e ▶

sponsabilità medica una platea via via sempre più ampia, composta dai vari attori e stakeholder della sanità, rappresentanti delle istituzioni, giuristi, esponenti del mondo assicurativo.

**Il punto di partenza: una cultura medico legale.** “È stato un cammino faticoso, pieno di ostacoli, anche perché il tema è enorme e delicato, sia per i professionisti della sanità che per i pazienti – ha sottolineato il segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera**. La nostra prima sfida, forse la più difficile, è stata quella di creare una ‘consapevolezza’ e quindi di promuovere una ‘cultura medico-legale’, non solo tra i nostri soci ma anche tra i colleghi di altre specialità. Questa è stata la base di partenza che ci ha permesso di mettere a fuoco le varie tessere che compongono il complesso mosaico della responsabilità medica. E di dare visibilità e voce al grande malessere che attraversava e tuttora attraversa l'intera classe medica”. Di qui gli innumerevoli convegni, i corsi, le mobilitazioni. Perfino lo ‘sciopero del parto’ nel 2013. “**Il nostro principale punto di forza** – ha aggiunto Chiantera – è stato quello di creare una squadra ‘dedicata’ alla responsabilità medica, coadiuvata dall'**Ufficio Legale Nazionale** che nel tempo abbiamo potenziato, giovandoci di un'altissima competenza in materia e anche nell'ambito della normativa comparata e Ue. L'Ufficio legale, composto da un pool di colleghi e avvocati esperti, è stato ed è uno strumento importantissimo non solo ai fini della tutela legale dei nostri soci (non dimentichiamo mai che la ginecologia-ostetricia è tra le specialità più colpite dal contenzioso) ma anche per l'elaborazione di proposte legislative che sono frutto e sintesi dell'esperienza di chi lavora ‘sul campo’ e conosce molto da vicino queste problematiche” e riesce a far comunicare scienza medica e scienza giuridica.

## I RINGRAZIAMENTI DEL MINISTRO

“**Desidero ringraziarVi per l'ottimo lavoro svolto in seno alla Commissione sulla Responsabilità professionale e la medicina difensiva**” – ha scritto il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** nella lettera indirizzata al Past President Aogoi **Vito Trojano** e agli altri membri della **Commissione Alpa**.

“La legge 8 marzo 2017 n. 24 rappresenta, infatti, un risultato storico, una svolta nella lotta alla medicina difensiva, poiché assicura il giusto equilibrio tra la tutela dei medici, che hanno bisogno di svolgere il loro delicato compito serenamente, e il diritto inderogabile dei cittadini di essere garantiti in maniera chiara e diretta dinanzi ai casi di malasanità.

“Ritengo – scrive il Ministro – che tale provvedimento normativo costituisca un vantaggio per la sanità tutta, in quanto mette finalmente ordine in un ambito così delicato e chiarisce definitivamente ruoli e responsabilità”

“La vostra competenza unita all'altissima professionalità e all'elevato impegno – conclude Lorenzin – sono stati strumenti indispensabili nonché alleati preziosi per il raggiungimento di questo importante traguardo”.

## ANTONIO CHIANTERA

### L'Aogoi parte importante di questo risultato

“**Una meta che sembrava impossibile finalmente è stata raggiunta** e senza presunzione credo di poter dire che la nostra associazione ha svolto una parte importante in questo risultato. Ripongo fiducia in questa legge perché attraverso tutto un insieme di norme affronta alla radice due questioni cruciali che in questi anni hanno compromesso la serenità della nostra vita professionale: contenzioso medico legale e medicina difensiva. Sono particolarmente orgoglioso che siano state accolte moltissime delle proposte avanzate dall'Aogoi, in particolare in materia di gestione del rischio clinico, Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, riforma della disciplina sulla nomina dei Ctu. Il nostro principio guida nella battaglia sulla responsabilità medica è sempre stata la convinzione che garantire la sicurezza di un medico è la premessa indispensabile per garantire la sicurezza e la salute delle sue pazienti.

## VITO TROJANO

### Chiave di volta la Commissione Alpa

“Questa legge migliorerà l'assistenza sanitaria nel suo complesso, avremo un migliore rapporto tra medico, paziente e struttura e finalmente riusciremo a rendere più competitivo il nostro sistema sanitario. Non c'è dubbio che sia stato raggiunto un traguardo importante e che questo traguardo sia stato reso possibile grazie all'apertura di tutte le Istituzioni – a cominciare dalla ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, fino ai parlamentari di diversi schieramenti – verso i professionisti del settore. E questo è un dato importante e rappresenta un ‘precedente’ di cui si dovrà tener conto in futuro.

Esemplare in questo senso è stato il lavoro svolto dalla Commissione Alpa, ossia quell'organismo di 24 esperti, tra magistrati, avvocati, medici chirurghi e medici legali, chiamati dal Ministero della Salute ad affrontare le problematiche in materia di medicina difensiva e di responsabilità professionale. Considero perciò un vero privilegio quello di essere stato l'unico rappresentante della ginecologia italiana chiamato a far parte di questa Commissione che ha redatto il testo di legge che è stato successivamente rielaborato, prima dalla Camera e poi dal Senato.

Questa legge rappresenta un grande risultato anche per l'Aogoi che per oltre un decennio ha dedicato un impegno straordinario alla causa della responsabilità professionale e della sicurezza di operatori e pazienti.

Il nostro impegno continua con la realizzazione di un importante testo di commento agli articoli della legge scritto a più mani da alcuni componenti della Commissione sulla Responsabilità professionale e la medicina difensiva, tra cui il sottoscritto, con la supervisione e la prefazione dello stesso presidente Guido Alpa. Il volume, edito da Giuffrè Editore, uscirà entro la fine del prossimo mese di maggio.

“

contrastare i rischi e i danni ai pazienti ed incoraggiare gli operatori sanitari ad imparare dagli errori in un ambiente privo del timore di una sanzione. “I suggerimenti e i contributi dell’Aogoi, concretizzati in diverse disposizioni della L. 24/2017 hanno portato l’Italia al passo con l’Europa – ha sottolineato Cirese. Si proseguirà verso l’istituzione di una rete permanente per facilitare scambi di informazioni e soluzioni tra gli Stati membri, così come auspica la Commissione Ue”.

Dovremo vigilare sui tempi di applicazione delle norme e sui termini previsti per l’emanazione dei decreti ministeriali



“

I nostri sforzi sono stati premiati e in questi anni abbiamo partecipato, con un ruolo attivo, a tutte le commissioni parlamentari coinvolte sui temi della sicurezza delle cure e la responsabilità medica, che poi hanno prodotto indagini importanti

**Poi un’altra tappa, in chiave europea: Il 2 luglio 2014** ha rappresentato un momento importantissimo per l’Aogoi che, soprattutto grazie all’impegno dell’allora presidente Trojano, del segretario nazionale Chiantera e dell’avvocata Cirese, è riuscita a riunire in una conferenza internazionale sulla responsabilità medica eminenti giuristi, esponenti del mondo assicurativo, i rappresentanti delle istituzioni impegnati su questo fronte e, soprattutto, i presidenti delle Società scientifiche di ostetricia e ginecologia di cinque Paesi che, nella suggestiva cornice della Sala delle Colonne di Palazzo Marini, alla presenza dell’allora commissario europeo Borg, hanno dato vita al Network-Europeo di Ginecologia e Ostetricia promosso dall’Aogoi: una task force internazionale sulla responsabilità medica composta da cinque società consorelle.

**Lavoro di squadra e ‘capitani coraggiosi’.** In questi anni, come parte del Direttivo Aogoi – ha detto la presidente **Elsa Viora** – ho condiviso con tutta la squadra Aogoi questo cammino che ci ha portati ad affrontare una sfida importante e complessa. Ora, possiamo dire davvero, come abbiamo sottolineato nel nostro comunicato, che vediamo finalmente coronato un decennio di impegno che non ci ha visto arretrare neanche quando lo scetticismo di molti sembrava dover prevalere. È stata una battaglia lunga e difficile, che ha visto la nostra Associazione impegnata sui vari fronti alla ricerca del consenso sia nel Parlamen-



RESPONSABILITÀ  
PROFESSIONALE  
E SICUREZZA  
DELLE CURE

## Tutte le tappe per l’attuazione della legge

Dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale il 17 marzo scorso, per una completa attuazione delle norme si dovranno attendere ancora alcuni mesi. Sono molti, infatti, i richiami a decreti da attuare per rendere operative misure quali l’obbligatorietà delle polizze assicurative, l’istituzione dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità, l’elenco delle Società scientifiche, associazioni tecniche scientifiche ed enti pubblici e privati chiamati all’elaborazione delle linee guida cui dovranno attenersi gli esercenti la professione sanitaria per non incappare in responsabilità di carattere penale. Spetterà ad un regolamento la definizione del perimetro del Fondo di garanzia per danni da responsabilità sanitaria. Infine, come annunciato dal relatore per la Camera, **Federico Gelli (Pd)**, la questione dell’azione di rivalsa verrà definitivamente chiarita in uno dei prossimi decreti legge utili.

### Articolo 3 Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità

Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in Conferenza Stato Regioni, dovrà essere istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), l’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

### Articolo 4 Trasparenza dei dati

Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private saranno chiamate ad adeguare i regolamenti interni in modo da poter garantire entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli in-

teressati aventi diritto la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni saranno fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta.

### Articolo 5 Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge dovrà essere emanato il decreto del Ministero della Salute contenente l’elenco degli enti e istituzioni pubblici e privati nonché delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie incaricate di elaborare le linee guida cui dovranno attenersi gli esercenti le professioni sanitarie nell’esecuzione delle loro presta-

zioni. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse dovranno essere poi integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (Snlg), il quale sarà disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

### Articolo 9 Azione di rivalsa

Come annunciato dal relatore **Federico Gelli (Pd)**, dopo aver fatto verbalizzare in Aula un’interpretazione autentica in base alla quale si chiarisce come durante il passaggio del testo in Senato, nel riformulare i commi 5 e 6, e facendo riferimento alle diverse situazioni in cui l’azione di rivalsa può essere esercitata, si è deciso di utilizzare l’espressione “moltiplicato per il triplo”, che evidentemente, in base al principio di ragionevolezza, deve essere interpretata nel senso di non superiore al triplo, verrà presentato un emendamento al primo decreto legge utile nel quale verrà chiarito in maniera definitiva questo punto.

### Articolo 10 Obbligo di assicurazione

Con decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, definirà i criteri e le modalità per lo svolgimento delle funzioni di vigilanza e con-

to che nella società". "Devo dire – ha aggiunto Viora – che credo moltissimo nel lavoro di squadra, che ormai fa parte del nostro Dna di medici. Credo però che senza due figure, così diverse e complementari, come quelle del nostro segretario nazionale **Chiantera** e del past president **Trojano**, l'Agoi non avrebbe conquistato la posizione di leadership che poi l'ha resa interlocutrice privilegiata con le istituzioni sul fronte della responsabilità professionale. Questo va riconosciuto: sono stati dei 'capitani coraggiosi' che hanno profuso enormi energie e che hanno saputo trasmetterci un grande entusiasmo".

**Il bello inizia ora.** "Dovremo vigilare sui tempi di applicazione delle norme e sui termini previsti per l'emanazione dei decreti ministeriali" ha ricordato infine il segretario nazionale **Chiantera**. Si dovranno attendere ancora alcuni mesi per una completa attuazione delle norme. Nella legge infatti sono presenti molti richiami a decreti da attuare per rendere operative misure quali, ad esempio, l'obbligatorietà delle polizze assicurative, l'istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza, e l'elenco delle Società scientifiche, associazioni tecniche scientifiche ed enti pubblici e privati chiamati all'elaborazione delle linee guida. Insomma 'il bello' inizia ora e c'è molto lavoro da fare.

Questo però nulla può togliere alla soddisfazione per l'importante risultato raggiunto che l'Agoi ha espresso così nel suo comunicato: "Siamo tutti orgogliosi che Agoi sia tra i protagonisti di questo grande successo volto a garantire ai medici e agli altri operatori della sanità una maggiore serenità sul lavoro e nel contempo a garantire ai cittadini un'equa tutela.

Questa legge aumenta le tutele per i professionisti prevedendo nel contempo nuovi meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento da parte dei cittadini eventualmente danneggiati da un errore sanitario. E per questo è una conquista di equità e di tutela sociale".



### La legge spiegata e commentata nel libro di QS Edizioni

**Uscito on line il 20 marzo scorso, il libro di Quotidiano Sanità analizza in dettaglio i contenuti della nuova legge che ha rivoluzionato gli ambiti del contenzioso medico legale. Giuristi ed esperti analizzano e commentano le singole norme di questa legge complessa e innovativa. È scaricabile gratuitamente dal sito di Quotidiano Sanità anche in formato e-book per una consultazione ancora più agevole e dinamica.**

### Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017

Quotidiano Sanità Edizioni

trollo esercitate dall'Ivass sulle imprese di assicurazione che intendano stipulare polizze con le strutture sanitarie e con gli esercenti la professione sanitaria. Inoltre, con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, sentiti l'Ivass, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Ania), le Associazioni nazionali rappresentative delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, nonché le associazioni di tutela dei cittadini e dei pazienti, saranno determinati i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private e per gli esercenti le professioni sanitarie prevedendo l'individuazione di classi di rischio a cui far corrispondere massimali differenziati. Il medesimo decreto stabilirà i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio; disciplina altresì le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

Infine, con decreto del Ministro dello sviluppo economico da emanare, di concerto con il Ministro della salute e sentito l'Ivass, entro centoventi giorni dal-

la data di entrata in vigore della legge, saranno individuati i dati relativi alle polizze di assicurazione stipulate, e alle altre analoghe misure adottate, e sono stabiliti, altresì, le modalità e i termini per la comunicazione di tali dati da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e degli esercenti le professioni sanitarie all'Osservatorio. Il medesimo decreto stabilisce anche le modalità e i termini per l'accesso a tali dati.

### Articolo 14 Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria

Con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza Stato Regioni, verranno definiti:

- la misura del contributo dovuto dalle imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria;
- le modalità di versamento del contributo di cui alla lettera a);
- i principi cui dovrà uniformarsi la convenzione tra il Ministero della salute e la CONSAP Spa;
- le modalità di intervento, il funzionamento e il regresso del Fondo di garanzia nei confronti del responsabile del sinistro.

Inoltre, la misura del contributo di cui al comma 2, lettera a), dovrà essere aggiornata annualmente con apposito decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e con il Ministro dell'economia e delle finanze, in relazione alle effettive esigenze della gestione del Fondo di garanzia.

### FEDERICO GELLI

## Una buona legge. Per il bene del paziente e degli operatori

"Sono molto soddisfatto. Siamo riusciti a portare a termine una legge che non esito a definire storica per la sanità italiana. Si tratta di un provvedimento atteso ormai da ben oltre un decennio da parte degli operatori della sanità su cui il Parlamento aveva provato più e più volte a legiferare senza mai riuscire a portare a termine l'iter parlamentare. Si è trattato di un percorso lungo, durato circa un anno e mezzo, che ha richiesto un impegno gravoso, non solo nelle Aule parlamentari, ma anche in giro per l'Italia visto che nell'ultimo anno ho avuto modo di partecipare a circa un centinaio d'incontri in diverse parti del Paese per promuovere e far conoscere questo provvedimento ai diretti interessati. Ed è qui che ho potuto riscontrare la grande attesa e la speranza che tanti operatori del settore riponevano nel nostro lavoro. Oggi sono contento soprattutto per loro, siamo riusciti a dare finalmente risposta alle loro richieste.

### BENEDETTO FUCCI

## Vigilare sui decreti attuativi per la sua completa operatività

"Sono convinto dell'utilità della legge per molte ragioni che fanno riferimento soprattutto agli interventi previsti su:

- sistema, di livello nazionale e regionale, di gestione del rischio clinico;
- natura extracontrattuale della responsabilità civile del professionista;
- conciliazione e sulla mediazione prima di una possibile azione giudiziaria;
- azione diretta del danneggiato verso l'assicurazione del professionista e della struttura;
- posizione dell'esercente la professione sanitaria in caso di accordo stragiudiziale tra danneggiato e struttura;
- fondo di garanzia per i danni da responsabilità sanitaria;
- consulenti dei tribunali, tecnici d'ufficio, consulenti tecnici di parte e periti nei giudizi di responsabilità sanitaria;
- linee guida e buone pratiche elaborate dalle società scientifiche.

Restano aspetti su cui sarebbe stato possibile intervenire in modo più completo (penso alla coesistenza secondo me problematica tra le diverse nature della responsabilità in capo alla struttura e al professionista). Ma certamente questa legge è promettente. Sarà ora importante seguire la fase di piena attuazione della legge attraverso la successiva emanazione di vari decreti attuativi.



RAPPORTO  
NASCITE 2014

# Ancora troppi cesarei

Confermando la tendenza degli anni precedenti, nel 2014 il 35% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali e, comunque, un ricorso eccessivo al parto per via chirurgica. Il cesareo avviene soprattutto nelle case di cura accreditate

**NEL 2014 L'88,8% DEI PARTI** (in tutto 502.446, il numero più basso dal 2005 in poi) è avvenuto nelle strutture pubbliche e l'11,2% in quelle private, il 35% sono stati cesarei e il 20% delle madri era straniero. Il 62,5% dei parti è avvenuto in strutture dove se ne fanno oltre 1.000 l'anno, il 30,01% in quelle con un numero di parti tra 500 e 1.000 l'anno, ma il 75,3% avviene ancora in strutture da meno di 500 parti l'anno che sono 107 su 437 nel pubblico, 16 su 66 nel privato accreditato e 10 su 10 nel privato.

**Il rapporto Cedap (Certificato di assistenza al parto) 2014** che il ministero della Salute ha da poco pubblicato contiene uno spaccato di tutto ciò che ruota attorno alle nascite, dai luoghi e le modalità con cui avvengono alla tipologia delle madri, dagli esami in gravidanza ai dati sulla procreazione medicalmente assistita. Questi sono alcuni dati di sintesi del Rapporto 2014.

**I punti nascita.** I punti nascita sono distribuiti in modo diverso sul territorio nazionale. Tra le Regioni del Nord, in Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia Romagna e Lombardia oltre il 70% dei parti avviene in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1.000 parti l'anno) e queste strutture sono in ciascuna regione oltre il 40% dei punti nascita. Al contrario il Sud, dove oltre il 40% dei parti si svolge in punti nascita con meno di 1.000 parti l'anno. In particolare in Molise

tutti i punti nascita hanno effettuato nel 2014 meno di 1.000 parti.

**I parti pre-termine.** Ogni 100 parti si registrano 6,71 parti pre-termine. Nei punti nascita con meno di 500 parti all'anno, la frequenza dei parti pre-termine raggiunge il 3,36%, di questi il 4,35% sono parti molto pre-termine e l'1,21% è costituito da parti estremamente pre-termine. Nei punti nascita con meno di 500 parti e senza la presenza di Unità Operativa di Neonatologia e/o Terapia intensiva neonatale le percentuali sono, rispettivamente 3,12%, 4,11% e 1,21 per cento.

**La mortalità infantile.** Il tasso di mortalità infantile (la mortalità nel primo anno di vita) è nel 2014 di 2,96 bambini ogni mille nati vivi. Negli ultimi 10 anni ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano, anche se negli anni più recenti si assiste ad un rallentamento del trend. Anche qui sono notevoli le differenze territoriali. I decessi nel primo mese di vita sono dovuti soprattutto a cause cosiddette endogene, legate alle condizioni della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. La mortalità nel periodo post neonatale è invece generalmente dovuta a fattori di tipo esogeno legati alla qualità dell'ambiente igienico, sociale ed economico in cui vivono la madre e il bambino.

**Le caratteristiche delle mamme.** Le mamme nel 2014 sono state nel 20% dei casi non italiane, soprattutto al Centro-Nord con oltre il 25% e in particolare, in Emilia Romagna e Lombardia, il 30% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono l'Africa (25,2%) e l'Unione Europea (26,4%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 18,5% e il 7,9% delle madri straniere. L'età media della madre è di 32,7 anni per le italiane mentre scende a 29,9 anni per le cittadine straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 28,2 anni.

**Le caratteristiche dei neonati.** Per la distribuzione regionale dei nati secondo il peso alla na-

scita sono state considerate le seguenti classi: minore di 1500 grammi, tra 1500 e 2499 grammi, tra 2500 e 3299, tra 3300 e 3999 grammi ed oltre 3999. La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è invariata rispetto a quella 2013. Pesi inferiori ai 1500 grammi si osservano nell'1,1% dei nati, il 6,3% ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'87,4% ha un peso tra 2500 e 3999 ed il 5,2% supera i 4000 grammi di peso alla nascita. Nel 2014 i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano circa il 2,96% dei casi.

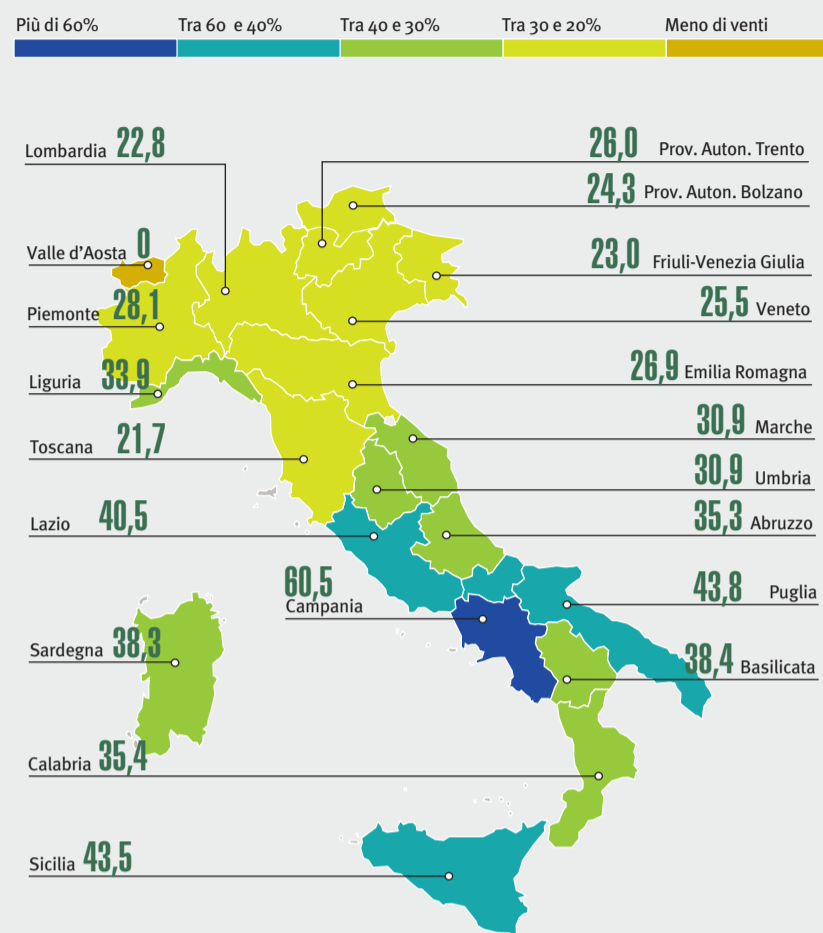
Nel 2014 solo per il 21,6% dei 1.377 bambini nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 47,9% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 30,5% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età. Nel 2014 attraverso il CeDAP sono state segnalati 4.492 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita e per il 79,9% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione.

**I cesarei.** Confermando la tendenza degli anni precedenti, nel 2014 il 35% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali e, comunque, un ricorso eccessivo al parto per via chirurgica. Il cesareo avviene soprattutto nelle case di cura accreditate: circa il 53,6% dei parti contro il 32,6% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 28% dei parti di madri straniere e nel 36,8% dei parti di madri italiane. I parti vaginali dopo un precedente taglio cesareo, sono stati nel 2014, a livello nazionale il 12,7% e quasi esclusivamente nei punti nascita pubblici dove circa il 13,8% dei parti con precedente cesareo avviene in modo spontaneo contro il 7,9% nelle case di cura private accreditate e il 3,1% delle case di cura private non accreditate.

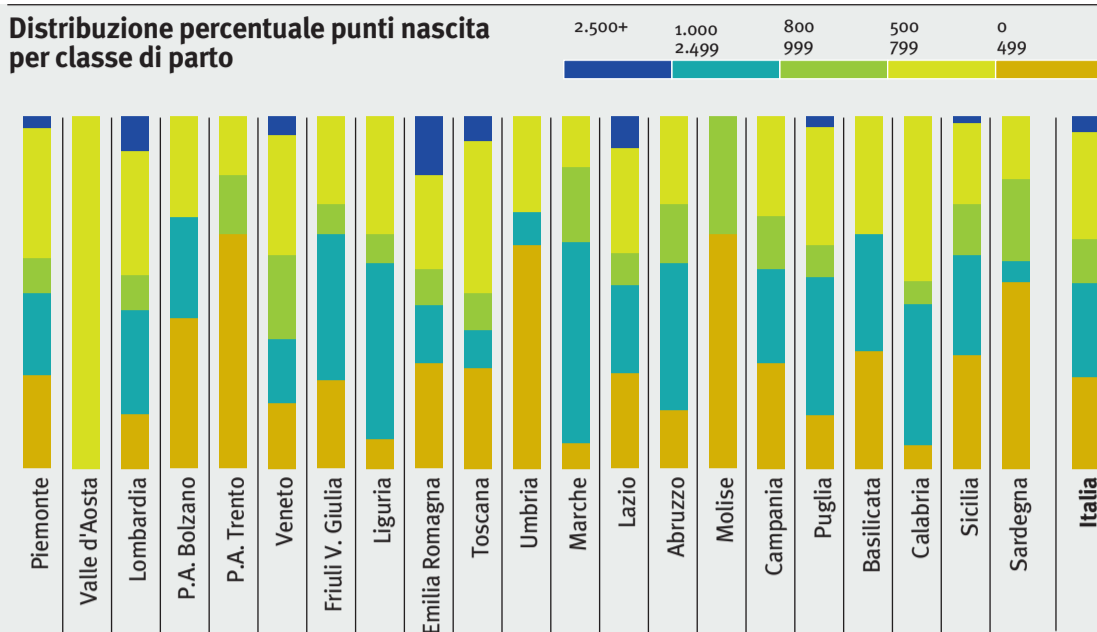
**Analisi e controlli in gravidanza.** Per quanto riguarda il periodo della gravidanza, nell'87% il numero di visite ostetriche è stato superiore a 4 mentre nel 73,3% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre il primo trimestre



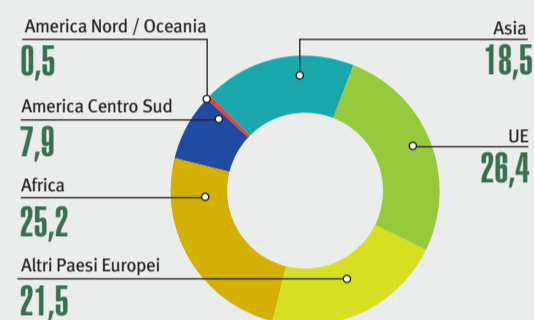
## Distribuzione dei parti cesarei



## Distribuzione percentuale punti nascita per classe di parto



## Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza della madre



Fonte: Rapporto Cedap, 2014

di gravidanza è del 2,6% mentre sale all'11,5% per le donne straniere. Le donne con scolarità bassa effettuano la prima visita più tardi rispetto alle donne con scolarità medio-alta: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione è del 10,6% mentre per le donne con scolarità alta la percentuale è del 2,6%. Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, è associata a un maggior rischio di controlli assenti (3,2%) o tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 12,6% dei casi). Per quanto riguarda le tecniche diagnostiche prenatali invasive, sono state effettuate in media 9,26 amniocentesi ogni 100 parti. A livello nazionale alle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 28,31% dei casi.

**La procreazione medicalmente assistita.** Nel 2014 delle 493.682 schede pervenute, 8.491 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di procreazione medicalmente assistita (Pma), in media 1,71 per ogni 100 gravidanze. A livello nazionale circa il 6,4% dei parti con procreazione medicalmente assistita ha utilizzato trattamento farmacologico. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero riguarda il 39,2% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma riguarda il 35,5% dei casi e il 9,8% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina. L'utilizzo delle varie metodiche è molto variabile dal punto di vista territoriale. Nelle gravidanze con Pma il ricorso al taglio cesareo nel 2014 si è verificato nel 54,7% di casi. La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite (21,4%) è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze (1,7%). Si osserva una maggiore frequenza di parti con procreazione medicalmente assistita tra le donne con scolarità medio alta (2,3%) rispetto a quelle con scolarità medio bassa (1,1%) e tra le donne con età superiore ai 35 anni. La percentuale di parti con Pma aumenta al crescere dell'età, in particolare è pari al 8,3% per le madri con età maggiore di 40 anni.

## MANCANO ANESTESISTI



ALESSANDRO VERGALLO  
Presidente Nazionale  
Aaroi-Emac



Per Punti Nascita realmente sicuri (a maggior ragione se vi si prevede l'analgia del parto) occorre una guardia anestesiológica h24 distinta da quella rianimatoria. Le Sale Parto inoltre devono essere adiacenti alle Sale Operatorie destinate ai Parti Cesarei da eseguirsi in Urgenza/Emergenza”

## La partoanalgia rimane un diritto non esigibile

“Le dotazioni organiche di Anestesisti Rianimatori negli Ospedali italiani non sono sufficienti per garantire la partoanalgia in qualità e sicurezza secondo quanto previsto dal Dpcm sui Nuovi Lea pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18 Marzo. ‘Giornata storica’ è stato detto. Talmente storica che la partoanalgia resterà un diritto fantasma in molti Ospedali. Come nella miglior tradizione della legiferazione italiana, i “diritti di carta” sono più importanti di quelli reali”. Ad affermarlo, in una nota, il Presidente Nazionale Aaroi-Emac **Alessandro Vergallo**.

Nella nota l'Aaroi-Emac sottolinea “quanto già manifestato più volte nel corso dell'iter legislativo compiuto dal Dpcm, facendo presente che non è mai stato applicato quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni 2010, in base al quale, come ricordato dal Dpcm, le Regioni, di concerto con il ministero della Salute, avrebbero dovuto obbligatoriamente individuare i Punti Nascita ove garantire la Partoanalgia, oltre che organizzare la razionalizzazione di quelli al di sotto di 500 parti/anno, e rimarcando che in assenza di tale individuazione, e soprattutto in carenza di Medici Anestesisti Rianimatori, laddove non vi sono le risorse necessarie per garantire la Partoanalgia in sicurezza, il servizio non potrà essere erogato”. “**Senza l'adeguamento degli organici delle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione** – precisa il presidente dell'associazione –, è impossibile garantire l'epidurale H24 a tutte le future mamme che vorrebbero partorire senza dolore. Dubbi sulla sostenibilità erano emersi anche nella Nota di Lettura del Servizio Bilancio del Senato attraverso la richiesta di specificare il motivo per il quale le prestazioni per l'analgia epidurale non comporterebbero incrementi di oneri. Domanda più volte posta dall'Aaroi-Emac al ministro della Salute e sempre rimasta senza risposta”. “In estrema sintesi, – sottolinea Vergallo – **per Punti Nascita**

**realmente sicuri** (a maggior ragione se vi si prevede l'analgia del parto) occorre una guardia anestesiológica h24 distinta da quella rianimatoria, che laddove il numero di parti annui è considerevole deve essere “dedicata”, cioè comunque aggiuntiva a quella destinata a coprire le urgenze legate alle sale operatorie e ai Pronto Soccorso. Le Sale Parto devono, inoltre, essere adiacenti alle Sale Operatorie destinate ai Parti Cesarei da eseguirsi in Urgenza/Emergenza”.

Per Vergallo “è da terzo mondo pretendere che ancora oggi le urgenze e le emergenze in capo agli Anestesisti Rianimatori, nei Punti Nascita e non solo, siano coperte da personale medico in “pronta disponibilità”, obbligato ad accorrere dalla propria casa in ospedale, ad ogni ora della notte, e spesso con condizioni meteorologiche e logistiche rischiose per l'incolumità propria ed altrui, in soccorso di un sistema ospedaliero ridotto ad un colabrodo da amministrazioni che risparmiano sulle risorse umane per aver maggior libertà di spreco su altri fronti di spesa. Prima si adeguino le dotazioni organiche, l'organizzazione del lavoro nelle Sale Parto (oltre che in generale negli Ospedali), nonché le stesse strutture presso le quali sono operanti i Punti Nascita (è impensabile che possano continuare ad esistere Sale Operatorie distanti diversi piani, e/o diversi corridoi, o addirittura poste in padiglioni diversi, rispetto alle Sale Parto), poi si individuino gli Ospedali dove poter istituire il servizio di Partoanalgia, ed infine, solo a quel punto si istituisca il servizio; i servizi già istituiti senza tali presupposti vanno ricondotti ai medesimi requisiti”. **L'Aaroi Emac conclude annunciando che vigilerà “affinché le Direzioni Sanitarie non facciano piovere dall'alto decisioni organizzative fantasiose che mettono a rischio non solo i medici, ma anche e soprattutto la salute delle mamme e dei bambini. In caso contrario, non esiterà ad informarne i cittadini”.**

Ecco alcuni dati tratti dall'aggiornamento dell'Aran sulla situazione delle retribuzioni della Pubblica amministrazione

## STIPENDI SSN: I DATI ARAN

# Nella sanità si guadagna

**UNA BUSTA PAGA** abbastanza garantista (formata in massima parte da voci stipendiali fisse e poco legato a voci accessorie di risultato), ferma ai valori 2011, anzi, con qualche passo indietro e che, se non fosse per alcune indennità della dirigenza, non premierebbe davvero chi lavora nel Ssn rispetto ad altri comparti della Pubblica amministrazione.

**I dirigenti del Ssn**, infatti, secondo l'ultimo aggiornamento a metà febbraio 2017 dell'Aran, pubblicato sul sito dell'Agenzia nella sezione dei dati statistici, guadagnavano al massimo nel 2015 poco meno di 81mila euro, contro, ad esempio, i 216mila dei dirigenti degli Enti pubblici non economici, i 196mila euro dei dirigenti delle Agenzie fiscali o i 186mila euro dei dirigenti dei ministeri.

**Per i non dirigenti** si superano di poco in media nel Ssn i 30 mila euro, contro, sempre ad esempio (c'è anche chi guadagna di meno) il personale non dirigente delle Autorità indipendenti che supera i 75 mila o i non dirigenti delle Forze armate, della Presidenza del Consiglio e degli Enti pubblici non economici, tutti intorno ai 48mila euro medi l'anno (e ci sono anche eccezioni per categorie particolari, come si vede nel documento Aran allegato)

**Le buste paga medie più elevate del Servizio sanitario nazionale nel 2015** erano quelle dei dirigenti amministrativi, con una media 80.940 euro. Ultimi nella dirigenza i dirigenti sanitari non medici con 61.492 euro.

Dal resoconto Aran, tuttavia, è esclusa ad esempio l'indennità di esclusività percepita dai medici e dagli altri dirigenti del ruolo sanitario che

## GLI STIPENDI DEI DIRIGENTI NELLA P.A. NEL 2015

### DIRIGENTI DEGLI ENTI PUBBLICI NON ECONOMICI

216.000€

### DIRIGENTI DELLE AGENZIE FISCALI

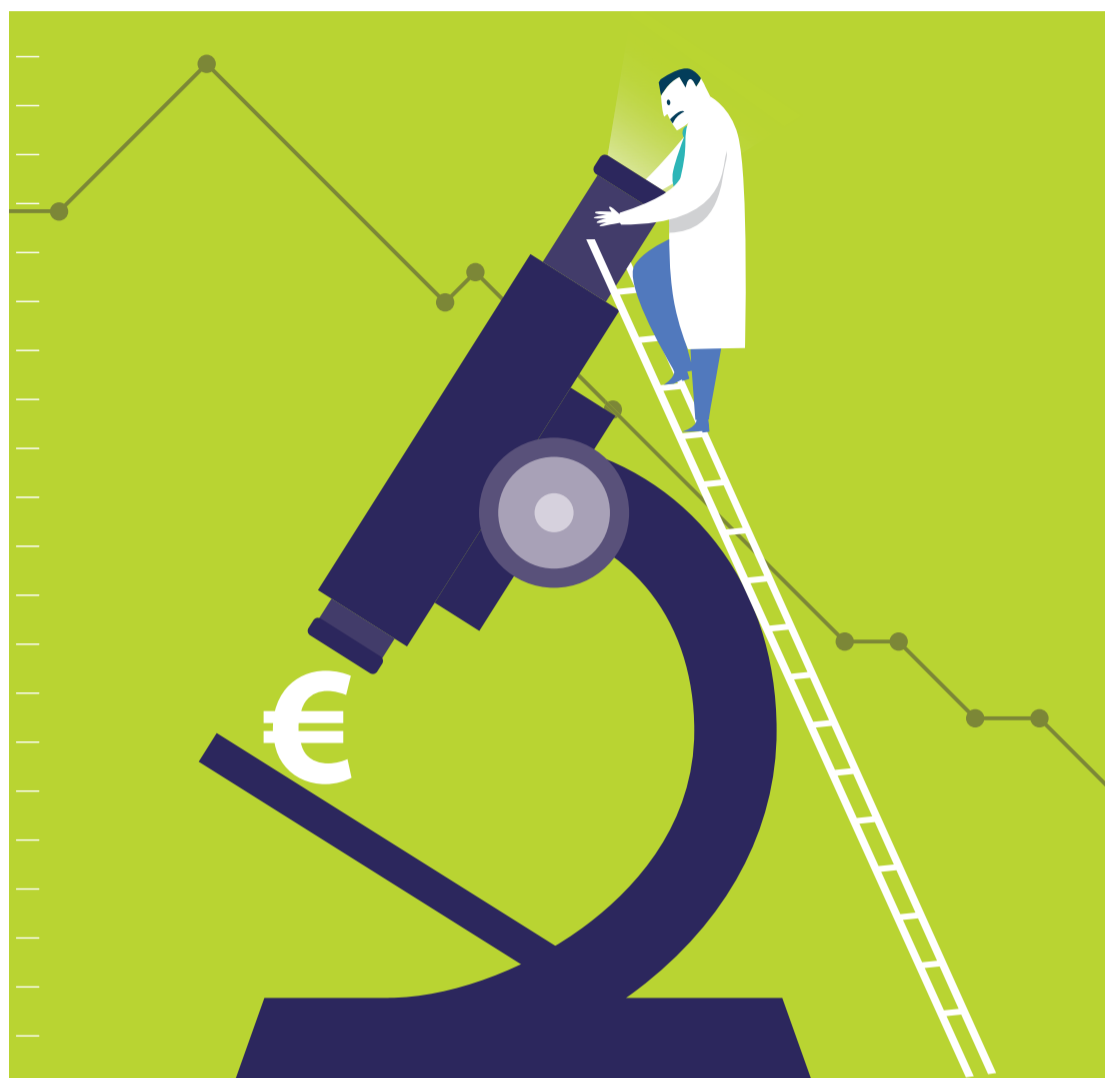
196.000€

### DIRIGENTI DEI MINISTERI

186.000€

### DIRIGENTI DEL SSN

81.000€



## GOVERNO

## E MANAGER ASL

## Nuove regole per Direttori generali, sanitari e amministrativi



Si tratta di un decreto estremamente importante, bloccato a causa del ricorso della Regione Veneto e della successiva sentenza della Corte Costituzionale. Il correttivo verrà ora inviato in Conferenza Stato Regioni per poi concludere il suo iter entro giugno. Abbiamo cambiato il modo di selezionare i DG riportandola a criteri di valutazione meritocratici validi per tutti.

Così il ministro della Salute dopo il sì del Consiglio dei Ministri

**“OGGI SI È CONCLUSO** l'iter di una delle riforme più importanti tra quelle contenute nel decreto Madia, ossia la selezione della dirigenza sanitaria. Si tratta di un decreto estremamente importante che era rimasto bloccato a causa dell'impugnativa fatta dalla Regione Veneto. Il correttivo che è stato oggi presentato verrà inviato in Conferenza Stato Regioni, per poi concludere il suo percorso entro giugno. Avendo già istituito la commissione per la valutazione dei direttori generali per la costituzione dell'Albo nazionale lo scorso 16 novembre 2016, possiamo dire che da ottobre sarà operativo l'elenco unico nazionale dei Dg”. Così la ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, è intervenuta il 24 marzo scorso in conferenza stampa, dopo la riunione del Consiglio dei Ministri, per commentare l'approvazione del decreto legislativo contenente le disposizioni correttive al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, in materia di dirigenza sanitaria.

“Il problema principale del Ssn è di natura organizzativa e gestionale. Per questo abbiamo cambiato il modo di selezionare i Direttori generali lasciando, ovviamente, le competenze alle Regioni, ma riportandole a **criteri di valutazione meritocratici validi per tutti** e quindi assicurando procedure conformi a principi di merito, imparziali-

tà e trasparenza. Nell'Albo verranno selezionati i manager a cui potranno attingere le amministrazioni locali per scegliere i propri Dg”, ha spiegato la ministra.

Presso il Ministero della Salute verrà istituito un **elenco nazionale di idonei** che verrà aggiornato con cadenza biennale, attraverso una selezione di candidati effettuata da parte di una “commissione di esperti di altissimo livello”. Il limite di età è rimasto fissato a 65 anni e sarà necessario il possesso dell'attestato di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. Nella selezione dei candidati si terrà conto dell'esperienza dirigenziale oltre che di specifici titoli formativi e professionali. La permanenza nell'elenco avrà una durata di 4 anni, salvo provvedimenti di decadenza. Verrà inoltre prevista una specifica procedura informatizzata a supporto della commissione, e a garanzia della snellezza e trasparenza delle operazioni. Nella valutazione dei Dg, ha spiegato Lorenzin, si dovrà tenere conto di alcuni criteri: il raggiungimento degli obiettivi di salute, del funzionamento dei servizi, e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati. “I **Lea diventano un elemento primario di valutazione**, e questa è una grande innovazione – ha sottolineato la ministra –. Tra gli

obiettivi abbiamo inserito anche l'abbattimento delle **liste di attesa** che sono un tema di organizzazione regionale. L'obiettivo è quello di superare l'attuale situazione ancora a macchia di leopardo in modo da garantire in maniera uniforme su tutto il territorio l'accesso ai servizi garantiti dal Ssn”. La **decadenza dei Direttori generali** viene prevista in caso di valutazione negativa delle performance, ma con esclusione delle ipotesi in cui il mancato raggiungimento degli obiettivi sia imputabile alle gestioni precedenti. O ancora, per manifesta violazione di legge o regolamento o per violazione degli obblighi in materia di trasparenza. Per la **nomina dei direttori sanitari**, amministrativi, e dei servizi sociosanitari verrà invece costituito un elenco regionale di idonei. Per l'iscrizione in quest'elenco i candidati dovranno sottoporsi ad una selezione per titoli e colloquio, effettuata da una commissione composta da “esperti di qualificate istituzioni scientifiche indipendenti”. I Direttori generali avranno l'obbligo di attingere agli elenchi della Regione o di altre Regioni per il conferimento degli incarichi e, infine, anche in questo caso viene prevista la decadenza in caso di manifesta violazione delle leggi o regolamenti o per violazione degli obblighi in materia di trasparenza.

# meno

dai 2.325,41 euro l'anno per chi ha meno di cinque anni di anzianità, fino a 17.053,27 euro l'anno per i direttori di struttura complessa. Altro capitolo che ovviamente l'Aran non può considerare è quello dei contratti integrativi aziendali. Pochi (la rilevazione Aran nel primo semestre 2016 per il Ssn ne indicavano solo il 25% circa trasmessi all'Agenzia: 74 su 276 amministrazioni) a dire la verità e che possono andare da un valore minimo di 9.000 a un massimo di 23.000 euro l'anno.

**Analizzando comunque la base della retribuzione dei dipendenti del Ssn, nella "classifica" dei dirigenti,** dopo quelli amministrativi ci sono i dirigenti del ruolo professionale con circa 77mila euro, poi i veterinari con quasi 75mila euro, i medici con poco più di 73mila, i dirigenti del ruolo tecnico con circa 67.500 euro, gli odontoiatri che sfiorano i 65mila e, appunto, ultimi i dirigenti sanitari non medici con circa 61.500 euro.

**Veterinari, medici e odontoiatri, rispetto al 2011,** anno in cui ha avuto tutto il suo effetto economico il contratto chiuso nel 2009, hanno perso nel 2015 rispettivamente -0,34%, -1,23% e -2,09% della busta paga, mentre al contrario tutti i dirigenti non medici hanno "guadagnato" e si va dal +0,01% di quelli del ruolo tecnico al +1,54% dei dirigenti amministrativi. Tradotte in euro, le percentuali valgono ad esempio per i medici una perdita di 912 euro l'anno, mentre per i dirigenti amministrativi un guadagno di 1.231 euro l'anno. Nulla, comunque confrontato con l'inflazione e la perdita del costo della vita.

**Passando al personale non dirigente,** chi in media guadagna di più l'anno è il personale di vigilanza e ispezione, con 33.792 euro medi nel 2015, seguito dal personale tecnico sanitario (32.923), dagli infermieri (32.632), dal personale con funzioni riabilitative (29.837), da quello del ruolo amministrativo (27.222), del ruolo professionale (25.795) e da quello tecnico (25.793).

In questo caso, tranne un guadagno rispetto al 2011 del 6,34% (1.634 euro) del personale del ruolo professionale, tutti gli altri perdono, con percentuali che vanno dal -0,27% del ruolo tecnico (-70 euro) al -0,84% (-276 euro) del ruolo tecnico sanitario.

**Dal punto di vista della composizione della busta paga, nel Servizio sanitario nazionale quella dei dirigenti** (sempre escludendo l'esclusività) è composta per il 70% da voci stipendiali, per il 16% dalla retribuzione di posizione e solo il 9% va alla retribuzione di risultato (il 5% nella voce "altro" che comprende indennità varie proprie del settore)

**Quella del personale non dirigente** è composta dalle voci stipendiali proprie - la "paga fissa" - per oltre l'84 per cento. Una percentuale maggiore si trova nel Pubblico impiego solo nella Scuola e nell'Afam (alta formazione artistica e musicale) con circa l'88%, negli Enti ex art 60 del Dlgs 165/2001, comma 3 (enti pubblici economici e le aziende che producono servizi di pubblica utilità) con quasi l'86%, Enti lista S13 Istat (unità istituzionali che fanno parte del settore delle Amministrazioni Pubbliche) con quasi l'85 per cento. Nel Ssn la produttività vale poco meno del 6% della busta paga e le indennità variabili poco di più.

## INDAGINE

### SUL NUOVO ORARIO DI LAVORO

# Per la Fiaso il sistema ha retto l'impatto

**IL RIPOSO GIORNALIERO** di 11 ore è forse l'elemento più critico, si riducono attività di formazione e momenti di confronto tra i team ma, grazie alla riorganizzazione di tempi e modi di lavoro, il temuto allungamento delle liste di attesa è stato di una qualche rilevanza solo nel 2%. Percentuale che scende all'1% per le prestazioni sanitarie erogate. Le maggiori criticità sono state registrate nell'area degenze, in sala operatoria e nei servizi di emergenza. Ma nel 90% delle Aziende sanitarie nessun aumento delle assenze per malattia. Sono questi alcuni degli elementi salienti emersi dall'indagine condotta dalla Fiaso, in collaborazione con il Cergas Bocconi e presentata a Roma il 10 marzo scorso nel corso di un convegno dedicato al tema. Le 11 ore di riposo giornaliero sono l'elemento più critico della nuova normativa secondo più della metà delle Aziende che hanno partecipato ai lavori del Laboratorio Fiaso che ha valutato l'impatto della legge 161 del 2014 su 55 Aziende sanitarie di 13 Regioni. Qualche difficoltà nelle sale operatorie e nei servizi di emergenza c'è stata. Ma nonostante i blocchi delle assunzioni che si protraggono da anni e una popolazione sanitaria sempre più con i capelli grigi alla fine, rimboccandosi le maniche, il sistema ha retto all'impatto del nuovo orario di lavoro europeo. Che impone turni di riposo sacrosanti, ma fino a ieri giudicati poco compatibili con la cronica carenza di organici nella nostra sanità.

**"I risultati della ricerca indicano** che oggi più che mai innovare significa tornare ad investire sul personale. C'è tutto un mondo di medici, infermieri, amministrativi, tecnici e manager, che ha saputo reingegnerizzare modi e tempi di lavoro, magari non conteggiando nell'orario di lavoro formazione, docenze e attività esterne in convenzione", ha commentato il presidente della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, **Francesco Ripa di Meana**, che tuttavia ha aggiunto: "La situazione è comunque al limite. Non è immaginabile che il sistema continui a reggere con soluzioni tampone, serve un approccio organico sul fronte normativo e contrattuale che in sei mesi affronti e scioglia i nodi irrisolti sul personale del Ssn offrendo così certezza e serenità all'intero settore sanitario".

**I problemi di interpretazione normativa**

Le principali novità introdotte dalla legge 161 sono sostanzialmente tre:

1. La durata media dell'orario normale di lavoro non deve superare le 48 ore settimanali, straordinari compresi;
2. Ogni lavoratore ha diritto nel corso delle 24 ore a un periodo minimo di riposo di 11 ore;

**"Qualche difficoltà nelle sale operatorie e nei servizi di emergenza c'è stata. Ma nonostante i blocchi delle assunzioni che si protraggono da anni e una popolazione sanitaria sempre più con i capelli grigi alla fine, rimboccandosi le maniche, il sistema ha retto all'impatto".**

**Non ci sono stati problemi nelle liste d'attesa né sulle assenze per malattia. Ma per i direttori delle Asl la norma dovrebbe prevedere alcune deroghe per garantire la funzionalità dei servizi e i diritti dei lavoratori**

3. Ogni sette giorni il lavoratore deve beneficiare di un periodo minimo di riposo ininterrotto di 24 ore, di regola la domenica.

L'interpretazione su quali attività dovessero rientrare o meno nell'orario di lavoro è stata estremamente eterogenea da Azienda ad Azienda. Quasi mai vi sono rientrate la libera professione e le attività occasionali, pur autorizzate. Quasi sempre è stata conteggiata la formazione obbligatoria, mentre altre attività formative sono state collocate extra orario in oltre il 50% dei casi. Anche le attività non assistenziali sono rimaste escluse dall'orario lavorativo nella metà dei casi. Fatto che si è replicato in oltre il 40% dei casi per le docenze svolte in Azienda e retribuite.

**Le disposizioni sull'orario di lavoro non sono state applicate in circa il 70% dei casi ai dirigenti di struttura complessa e nel 35% per quel che riguarda i dirigenti di struttura semplice dipartimentale**

Nonostante le difformità interpretative quasi tutte le Aziende hanno però messo in atto attività di monitoraggio e informazione su turnistica, timbratore, straordinari ed altro ancora. Ma per reggere all'impatto di nuovi orari e turni di riposo in carenza di personale circa un'Azienda su quattro ha sviluppato modelli innovativi di turnistica, soprattutto per il personale del comparto, ossia infermieri, tecnici e amministrativi. Sono stati introdotti "il turno a 12 ore", l'uniformazione del turno notturno a 11 ore, la suddivisione in due turni della pronta disponibilità o, ancora, "l'inversione inizio turno del turno in quinta h24". Che di norma comporta periodi di riposo di 48 e più ore dopo turni "lungi", periodi che sono stati invece ridotti, ma senza intaccare il monte ore di riposo complessivo.

Sempre un quarto delle Aziende ha riorganizzato anche i turni della dirigenza, introducendo guardie interdivisionali, sostituendo i turni di pronta disponibilità con la presenza attiva o al contrario trasformando la disponibilità in presenza sul posto. Più in generale il 42% delle Aziende ha riorganizzato il lavoro del personale del comparto, attraverso strumenti come "la riorganizzazione delle risorse umane su base dipartimentale" o la "revisione del piano di reperibilità". Stes-

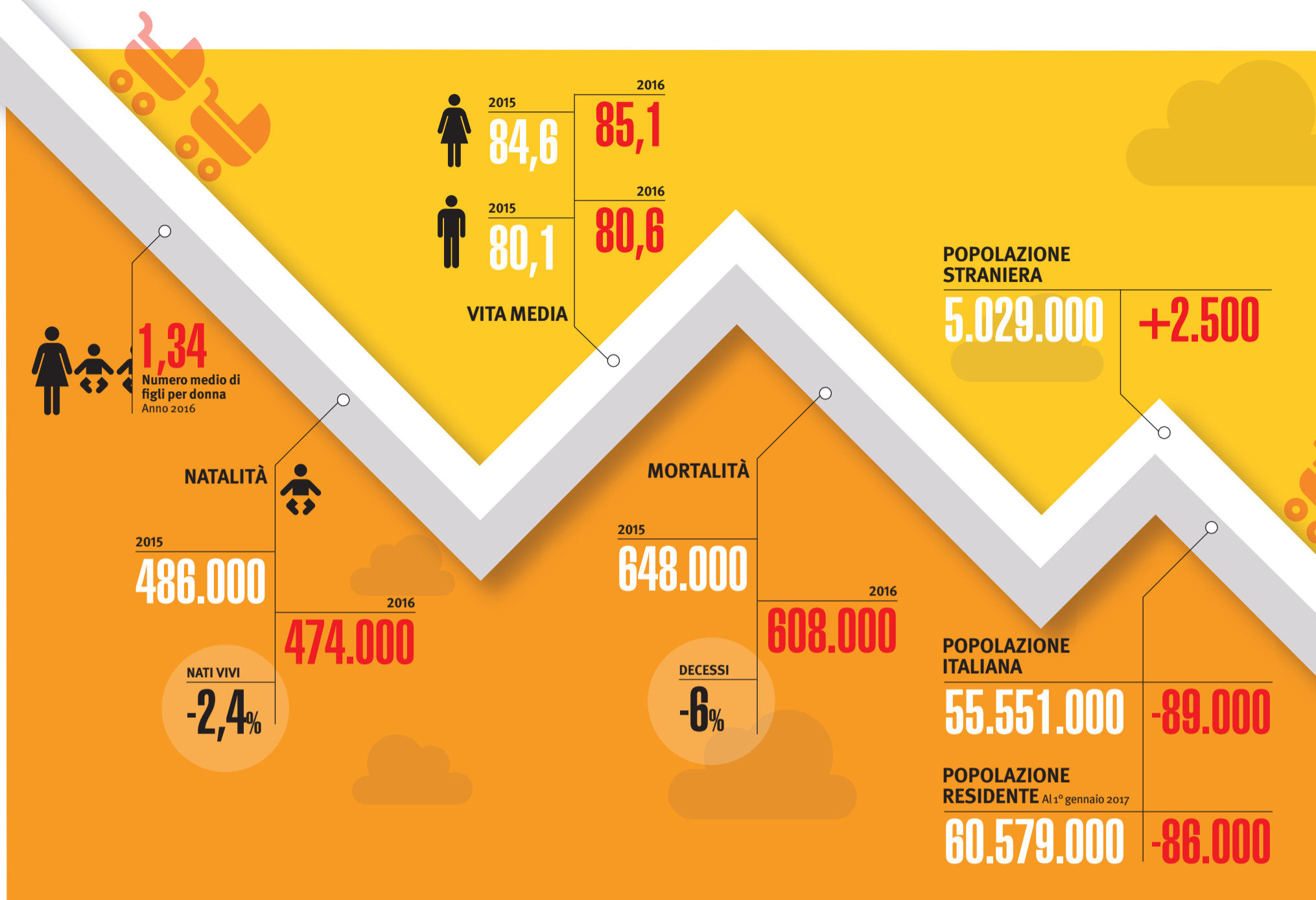
sa cosa è accaduta nel 32% dei casi per la dirigenza. In diversi casi la riorganizzazione è avvenuta a livello interaziendale, attraverso l'istituzione di dipartimenti e strutture complesse tra più Aziende, l'unificazione di servizi amministrativi e della laboratoristica, le convenzioni con altre Asl e la teleferazione diagnostica o la concentrazione su area metropolitana di servizi come centri trasfusionali, laboratori, radiologie.

Circa un'Azienda su quattro ha poi incrementato la formazione a distanza e quella sul campo, modificando l'articolazione oraria dei corsi.

**Le proposte Fiaso per garantire diritti dei lavoratori e funzionalità dei servizi**

La necessità di ridurre l'impatto della legge 161 sulla funzionalità del sistema ha trovato una prima risposta nella serie di azioni proposte da Fiaso a conclusione dell'indagine:

- Escludere dall'applicazione del nuovo orario almeno i responsabili di struttura e gli incarichi dirigenziali di elevata professionalità e, riguardo tecnici e infermieri, i professionisti che svolgono la propria attività al di fuori di orari e luoghi definiti
- Esentare le tipologie di servizi ad alta specializzazione che non possono essere delegate ad altre figure professionali, come ad esempio la trapiantologia, con possibilità di recupero del riposo non fruito
- Ridurre a 8 ore il riposo giornaliero per alcuni servizi di specifico interesse pubblico, come gli ospedali di prossimità a organici ridotti
- Escludere delle attività non assistenziali, come formazione obbligatoria e riunioni di reparto, dal computo delle 11 ore di riposo giornaliero
- Escludere le attività volontaristiche, come la formazione individuale e l'approfondimento di casi clinici
- Prevedere una franchigia annuale di 80 ore pro-capite per attività lavorative dovute a esigenze assistenziali o organizzative a causa delle quali non è stato possibile rispettare le disposizioni normative.
- Esclusione delle disposizioni sull'orario di lavoro delle attività didattiche e di ricerca del personale universitario e dei policlinici.



ISTAT: NUOVO RECORD NEGATIVO

# Nel 2016 dodicimila nascite in

## Solo 474mila i nuovi nati.

Cresce l'aspettativa di vita: 6 mesi in più.

Il saldo naturale (nascite meno decessi) registra nel 2016 un valore negativo (-134 mila) che rappresenta il secondo maggior calo di sempre, superiore soltanto a quello del 2015 (-162 mila). Età media dei residenti in Italia si attesta sui 44,9 anni. Gli over 65 superano i 13,5 milioni e sono il 22% della popolazione. 17mila gli ultracentenari. Aspettativa di vita: 80,6 anni per gli uomini e 85,1 per le donne

Al 1° gennaio 2017 si stima che la popolazione ammonti a **60 milioni 579 mila residenti**, 86 mila unità in meno sull'anno precedente, con un'**età media** di 44,9 anni, due decimi in più rispetto alla stessa data del 2016. Gli individui di 65 anni e più superano i 13,5 milioni e rappresentano il 22,3% della popolazione totale; quelli di 80 anni e più sono 4,1 milioni, il 6,8% del totale, mentre gli ultranovantenni sono 727 mila, l'1,2% del totale. Gli ultracentenari ammontano a 17 mila.

**Nuovo minimo storico per le nascite.** La natalità conferma la tendenza alla diminuzione: il livello minimo delle nascite del 2015, pari a 486 mila, è superato da quello del 2016 con 474 mila. La riduzione osservata, che a livello nazionale è pari al 2,4%, interessa tutto il territorio, con l'eccezione della Provincia di Bolzano che registra invece un incremento del 3,2%. Il numero medio di figli per donna, in calo per il sesto anno consecutivo, si assesta a 1,34. Inoltre si conferma la propensione delle donne ad avere figli in età matura con un'**età media al parto** di **31,7 anni**.

Rispetto all'anno precedente, i tassi di fecondità si riducono in tutte le classi di età della madre sotto i 30 anni mentre aumentano in quelle superiori. La riduzione più accentuata si riscontra nella classe di età 25-29 anni (-6 per mille), l'incremento più rilevante è, invece, nella classe 35-39 (+2 per mille). Nel complesso, a fronte di un'età media al parto che raggiunge i 31,7 anni, la fecondità cumulata da parte di donne di 32 anni compiuti e più è ormai prossima a raggiungere quella delle donne fino a 31 anni di età (0,67 figli contro 0,68 nel 2016). **Livello di fecondità più alto al Nord.** Nel 2016, come ormai

da diverso tempo, è nelle regioni del Nord che si riscontra la fecondità più elevata del Paese (1,4 figli per donna), davanti a quelle del Centro (1,31) e del Mezzogiorno (1,29). Su base regionale la fecondità varia in misura ancora più considerevole, ciò dipende da numerose ragioni sia di carattere strutturale (diversa composizione della popolazione residente per età e cittadinanza), sia socio-economiche. Con 1,78 figli per donna nel 2016 la Provincia di Bolzano si conferma la regione più prolifica del Paese, seguita piuttosto a distanza dalla Lombardia (1,43). All'opposto, la fecondità è più contenuta nel Mezzogiorno e segnatamente in Molise (1,16), Basilicata (1,14) e Sardegna (1,07).

**Un nato su cinque ha una madre straniera.** Nel 2016 il 19,4% dei bambini è nato da madre straniera, una quota identica a quella riscontrata nel 2015 mentre l'80,6% ha una madre italiana. In assoluto, i nati da cittadine straniere sono 92mila, il 2,2% in meno dell'anno prima. Di questi, 61mila sono quelli avuti con partner straniero, 31mila quelli con partner italiano. I nati da cittadine italiane sono 382mila, con una riduzione del 2,4% sul 2015.

**In calo la mortalità.** Dopo il picco del 2015 con 648 mila casi, i **decessi** sono 608 mila, un livello elevato, in linea con la tendenza all'aumento dovuta all'invecchiamento della popolazione. Nel 2016 si rilevano 40mila in meno del 2015 (-6%). In rapporto al numero di residenti, sono deceduti 10 individui ogni mille abitanti, contro i 10,7 del 2015.

Il **saldo naturale** (nascite meno decessi) registra nel 2016 un valore negativo (-134 mila) che rappresenta il secondo maggior

EUROSTAT

## In Europa sempre meno figli. E l'Italia è il Paese dove si nasce di meno

Dai quasi 8 milioni di neonati nel 1964 ai 5 milioni del 2015. I dati Eurostat a marzo 2017 parlano chiaro: la tendenza europea è a un calo dei tassi di natalità e fertilità, cui fa riscontro l'aumento dell'età media delle mamme al primo parto (30,5 anni nel 2015) e l'aumento dell'aspettativa di vita. L'Italia è ultima per tasso di natalità con 8 nati vivi su mille abitanti, contro una media europea di 10 nati per mille. Prima la Francia che ha registrato il più alto tasso di fertilità nel 2015, con 1,96 nati vivi per donna. L'analisi che Eurostat fa dei dati a livello generale sottolinea che nel 2015 sono nati nella Ue 28 5,1 milioni di bambini, con un tasso di natalità di 10,0. Era pari a 10,6 nel 2000, 12,8 nel 1985 e 16,3 nel 1970.

# meno

calo di sempre, superiore soltanto a quello del 2015 (-162 mila). **A parità di struttura per età, mortalità più alta nel Mezzogiorno.** La riduzione di mortalità del 2016 interessa tutte le regioni, senza eccezioni. Le riduzioni maggiori si osservano in Liguria (-1,1 per mille) e Molise (-1 per mille), quelle minime in Veneto e nella Provincia di Trento (-0,3). Sulla base del tasso generico, le regioni a più forte mortalità sono quelle con una popolazione strutturalmente più vecchia, ossia Liguria (13,2 per mille), Friuli-Venezia Giulia (11,6), Piemonte (11,4) e tutte le regioni dell'Appennino Centrale compreso il Molise (11,4). **Recuperato mezzo anno di vita in più alla nascita.** La **vita media** per gli uomini raggiunge 80,6 anni (+0,5 sul 2015, +0,3 sul 2014), per le donne 85,1 anni (+0,5 e +0,1). Grazie al calo dei decessi nel 2016, la speranza di vita alla nascita ha completamente recuperato terreno dai livelli del 2015, marcando persino la distanza da quelli registrati nel 2014, ossia nell'anno precedente l'eccesso di mortalità e toccando il suo nuovo record storico. Per gli uomini l'aspettativa di vita si attesta a 80,6 anni (+0,5 sul 2015, +0,3 sul 2014), per le donne a 85,1 anni (+0,5 sul 2015, +0,1 sul 2014). **Le differenze regionali sull'aspettativa di vita.** L'Italia continua a essere un Paese caratterizzato da importanti differenze, anche se in leggero calo nell'ultimo anno, riguardo alla speranza di vita alla nascita. I valori massimi continuano ad aversi nel Nord-est del Paese, dove gli uomini possono contare su 81,1 anni di vita media e le donne su 85,6. Quelli minimi, invece, si ritrovano nel Mezzogiorno, con 79,9 anni gli uomini e 84,4 le donne.

ENPAM

## Più soldi per le mamme medico



L'Enpam ha deciso di aumentare l'assegno staccato alle dottoresse che diventano mamme: un minimo che sfiora i 1.200 euro mensili per cinque mesi, più un cospicuo pacchetto di misure che vanno dalla protezione dei periodi per gravidanza a rischio, la copertura dei buchi previdenziali, aiuti per asili nido e baby sitter e l'estensione di tutele anche alle studentesse di medicina e odontoiatria non ancora laureate. "La professione medica è sempre più femminile ed è necessario prenderne atto anche nelle tutele offerte - ha detto il presidente dell'Enpam Alberto Olivetti.

L'importo minimo garantito sarà di 4.958,72 euro (per il 2017) a cui si aggiungerà un ulteriore assegno di 1000 euro (indicizzati) per le dottoresse con redditi inferiori a 18mila euro (indicizzati), il che fa arrivare l'indennità minima totale a quasi 6mila euro l'anno, circa 1.200 euro al mese per 5 mesi. Per le professioniste con redditi superiori verrà comunque garantita un'indennità pari all'80 per cento di cinque dodicesimi del reddito professionale dichiarato ai fini fiscali nel secondo anno precedente a quello della gravidanza. L'indennità massima è di 24.793,60 euro.

OSPEDALI

## Nel 2015 calano ricoveri e spesa

Secondo il **Rapporto sulle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) 2015**, pubblicato ad aprile dal ministero della Salute e che riporta i dati relativi al 99,6% degli istituti pubblici e 99,8% di quelli privati, il numero complessivo di dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza sono in diminuzione di circa il 2,3% per un totale di 8.930.979 dimissioni ospedaliere (209.137 in meno rispetto al 2014), mentre le giornate di degenza si riducono dello 0,9 per cento, per un totale di 61.366.673 giornate di ricovero sempre riferite al 2015. **Il calo maggiore si ha nei ricoveri per acuti in regime diurno** (-5,7% per le dimissioni e -5,3% per il numero di accessi), poi per la riabilitazione in regime diurno (-2,2% per le dimissioni e -2,8% per il numero di accessi) e infine per gli acuti in regime ordinario (-1,4% per le dimissioni e -0,6% per le giornate di ricovero). Aumenta invece la riabilitazione in regime ordinario dell'1,1%, con un corrispondente incremento dello 0,6% per il volume di giornate di degenza.

**Rispetto al 2014, nel 2015 il tasso di ospedalizzazione per acuti, si riduce da 134,3 a 129,9 dimissioni per 1.000 abitanti.** Di queste, 97 sono in regime ordinario e 32,9 diurno (nel 2014 i valori erano, rispettivamente, 99,3 e 35). Il tutto con una certa variabilità regionale. L'andamento del tasso di ospedalizzazione è in calo sempre per i ricoveri per acuti, sia in regime ordinario che diurno, che passano, rispettivamente, da 115,8 e 48,8 per mille abitanti nel 2010 a 97 e 32,9 nel 2015. Il tasso di ospedalizzazione

complessivo si riduce da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 136,5 nel 2015. **L'appropriatezza dei ricoveri migliora ulteriormente:** i Drg a rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario nel 2015 aumentano la percentuale di ricoveri diurni per 40 dei 108 Drg e nei rimanenti 68, altri 56 hanno una riduzione dei ricoveri diurni rispetto al 2014, ma anche di quelli ordinari di almeno il 6% e, comunque, per tutti e 108 vale la riduzione assoluta dei ricoveri e una maggiore deospedalizzazione.

**La mobilità interregionale varia di poco per ciascun tipo di attività e regime di ricovero** e resta di circa l'8% per gli acuti in regime ordinario e diurno, del 15% per la riabilitazione in regime ordinario e del 10% per quella in regime diurno, del 5% per la lungodegenza. **E i ricoveri costano meno. Teoricamente perché il dato è nazionale, ma a livello locale si applicano singoli tariffari.** Tra il 2010 e il 2015 si è passati da 30,9 miliardi a 28,8 miliardi. I ricoveri per acuti in regime ordinario sono naturalmente quelli con la quota più elevata, seguiti da quelli in regime diurno e per riabilitazione in regime ordinario. Più in dettaglio, per il 2015 la remunerazione complessiva è di circa 26,3 miliardi per gli acuti (23,6 miliardi in regime ordinario e 2,7 miliardi in regime diurno), circa 2,1 miliardi per la riabilitazione (2 miliardi in regime ordinario e 93,9 milioni in regime diurno) e circa 447,7 milioni per la lungodegenza. In tutto quindi circa 28,8 miliardi complessivi. Nell'ultimo anno 2014-2015 la riduzione è stata dello 0,2 per cento.

# PIETRO BARTOLO

**È diventato il ginecologo più conosciuto d'Italia per il suo coraggio, per il suo impegno civile, per "aver messo la medicina al servizio dell'umanità e la sua umanità al servizio della medicina"**  
**Lo abbiamo intervistato**

di Carlo Sbiroli

**L'INTERVISTA**

Ho conosciuto Pietro Bartolo all'XI Congresso Regionale Aogoi Sicilia che si è svolto a Catania nel novembre scorso. L'ho incontrato subito dopo la sua lezione tenuta nella cerimonia inaugurale. Pietro aveva parlato per circa un'ora. Aveva mostrato diapositive e filmati di grande impatto emotivo. Immagini tremende, disperate che tolgono il fiato. Aveva parlato di sé, di Lampedusa e della sua professione. Ma soprattutto aveva raccontato le tragedie, la disperazione dei migranti in fuga da guerre e povertà estrema. Aveva parlato delle oltre 300 mila persone visitate, delle centinaia d'ispezioni cadaveriche, dei gommoni arrivati con donne partorienti e di bambini nati sulla banchina del porto. Un insieme di "persone" con storie incredibili, reduci da tragedie spaventose. Un lavoro enorme, svolto per oltre trent'anni, e un impegno straordinario sia sul piano umano che medico. Un grande esempio di coraggio e impegno civile. Quando cerco di complimentarmi, lui sorride per timidezza e si schermisce. "Non ho fatto altro che il mio mestiere, come meglio ho potuto. Nulla di speciale. Ho fatto solo il mio dovere di medico verso persone che sono esattamente come noi, ciascuna con la sua storia di sofferenza e violenza alle spalle". Nel settembre 2016 Bartolo ha pubblicato, in collaborazione con la giornalista della Rai, Lidia Tilotta, *Lacrime di sale* (Mondadori). È quasi un'autobiografia. Sono pagine che raccontano la sua storia: "la storia di un ragazzo mingherlino e timido, cresciuto in una famiglia di pescatori, che si è duramente battuto per cambiare il proprio destino e quello della sua isola. E che, non dimenticando le difficoltà del passato, ha deciso di vivere in prima persona quella che è stata definita la più grande emergenza umanitaria del nostro tempo". La storia personale di Pietro s'intreccia con quella disperata e struggente dei migranti scappati da guerre e dalla fame, sopravvissuti a viaggi terribili. Questo mettere a disposizione la propria storia per inserirla e confrontarla con quella del popolo dei barconi, crea un "doppio", dove la tragedia dei migranti viene accostata e si riflette nell'impegno civile del personaggio simbolo dell'Italia che accoglie.

**Partiamo proprio dal tuo impegno civile. Sei da oltre trent'anni il medico di Lampedusa, ma nella realtà il tuo lavoro è diventato altro.**

Per capire questo cambiamento è importante anzitutto sapere cosa significa essere lampedusano. Nell'isola esiste una legge non scritta: la "legge del mare". Nessuno può essere abbandonato se si trova in difficoltà in mare. È un imprinting a cui è difficile sottrarsi. Tutti a Lampedusa conoscono e onorano questa regola, per cui è normale salvare e accogliere chi è in pericolo senza distinzione di nazionalità, di color di pelle o di religione. E quando sono centinaia di migliaia a trovarsi in difficoltà, allora necessariamente devi adattarti alla nuova realtà e riorganizzare il tuo lavoro e la tua vita.

**Il tuo impegno però va oltre quello di curare le malattie** Curare le ferite del corpo e le malattie più comuni è il mio lavoro principale. Ho sempre cercato di alleviare il dolore. Ti devo confessare però che uno dei miei crucci è quello di non possedere gli strumenti per curare le ferite dell'anima. Quando arrivano migliaia di profughi ogni giorno qui a Lampedusa faccio fatica a dare loro un'identità, a inquadrarli come persone e non ridurre tutti a meri numeri. Possiamo commuoverci, persino piangere, ma è come se stessi guardando un film. Sono sensazioni che durano un tempo limitato. Non esiste complessità nel nostro modo di affrontare "il" problema. Quasi mai ci poniamo la questione della debolezza, della fragilità emotiva, dei traumi interiori di chi arriva nel nostro Paese in cerca di aiuto. In diverse occasioni mi è capitato, e mi capita ancora, di sentirmi disarmato e incapace di dare loro risposte.

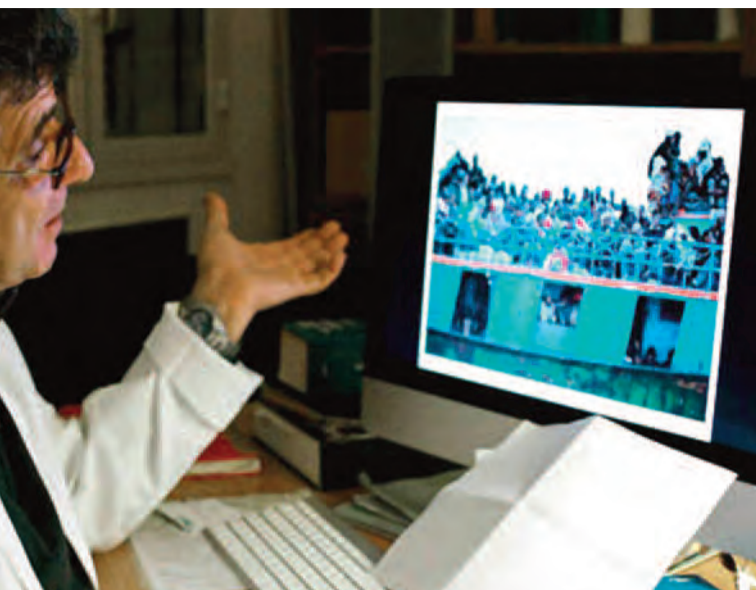
**Ti sei specializzato in ginecologia a Catania. Anche quello è stato un periodo di lavoro e di sacrifici?**

A Catania eravamo un bel gruppo di medici, brillanti, soprattutto appassionati e motivati. Alcuni di loro li ho incontrati questa sera qui al congresso, come Giuseppe Ettore e Paolo Scollo. Catania fu un periodo bello, anche se di sacrifici. Studiavo senza sosta insieme alla mia futura moglie Rita. Se fossi rimasto, se avessi avuto altro tempo da dedicare allo studio forse, anch'io, avrei fatto carriera. Loro sono diventati tutti primari. Ma io, di tempo, non ne avevo più. Avevo bisogno di lavorare e di guadagnare, per cui insieme a mia moglie mi trasferii a Lampedusa dove entrambi trovammo lavoro facilmente. In realtà, io volevo tornare nella mia isola, perché tutto era partito da lì e tutto doveva tornare lì.

**Sei l'unico ginecologo fisso a Lampedusa. Questo ti costringe a stare in allerta continuamente. Prima ti chiamavano per i parti, ma ora per fortuna sono arrivati l'aereo, l'elicottero e le ecografie. Le mamme volano a Palermo.**

Ti devo dire la verità. Sono contento che ci sia questo servizio con Palermo. Quando ancora mi capita un qualche parto urgente, mi faccio il segno della croce: non ho la sala operatoria, e il cesareo non lo posso fare. Quando c'è da tirar fuori il bambino in fretta, mi vengono in soccorso la Madonna di Porto Salvo e le regole della vecchia ostetricia, secondo cui ogni mezzo è lecito per salvare la mamma e suo figlio, anche 150 punti di episiotomia. Comunque devo ammettere che far nascere un bambino e vedere il sorriso sulle labbra di chi hai aiutato a partorire è sempre una grande gioia. Durante uno sbarco, pochi mesi fa, nella primavera scorsa, ho visitato tre donne gravide. Tra queste una bellis-





Il 3 novembre 2016 nel corso della cerimonia inaugurale dell'XI Congresso regionale Aogoi Sicilia, svoltosi a Catania, Pietro Bartolo ha ricevuto la Medaglia d'oro Aogoi per il suo coraggio, l'impegno civile, il senso del dovere di medico e di ginecologo



Non ci si abitua mai ai bambini morti, alle donne decedute dopo aver partorito durante il naufragio. Non ci si abitua all'oltraggio di tagliare il dito o l'orecchio per estrarre il Dna e dare un'identità a un corpo esanime, che non rimanga un numero

sima ragazza nigeriana. Era incinta di quattro mesi e sola, perché nel deserto i trafficanti l'avevano separata dal marito e violentata. Non aveva più notizie del marito e m'implorava di aiutarla. Quando si trovano davanti a me e incrociano uno sguardo amico, non sono più soltanto il medico, ma l'ancora di salvezza. Oppure, più semplicemente, sono l'unica persona a cui possono raccontare il proprio dramma.

**Molti pensano che dopo tutti questi anni, dopo migliaia di soccorsi, sia in mare che qui a Lampedusa, hai fatto ormai l'abitudine al dolore, alla sofferenza umana**

La verità è che le cose non stanno così. A volte penso di non farcela. Di non reggere questi ritmi, ma soprattutto di non reggere tanta sofferenza, tanto dolore. Molti miei colleghi, invece, sono convinti che ormai mi ci sia abituato, che fare le ispezioni cadaveriche per me sia diventato routine. Non è così. Non ci si abitua mai ai bambini morti, alle donne decedute dopo aver partorito durante il naufragio. Non ci si abitua all'oltraggio di tagliare il dito o l'orecchio per estrarre il Dna e dare un nome, una identità a un corpo esanime, in modo da non permettere che rimanga un numero.

**Tu credi che questa tragedia delle migrazioni un giorno avrà termine?**

Sono molto scettico in una soluzione rapida del problema. I popoli sono sempre migrati con maggiore o minore intensità nelle diverse epoche. E l'esperienza insegna che non ci sono muri che possono bloccare un simile fenomeno. Ritengo che la vera priorità sia agire in modo da evitare ulteriori morti in un tratto di mare, ormai così breve (solo venti miglia), ma che continua a essere teatro di sofferenza e spesso di morte per migliaia di uomini, donne e bambini. La speranza è che almeno le nazioni si accordino tra loro in modo da organizzare corridoi umanitari attraverso i quali persone che cercano di abbandonare misere condizioni di vita potrebbero conquistare un'esistenza più serena, non rischiando di morire. In tal modo si metterebbe fine a questa vergognosa pagina della storia dell'umanità.

**Vorrei concludere chiedendoti se hai dei programmi per il prossimo futuro?**

In una situazioni di grandi difficoltà, come quella di Lampedusa, è difficile fare programmi. Però ho un desiderio: andare nelle scuole italiane a parlare di migranti come ho fatto qui al congresso di Catania. Raccontare le tante storie dei barconi, come quella di pochi giorni fa. È la storia di un bambino che ho fatto nascere. La madre l'ha chiamato Pietro in mio onore. Quando è nato era bianco. La mamma del Mali, nera come il carbone, e lui invece bianco. Il mio collaboratore mi ha chiesto: ma non è che è successo qualcosa? No gli ho risposto. Quando nascono sono bianchi come noi, uguali, poi diventano neri. Il sangue ce l'hanno rosso e quello rimane rosso come il nostro, uguale.

PIETRO BARTOLO

## Il medico dei salvataggi

Da sempre in prima linea nel soccorso dei migranti, è diventato negli anni "il personaggio simbolo dell'Italia che accoglie e che non è indifferente alla tragedia degli sbarchi". 57 anni, è responsabile del poliambulatorio di Lampedusa ed è specialista in ostetricia e ginecologia.

Pietro Bartolo, 57 anni è responsabile del poliambulatorio di Lampedusa ed è specialista in ostetricia e ginecologia. Insieme a Lidia Tilotta, giornalista della Rai, ha pubblicato nel settembre 2016 il libro *Lacrime di sale* (ed. Mondadori) che ha



registrato subito un gran successo.

È uno dei protagonisti di *Fuocoammare*, il docufilm diretto da Gianfranco Rosi, premiato con l'Orso d'oro al Festival di Berlino nel 2016 e candidato nella categoria miglior film straniero agli Oscar 2017. Si è meritato numerose onorificenze, tra cui il titolo di "Cavaliere dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana", conferitogli dal presidente della Repubblica Giorgio Napolitano nel giugno del 2014, e quello di "Commendatore dell'Ordine al merito della Repubblica Italiana" nell'ottobre dello scorso anno. Nel 2015 a Cracovia ha ricevuto il prestigioso premio "Sergio Vieira de Mello" per essersi distinto tra "coloro che si adoperano per la coesistenza e cooperazione pacifica tra società, religioni e culture". Nel marzo 2016 gli è stato assegnato il premio Don Giuseppe Diana e nel dicembre dello stesso anno è stato insignito a Palermo del "Premio Internazionale Padre Pino Puglisi". Il 24 Settembre 2016, in occasione del Festival della Letteratura di Viaggio, tenutosi a Roma, è stato insignito del Premio Società Geografica Italiana "La Navicella D'Oro". Nell'ottobre 2016 la Fondazione INLIA gli ha conferito a Groningen il Premio "The Living Stone", "Awarded to Dr. Pietro Bartolo, an example to us all, representing the spirit of the people of Lampedusa towards refugees". E nello stesso mese, nell'ambito della XVII edizione de "Le Giornate della Scuola Medica Salernitana", l'Omceo Salerno lo ha insignito del Premio "Medico dell'Anno". Il 23 Novembre 2016 il ministro degli Esteri tedesco, Frank-Walter Steinmeier, e il suo omologo francese, Jean-Marc Ayrault, hanno conferito per la prima volta il premio franco-tedesco dei diritti umani. Tra i 15 premiati internazionali "per il coraggio civile e lo straordinario impegno per i diritti umani" c'era anche Pietro.

**Dopo la clonazione** della pecora Dolly (1996) è la più promettente scoperta scientifica degli ultimi anni in campo biologico. Si sta parlando della tecnica Crispr (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats, in italiano: Gruppi di ripetizioni palindrome brevi interspaziate regolarmente) che ha messo a disposizione del mondo scientifico la possibilità di modificare, rimuovere e riorganizzare in modo preciso e rapido il Dna di quasi tutti gli organismi viventi, compresi gli esseri umani.

a cura di **CARLO SBIROLI**

## CRISPR-CAS9

# ULTIMA FRONTIERA DELLA BIOLOGIA. UNA POSSIBILE NUOVA ARMA CONTRO IL CANCRO

**Negli ultimi tre anni un gran numero di progetti di ricerca sono stati avviati con la tecnica Crispr. S'intravedono già gli enormi vantaggi che si otterranno non solo in campo biologico e in medicina, ma anche nel modificare l'ambiente e per sviluppare varietà alimentari più resistenti**

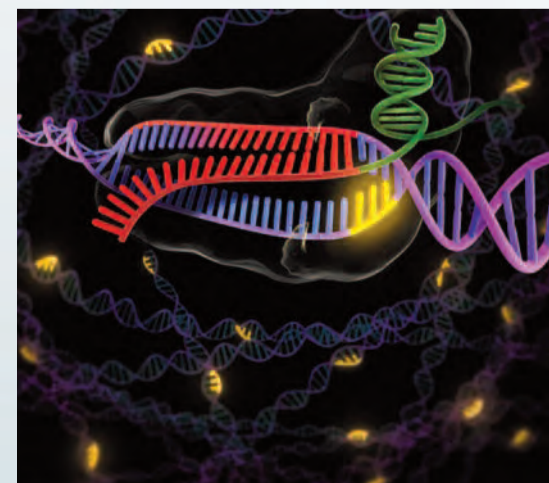
**ALL'INIZIO C'È UNO YOGURT.** Tutto parte infatti dal tentativo di rendere i batteri di questo alimento più resistenti ai virus. In questo modo EMMANUELLE CHARPENTIER, microbiologa francese, ora al Max Planck Institute for Infection Biology di Berlino, s'imbatte nel sistema Crispr-Cas9. Intuisce subito la grande portata di questa scoperta. Capisce che può diventare "un nuovo strumento di editing genetico" per la riscrittura del Dna, in grado di correggere errori genetici, e quindi potenzialmente capace di curare malattie e modificare alcune caratteristiche dell'individuo. Il suo studio è pubblicato sulla rivista *Science* nel 2012 ed è co-firmato da **Jennifer Doudna** dell'Università di California a Berkeley.

Negli ultimi tre anni un gran numero di progetti di ricerca sono stati avviati con la tecnica Crispr. S'intravedono già gli enormi vantaggi che si otterranno non solo in campo biologico e in medicina, ma anche nel modificare l'ambiente e per sviluppare varietà alimentari più resistenti (vedi tabella). Intanto entusiasmano i primi significativi risultati che si stanno raggiungendo in diversi ambiti della medicina, come nelle malattie genetiche, nei difetti delle staminali, nella cura dell'Aids. E s'intravede già un'altra possibile e importante applicazione di questa tecnica nel campo degli xenotrapianti: modificare geneticamente i maiali in modo che i loro organi, una volta trapiantati nell'uomo, non siano rigettati.

Negli ultimi anni c'è stata una vera e propria corsa alla tecnica Crispr. Tutta la sperimentazione è stata condotta esclusivamente su modelli animali e vegetali. Dal novembre scorso questa tecnica ha la sua prima "cavia umana". Per la prima volta è stata utilizzata su un malato di cancro. È successo all'Università cinese di Sichuan. Responsabile un team di oncologi, guidato da **Lu You**. Questi hanno prelevato i linfociti dal sangue di un paziente con cancro polmonare metastatico, hanno modificato il loro genoma con la tecnica Crispr e, dopo averli coltivati per moltiplicarli (in modo da aumentare la risposta immunitaria antitumorale), sono stati re-iniettati nel malato. In questo modo i ricercatori hanno utilizzato Crispr per annullare nelle cellule linfocitarie il gene che codifica per la proteina PD-1 (Programmed Cell Death Protein-1). Questa, nella sua normale attività, limita la risposta immunitaria antitumorale delle cellule, permettendo così al cancro di diffondersi facilmente. Ne consegue che l'annullamento da parte di Crispr della proteina PD-1 potenzia la risposta immunitaria antitumorale "Il trattamento è andato a buon fine e il paziente riceverà presto una seconda iniezione", ha precisato sul sito di *Nature News* Lu You. Il team ha

**La sperimentazione è stata condotta esclusivamente su modelli animali e vegetali**

Dal novembre scorso questa tecnica ha la sua prima "cavia umana". Per la prima volta è stata utilizzata su un malato di cancro. È successo all'Università cinese di Sichuan. La rivista *Nature* ha dedicato uno speciale al metodo CRISPR, dopo l'uscita di un articolo nell'aprile 2015 in cui il metodo è stato utilizzato per modificare uno zigote umano. Qui gli scienziati di tutto il mondo discutono per arrivare ad una regolamentazione dell'utilizzo di questa potente tecnologia.





## Come funziona Crispr-cas9

**CRISPR** (Clustered Regularly Interspaced Short Polindromic Repeats) è il cardine intorno a cui ruota un preciso meccanismo immunitario che alcuni organismi unicellulari (come i batteri) utilizzano per difendersi dai virus.


**IN PARTICOLARE**, Crispr è l'acronimo del nome che è stato dato a segmenti di Dna contenenti brevi sequenze ripetute. Queste funzionano come "sentinelle molecolari": riconoscono le sequenze di un Dna estraneo agendo come se avessero acquisito una sorta di immunità. In particolare, quando un virus aggredisce un batterio, quest'ultimo cattura e incorpora frammenti di Dna del virus, creando una specie di "schedario identificativo" genetico. Qualora lo stesso virus dovesse attaccare le generazioni successive del batterio, questo userà i dati memorizzati per guidare un enzima killer (una endonucleasi) - **Cas9** - verso l'identica sequenza nel nuovo invasore che

aveva memorizzato in precedenza. Per arrivare sul bersaglio Cas9 utilizza Crispr, costituito da un Rna, che lo guida verso il frammento di genoma che ha subito la modificazione. Raggiunta il bersaglio l'enzima Cas9 taglia con precisione la sequenza di Dna che deve essere eliminata. A questo punto ci possono essere due possibilità. La prima: eliminazione, e quindi distruzione, del pezzo di Dna tagliato. In questo modo è possibile eliminare il materiale genetico di un virus infettante (ad esempio, Aids, Hcv) dal Dna umano ottenendo una risposta terapeutica senza l'uso di farmaci. La seconda: il gene selezionato viene sostituito con uno sano e quindi "riparato".




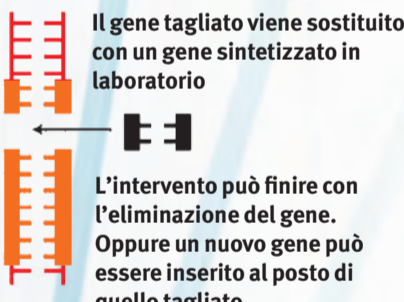
### LA TECNICA

- 1 Un enzima "taglia" il Dna nel punto voluto. Per guidarlo verso l'obiettivo viene creata in laboratorio una molecola di Rna che funge da guida

 La "guida" fatta di Rna

- 2 L'enzima è guidato dal Rna verso il gene da tagliare
- 

- 3 L'Rna si lega al gene da tagliare. L'enzima taglia nel punto voluto.
- 

- 4 Il gene tagliato viene sostituito con un gene sintetizzato in laboratorio
- 

in programma di arruolare un totale di dieci pazienti (tutti con carcinoma polmonare metastatico), ciascuno dei quali riceverà fino a quattro infusioni di linfociti modificati con tecnica Crispr. Saranno successivamente monitorati per sei mesi per controllare l'eventuale comparsa di effetti collaterali.

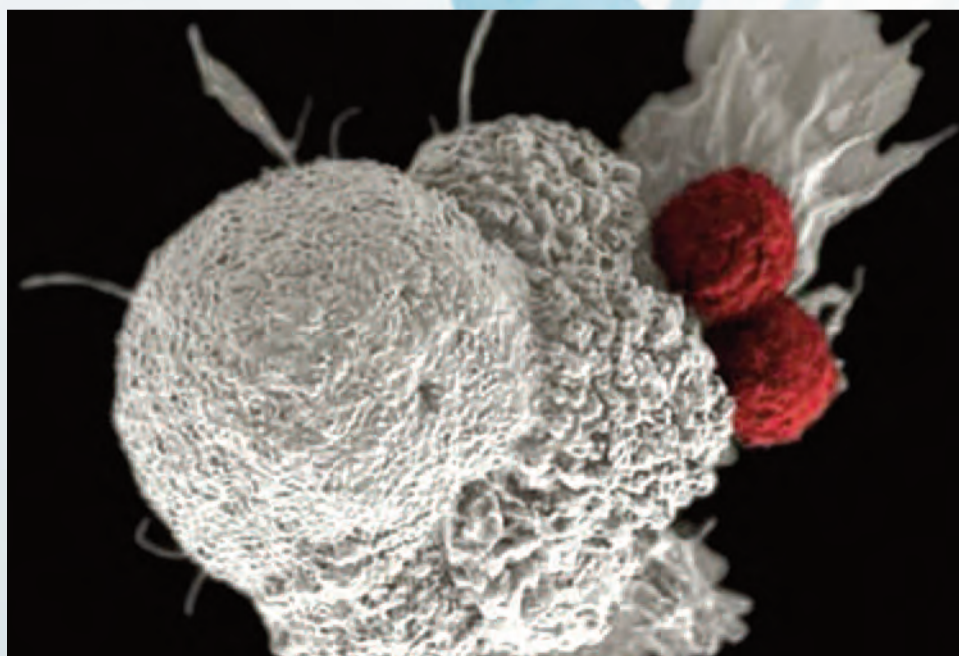
Lo studio cinese è di fase 1. Questo significa che si è ancora agli inizi del lungo iter della sperimentazione clinica. Non si conosce quale sia la dose migliore di linfociti modificati da somministrare, né il numero di infusioni necessarie per ottenere un buon risultato terapeutico. E non tutti gli oncologi ritengono che i risultati saranno migliori rispetto a quelli della terapia con anticorpi monoclonali. Innanzitutto "dobbiamo capire qual è il prezzo da pagare in termini di tossicità sistemica", precisa **Antonio Russo** professore ordinario di oncologia medica al dipartimento di discipline chirurgiche, oncologiche e stomatologiche dell'Università di Palermo. Certo, la prospettiva terapeutica è entusiasmante e il razionale molto forte, anche se basato su dati preliminari ottenuti esclusivamente da colture cellulari e modelli animali. Sul 'sistema uomo' potrebbero esserci molte variabili che saranno conosciute solo al termine del lungo iter di questa prima fase di sperimentazione clinica".

Uno dei maggiori timori dei ricercatori è la possibilità che l'annullamento del gene PD-1 nei linfociti con la Crispr possa provocare una grave reazione auto-immunitaria con gravi ripercussioni sull'organismo del paziente. Quali i costi di una eventuale terapia anticancro basata sulla tecnica Crispr? Molti ricercatori prospettano spese piuttosto alte. "È incredibile come questa tecnica possa riuscire a fare questo" spiega Naiyer Rizvi oncologo della Columbia University Medical Center di New York City. "Il processo di estrazione, di modificazione genetica e di ampliamento delle cellule è compito enorme. A meno che non mostri un grande aumento di efficacia, sarà difficile giustificare l'andare avanti". Alcuni oncologi dubitano che questa tecnica si dimostrerà superiore agli anticorpi monoclonali.

La ricerca sulla Crispr ha già innescato un'accesa competizione in campo biomedico tra Cina e Stati Uniti. Uno studio analogo a quello di Lu You sta per essere iniziato all'Università della Pennsylvania a Filadelfia, dove l'immunologo **Carl June** prevede di utilizzare Crispr in pazienti con mieloma multiplo, melanoma e sarcoma. Un altro team di ricercatori, presso l'Università di Pechino, ha in programma di utilizzare questa stessa tecnica in pazienti con cancro alla vescica, alla prostata e al rene. "In questa prima fase, precisa Russo, sembra che i cinesi siano stati più rapidi nell'avvio della sperimentazione clinica, ma sono certo che informazioni importanti arriveranno anche dagli studi americani. Al di là del prestigio e del merito attribuibile al paese che per primo riuscirà a pubblicare risultati scientificamente validi, considero questo un esempio di sana competizione da cui può trarre beneficio l'intera comunità scientifica e in particolare i pazienti oncologici". Non sarà importante chi vincerà la gara. L'importante è che sia il cancro a uscirne sconfitto.

Cellula di carcinoma a cellule squamose del cavo orale (in bianco) aggredita da due linfociti T (in rosso).

(Cortesia National Cancer Institute \ Duncan Comprehensive Cancer Center at Baylor College of Medicine/Rita Elen Serda)



## CRISPR-CAS9

## PROBLEMI ETICI

# L'editing genetico e la scienza per tutti

La tecnologia Crispr ha aperto un ampio dibattito etico perché consente la manipolazione genetica nella ricerca biomedica

**DOPO APPENA CINQUE ANNI** dalla sua messa a punto, la tecnica Crispr è oggi adottata nei laboratori di tutto il mondo diventando strumento importante nella ricerca biomedica e nella biotecnologia. "In pochi anni la tecnologia Crispr ha rivoluzionato le scienze della vita", ha commentato il genetista **Edoardo Boncinelli**. "Prima se ne parlava solo nei corridoi, ma ora l'editing genetico è esploso. La Crispr è stata utilizzata per mimare l'evoluzione della specie. Quel che la natura ha impiegato millenni a selezionare può essere riprodotto in un batter d'occhio in laboratorio". Ricercatori dell'università di Chicago, per esempio, hanno inserito in alcuni pesci di *zebrafish* varie versioni del gene Hox con l'intento di determinare la trasformazione delle pinne in zampe. Piccole ossa simili a dita si sono effettivamente sviluppate ai lati del corpo. E all'Università di Harvard **George Church**, uno dei più importanti biologi del mondo, ha usato Crispr per inserire dei geni di mammoth (conservati nel permafrost nonostante l'estinzione avvenuta 3-4mila anni fa) in alcune cellule di elefante. Nessun cucciolo preistorico è nato dall'esperimento. "Ma contiamo di riuscirci, una volta superate le difficoltà", ha assicurato Church dopo il primo fallimento.

La tecnologia Crispr è facile da usare e costa poco. "Non deve stupire", scrive Elena Dusi su *Repubblica*, "che Crispr abbia attirato l'attenzione degli scienziati fai-da-te: quegli appassionati che si divertono a fare piccoli esperimenti nel garage di casa o in laboratori affittati a ore. Chi vuole, può provare anche a casa propria, ordinando un kit da 130 euro tramite Internet". Pipette, provette, proteine taglia-Dna e molecole di Rna-guida stanno tutte in una ventiquattre e permettono di creare a casa propria, ad esempio, un batterio *Escherichia Coli* Ogm. Questo fai-da-te, questa facilità di utilizzazione della tecnica Crispr ha sollevato non pochi problemi di ordine pubblico (bioterrorismo) e sul piano etico.

Cosa si può fare di pericoloso in laboratori un po' più attrezzati? "Tutto quello che ti viene in mente", spiega Church. "Nei nostri laboratori le regole sono ferree, e i controlli frequenti. Ma non è ovunque così. Volendo, si potrebbero ingegnerizzare i virus per renderli pericolosi, o i batteri per renderli resistenti ai farmaci. E perfino manipolare un embrione per donargli gli occhi azzurri o renderlo immune dall'Aids". Proprio questa possibilità di poter "manipolare facilmente" gli embrioni umani ha fatto scattare il cortocircuito tra ricerca scientifica in campo biomedico ed etica. Tutto è nato dall'annuncio di un gruppo di ricercatori cinesi dell'Università Sun Yat-sen di Canton che nell'aprile del 2015, utilizzando la tecnica Crispr, cercò di correggere in ottantasei embrioni umani (difettosi e destinati comunque a essere distrutti) il difetto che determina la beta talassemia. Di questi embrioni modificati ne sopravvissero settantuno e solo in una piccola percentuale si ottenne la modifica voluta, mentre diversi altri riportarono alterazioni indesiderate. L'esperimento, fu ripetuto un anno dopo su altri embrioni con l'obiettivo di renderli resistenti all'Aids. Quest'ultima sperimentazione fu fatta in violazione della moratoria che qualche mese prima gli stessi ricercatori si erano autoimposti. A parte queste due sperimentazioni dei ricercatori cinesi, non sono state segnalate altre ricerche su embrioni umani.

"Se qualcuno volesse compiere un passo decisivo, come ri-



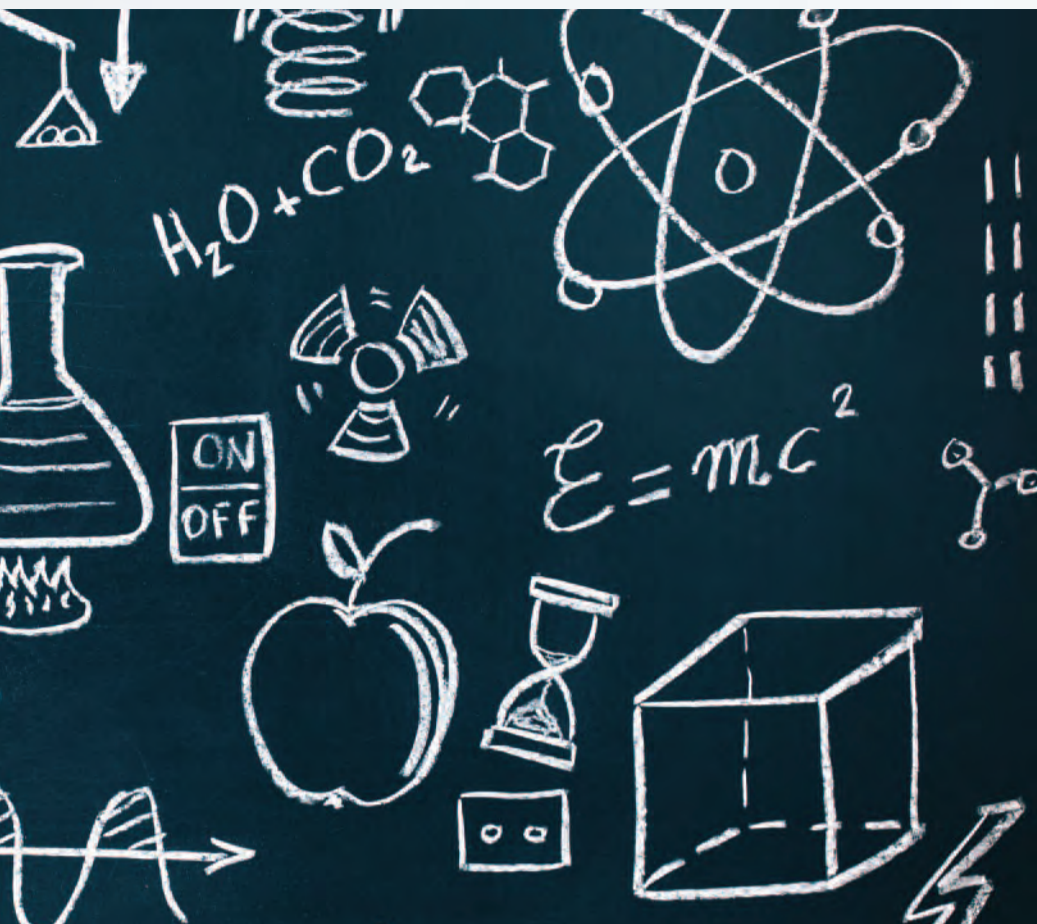
Quel che la natura ha impiegato millenni a selezionare può essere riprodotto in un batter d'occhio in laboratorio



## Possibili campi di applicazione della tecnologia Crispr\*

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Terapia cancro</b>               | La tecnica Crispr permette di creare cellule immunitarie (linfociti), geneticamente modificate, di pazienti con cancro che, reiniettati nel malato, attaccano e distruggono le cellule tumorali   |
| <b>Malattie genetiche</b>           | Esperimenti su embrioni non vitali hanno dimostrato che è possibile con Crispr agire sul Dna delle cellule "sbagliate" correggendole. Entro il 2017 si prevede di usare Crispr per curare una rara forma di cecità chiamata "amaurosi congenita di Leber" |
| <b>Diagnostica</b>                  | L'editing genetico, eseguito con Crispr, può mettere in evidenza le sequenze di Dna modificate che sono responsabili di malattie come Aids  |
| <b>Biotechologie agroalimentari</b> | Crispr può essere usata per modificare geni di piante senza dover ricorrere al Dna di altre specie, come invece avviene nelle Ogm tradizionali  |
| <b>Modificazioni dell'ambiente</b>  | La diffusione di malattie trasmesse da vettori (come la malaria) può essere ridotta o eliminata introducendo geni resistenti alla patologia negli insetti in natura. In questo caso è utilizzata l'applicazione Crispr-cas9 gene drive                    |
| <b>Xenotrapianti</b>                | Crispr può essere utilizzata per modificare geneticamente i maiali in modo che i loro organi, una volta trapiantati nell'uomo, non siano rigettati  |

\* Tutte le applicazioni sono ancora in fase di sperimentazione o di progettazione



scrivere la linea germinale”, dice **Eric Lander**, direttore del Broad Institute di Harvard, biologo al MIT e che in passato è stato a capo del Progetto Genoma Umano, “dovrà avere degli ottimi motivi per farlo ed essere in grado di spiegarli e dovrà avere anche il pieno sostegno della società”. Le principali preoccupazioni etiche derivano dal fatto che una eventuale sperimentazione sulla linea germinale umana produrrebbe delle modifiche che sarebbero trasmesse a tutta la discendenza senza possibilità di ritorno. E a questo si deve aggiungere che utilizzando la tecnica chiamata “*gene drive*” (permette di portare le mutazioni di Crispr a entrambe le coppie di cromosomi di un individuo) i cambiamenti, indotti nel genoma, si possono estendere all’intera specie nel giro di poche generazioni. Sfruttando queste caratteristiche è stato proposto, ad esempio, di utilizzare Crispr per “eliminare le zanzare” o almeno alcune specie (come Zika in Sudamerica). Tutto questo oggi è tecnicamente possibile. Ma con quali conseguenze sull’ecosistema?

Nel marzo 2015 con un appello su *Nature* e *Science* due gruppi di scienziati hanno chiesto di porre un limite a questo tipo di ricerche con l’obiettivo di vietare la modifica della linea germinale in embrioni umani, in quanto “l’eugenetica è un rischio”, ha spiegato il Nobel **Paul Berg**. “L’umanità ha bisogno di diversità genetica e il metodo di procreazione tradizionale è il miglior metodo per garantirla. Vogliamo impedire ogni tentativo prematuro e sconsiderato di alterare la linea germinale dell’uomo”. Da qui è partita una richiesta di moratoria internazionale degli stessi scienziati contro l’uso di questo nuovo metodo sugli esseri umani. Molti paesi europei hanno già ratificato la convenzione per la protezione della dignità umana vietando la manipolazione del genoma di spermatozoi e uova per scopi non medici. Negli Stati Uniti invece questi interventi non sono proibiti. È necessaria però l’autorizzazione della Food&Drug Administration. Ma è soprattutto in Asia che la legislazione è carente.

L’accessibilità di Crispr è contemporaneamente un grosso punto di forza ma anche una grande minaccia, in quanto più è elevato il numero di strutture che può praticarlo e più sarà difficile controllarne il buon uso, in quanto il metodo consente con soli 4-5 tentativi (mentre prima erano necessari migliaia) di colpire con estrema precisione il gene che si vuole modificare. Tutto ciò non mette però al riparo da errori imprevedibili.



L’accessibilità di Crispr è allo stesso tempo un grosso punto di forza ma anche una grande minaccia, in quanto più è elevato il numero di strutture che può praticarlo e più sarà difficile controllarne il buon uso

## Per saperne di più

Boroviak K, Doe B, Banerjee R, Yang F, Bradley A. *Chromosome engineering in zygotes with CRISPR-Cas9*. *Genesis* 2016;54:78-85

Charpentier E, Kaldy P. *L’enzima che rivoluziona la genetica*. *Le scienze* 2016; 772:28-35

Cyranoski D. *CRISPR gene-editing tested in a person for the first time*. *Nature News* 15 Nov 2016

Cyranoski D. *Chinese scientists to pioneer first human CRISPR trial*. *Nature* 2016;535:476-477 doi:10.1038/nature.2016.20302

Doudna J. *Genome-editing revolution: my whirlwind year with CRISPR*. *Nature* 2016;528 (7583):469-71. doi:10.1038/528469a. pmid 26701037

García-Tuñón I, Hernández-Sánchez M, Ordoñez JI, Alonso-Pérez V, Álamo-Quijada M, Benito R, Guerrero C, Hernández-Rivas JM, Sánchez-Martín M. *he CRISPR/Cas9 system efficiently reverts the tumorigenic ability of BCR/ABL in vitro and in a xenograft model of chronic myeloid leukemia*. *Oncotarget* 2017 Feb 9; doi: 10.18632/oncotarget.15215

Ge X, Xi H, Yang F, Zhi X, Fu Y, Chen D, Xu Rh, Lin G, Qu J, Zhao J, Gu F. *CRISPR/Cas9-AAV Mediated Knock-in at NRL Locus in Human Embryonic Stem Cells*. *Mol Ther Nucleic Acids* 2016;5:e393. doi: 10.1038/mtna 2016

Kaiser J. *A yellow light for embryo editing*. *Science* 17 Feb 2017;355 (6326):675

Liu T, Li Z, Zhang Q, De Amorim Bernstein K, Lozano-Calderon S, Choy E, Hornicek Fj, Duan Z. *Targeting abcb1 (mdr1) in multi-drug resistant osteosarcoma cells using the CRISPR-Cas9 system to reverse drug resistance*. *Oncotarget* 2016 Dec 13;7(50):83502-83513. doi: 10.18632/oncotarget. 13148

Liu T, Shen JK, Li Z, Choy E, Hornicek Fj, Duan Z. *Development and potential applications of CRISPR-Cas9 genome editing technology in sarcoma*. *Cancer Lett* Apr 1 2016 ;373(1):109-18. doi, 2016

O’Pry J, Sakamaki J, Baudot Ad, New M, Van Acker T, Tooze Sa, Long Js, Ryan Km. *Application of CRISPR-Cas9 to autophagy research*. *Methods Enzymol* 2017;588:79-108. doi: 10.1016/bs.mie.2016.09.076, 2016

Reardon S. *First CRISPR clinical trial gets green light from us panel. The technique’s first test in people could begin as early as the end of the year*. *Nature News* (22 June 2016)

Salsman J, Delleire G. *Precision genome editing in the CRISPR era*. *Biochem Cell Biol* Sep 29. doi: 10.1139/bcb-2016-0137, 2016

Su S, Zou Z, Chen F, Ding N, Du J, Shao J, Li L, Fu Y, Hu B, Yang Y, Sha H, Meng F, Wei J, Huang X, Liu B. *CRISPR-cas9-mediated disruption of pd-1 on human t cells for adoptive cellular therapies of ebv positive gastric cancer*. *Oncoimmunology* 2016 nov 22;6(1):e1249558. doi: 10.1080/2162402x.1249558, 2016

Wang X, Huang X, Fang X, Zhang Y, Wang W. *CRISPR-Cas9 system as a versatile tool for genome engineering in human cells*. *Mol Ther Nucleic Acids* 2016;5:e388. doi: 10.1038/mtna.2016.95, 2016 Williams Bo, Warman MI. *CRISPR-Cas9 technologies*. *J Bone Miner Res* 2017 feb 23. doi: 10.1002/jbmr.3086, 2017

Zhang Jp, Li Xi, Li Gh, Chen W, Arakaki C, Botimer Gd, Baylink D, Zhang L, Wen W, Fu Yw, Xu J, Chun N, Yuan W, Cheng T, Zhang Xb. *Efficient precise knockin with a double cut HDR donor after CRISPR/Cas9-mediated double-stranded DNA cleavage*. *Genome Biol* 2017 feb 20;18(1):35. doi: 10.1186/s13059-017-1164-8, 2017

Zou Z, Chen F, Ding N, Du J, Shao J, Li L, Fu Y, Hu B, Yang Y, Sha H, Meng F, Wei J, Huang X, Liu B. *CRISPR-Cas9 mediated disruption of PD-1 on human T cells for adoptive cellular therapies of EBV positive gastric cancer*. *Oncoimmunology* 2016 Nov 22;6(1):e1249558

## Video

What is CRISPR? feb 18, 2016; 273,488 views; by Bozeman Science

Genome Editing with CRISPR-Cas9 Nov 05, 2014; 974,834 views; by Mcgovern Institute for Brain Research at Mit

How CRISPR lets us edit our DNA: Jennifer Doudna Nov 12, 2015; 307,785 views; by Ted

CRISPR -Cas9 Genome Editing System Feb 09, 2016; 21, 015 views; by Shomu’s Biology

Quando lei  
pensa a lui  
tu pensa a lei

10.000 U.I./ml  
gocce orali  
Euro 5,42  
CLASSE A - RR



25.000 U.I./2,5 ml  
2 flaconcini  
monodose  
Euro 8,10  
CLASSE A - RR



25.000 U.I./2,5 ml  
4 flaconcini monodose  
Euro 16,00  
CLASSE C - RR



25.000 U.I./2,5 ml  
1 flaconcino monodose  
Euro 5,42  
CLASSE A - RR

PER PREVENIRE E TRATTARE LA CARENZA DI VITAMINA D

  
**ABIOPEN**  
PHARMA

## PUNTI NASCITA

## VENETO

# Aogoi e Sigo ricorrono al Tar contro la delibera regionale

La delibera prevede il mantenimento, in deroga all'accordo Stato Regioni, dei punti nascita con meno di 500 parti annui stabilendo standard qualitativi diversi da quelli previsti dalla normativa nazionale

**LA DELIBERAZIONE** n. 2238 del 23 dicembre 2016 della Regione Veneto "mette a rischio la sicurezza delle madri, dei nati e dei professionisti sanitari". Per questo "va sospesa" e poi "in parte annullata". A chiederlo è l'Aogoi che con la Sigo ha presentato ricorso al Tar del Veneto contro la delibera regionale.

Aogoi e Sigo puntano il dito, in particolare, contro la parte della delibera in cui si prevede il mantenimento, in deroga all'accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e del Dm 11 novembre 2015, dei punti nascita con meno di 500 parti annui stabilendo per essi, standard qualitativi diversi da quelli previsti dalla normativa nazionale. Trentadue i punti nascita con meno di 500 parti che rimarrebbero aperti, secondo quanto individuato dall'Aogoi e della Sigo nella delibera e relativi allegati.

"Con la delibera - si spiega nel ricorso presentato al Tar del Veneto - la rete dei punti nascita viene stratificata in 4 livelli di intensità di cure, in ragione dei volumi dei parti, declinati con 2-3-4-5 stelle, e ne vengono indicati i requisiti. In particolare, per il livello a due stelle, sotto i 500 parti, si è previsto: l'ostetrica h24; il ginecologo h12; il pediatra per 3 ore al giorno; l'anestesista h24. Nei requisiti operativi non è però previsto di "garantire l'effettuazione di qualunque intervento ostetrico-ginecologico di emergenza; con una sala operatoria che deve essere sempre pronta e disponibile h24 per le emergenze ostetriche nel blocco travaglio parto, un blocco travaglio-parto e de-



**A rischio la sicurezza delle madri, dei nati e dei professionisti sanitari**

## SIP E SIN SCRIVONO A ZAIA

**Pericoloso lasciare aperti i P.N. con meno di 500 parti l'anno**

genza puerperale e neonatale nello stesso piano', così come prescritto dalla normazione statale". In tale organizzazione, denunciano Aogoi e Sigo, "il medico ginecologo reperibile, dovendosi occupare del reparto, non potrà occuparsi del pronto soccorso e della sala parto". Se a questo si aggiunge la presenza del pediatra soltanto per 3 ore al giorno, quello designato dal Veneto si presenta come "un modello che offre servizi indispensabili in fase di parto soltanto per poche ore al giorno, come se fosse possibile prevedere il momento della nascita, mettendo a rischio la sicurezza delle ma-

Il Presidente della Società Italiana di Pediatria (Sip) **Alberto Villani** e il Presidente della Società Italiana di Neonatologia (Sin) **Mauro Stronati** in una lettera inviata al Presidente della Regione Veneto Luca Zaia e all'Assessore alla Sanità Luca Coletto esprimono "preoccupazione" per la delibera n.2238 del 23 dicembre 2016 pubblicata sul BUR n.6 del 13 gennaio 2017 con cui la Giunta Regionale "ufficializza la persistenza di punti nascita con meno di 500 parti all'anno, in deroga all'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 che ne ha previsto la chiusura per rendere il parto più sicuro sia per le mamme sia per i neonati. Desta particolare preoccupazione la previsione che in tali strutture la presenza del pediatra possa essere garantita anche soltanto per tre ore al giorno", spiegano Sip e Sin in una nota. **Per la due Società scientifiche la delibera è "una scelta inadeguata e pericolosa" e "confidiamo in una**

dri e dei nati e, al tempo stesso, dei sanitari messi allo sbaraglio in reperibilità". Per Aogoi e Sigo, inoltre, la delibera impugnata non risponde neanche ai criteri geografici difficili che giustificerebbero la deroga in base alla normativa nazionale: "Venticinque dei 32 punti nascita mantenuti attivi in deroga dalla delibera non sono in condizioni oro-geografiche difficili, venendo così a mancare quella stringente motivazione prevista dall'Accordo citato e, in ogni caso, il mantenimento degli standard inderogabilmente richiesto su tutto il territorio nazionale".

tempestiva revisione del provvedimento che espone i bambini a rischi inaccettabili in un Paese civile". **Sin e Sip contestano, quindi, come a oltre 6 anni dalla riorganizzazione della rete neonatale "tanti bambini nascono ancora in centri nascita non adeguati, dove avvengono meno di 500 parti all'anno, come confermano gli ultimi dati del Piano nazionale Esiti". In conclusione Villani e Stronati auspicano "una riorganizzazione delle reti dei punti nascita del nostro Paese, secondo standard scientifici internazionalmente riconosciuti, con l'obiettivo di garantire la massima sicurezza alla mamma e al neonato e di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, ed i cui punti cardine sono: l'accorpamento dei punti nascita con basso numero di nati per anno; il potenziamento delle unità di terapia intensiva neonatale e l'attivazione dello Sten (servizio di trasporto per l'emergenza neonatale)".**



## PUNTO NASCITA

## LA MADDALENA

# Garantire la sicurezza dei punti nascita

**ELSA VIORA**  
Presidente Nazionale Aogoi  
**GIOVANNI SCAMBIA**  
Presidente Nazionale Sigo



**Crediamo sia essenziale che le donne che abitano nell'isola La Maddalena siano informate correttamente sulle condizioni di non sicurezza in cui si troverebbero a partorire**

AOGOI E SIGO

**LA GRAVIDANZA** ed il parto sono eventi fisiologici nella vita di una donna ed è perciò indispensabile che ogni intervento assistenziale proposto alla donna in gravidanza sia preceduto da una valutazione accurata dei benefici e che sia accettato dalla donna. Ma è indispensabile esplicitare che una gravidanza può essere definita come "fisiologica" solo "a posteriori" cioè quando l'evento gravidanza/parto è terminato e sia la mamma che il neonato stanno bene; la donna accetta il percorso assistenziale se essa è stata correttamente informata dei benefici di ciò che le viene proposto. Crediamo sia essenziale fornire alle donne che abitano nell'isola La Maddalena alcune informazioni, non per fare terrorismo psicologico né per prendere le difese del Ministero, della Regione Sardegna e/o del singolo partito ma perché è opportuno che le donne siano consapevoli ed informate correttamente delle condizioni di "non sicurezza" in cui si troverebbero a partorire. Sono necessarie ancora alcune precisazioni, pur partendo dal presupposto che

la gravidanza fisiologica è definita come tale solo "a posteriori", vi sono elementi che consentono di individuare fattori di rischio che devono indurci ad offrire alla donna un percorso assistenziale adeguato quindi con accertamenti addizionali, con l'intervento di figure professionali che abbiano competenze specifiche di quella patologia. Questi fattori di rischio possono essere presenti già prima o all'inizio della gravidanza oppure insorgere durante la gravidanza ed in questi casi è necessario attivare un percorso assistenziale adeguato. Purtroppo anche quando nessun fattore di rischio è stato evidenziato durante la gravidanza né è presente all'inizio del travaglio, eventi sfavorevoli inattesi e imprevedibili possono insorgere durante il travaglio o nelle prime ore dopo il parto. È vero, come spesso abbiamo sentito affermare in questi giorni, che questi eventi sono rari (per fortuna!) ma quando si verificano è indispensabile intervenire tempestivamente con risorse organizzative, umane e strumentali adeguate perché le conse-

guenze possono essere drammatiche. Per questo è essenziale poter garantire a tutte le donne in gravidanza, anche a quelle che abitano nell'isola La Maddalena, una assistenza adeguata durante la gravidanza ed il parto per consentire loro di partorire in sicurezza e garantire ai loro figli di nascere in condizioni di sicurezza. Il "problema" del Punto Nascita dell'isola La Maddalena non può né deve sottostare a logiche politiche o di costi economici ma deve essere affrontato considerando, prima di ogni altro aspetto, la sicurezza delle donne e dei bambini. Partorire in condizioni in cui i requisiti essenziali non ci sono, rappresenta un rischio per le donne ed i bambini e di questo la popolazione deve prendere coscienza. È indispensabile un colloquio ed un confronto fra le donne, le istituzioni regionali, gli operatori sanitari e le Società Scientifiche al fine di programmare un percorso assistenziale il più possibile umanizzato che garantisca la sicurezza di donna e bambino dall'inizio della gravidanza al parto.

L'AOGOI RICHIEDE L'ANNULLAMENTO  
DELL' INCARICO

## A Ischia il primario di ginecologia non ha la specializzazione

**Chiesta la revoca immediata dell'incarico conferito a Luigi Capuano presso il Presidio ospedaliero Rizzoli di Ischia, dove lo stesso Capuano è anche direttore sanitario. Nella lettera di diffida e messa in mora l'Aogoi evidenzia come "l'uso distorto della discrezionalità può comportare gravi incidenze negative sulla qualità delle cure"**



**CON UNA LETTERA** di diffida alla Asl Na 2 Nord del 15 marzo scorso, l'Aogoi ha chiesto l'immediata revoca dell'incarico conferito a **Luigi Capuano**, che operava sia come Direttore Sanitario del P.O. "A. Rizzoli" di Ischia sia come primario di ginecologia.

In particolare l'Aogoi nella sua diffida denuncia "l'illegittimità del provvedimento" di conferimento dell'incarico di Direzione dell'Uoc di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero in quanto Capuano è "sprovvisto del titolo del titolo di specializzazione in Ostetricia e Ginecologia". A scegliere la sua nomina era stato il direttore generale dell'Asl, **Antonio D'Amore**, anche se il provvedimento che lo aveva nominato era stato indicato come in "via del tutto eccezionale e provvisoria, e nella mora della nomina a nuovo direttore". Una giustificazione, questa, non condivisa dall'Aogoi per la quale la nomina rimarrebbe illegittima anche nell'ipotesi di un "incarico temporaneo con finalità meramente organizzative e gestionali".

**Tra le finalità perseguite dall'Associazione degli Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani** – si legge nella premessa contenuta nell'atto di diffida e messa in mora firmata dalla presidente **Elsa Viora** – vi è quella "di contribuire ad elevare il livello assistenziale nel settore dell'ostetricia-ginecologia con ogni più opportuna iniziativa nei confronti degli Enti Responsabili che operano nel Servizio Sanitario Nazionale". "La ginecologia e l'ostetricia – ricorda l'Aogoi – è branca specialistica vasta e complessa a vocazione prevalentemente chirurgica" e "la disposizione del Ccnl dell'Area Dirigenza medica e veterinaria nel prevedere espressamente l'obbligo di conferimento dell'incarico di sostituzione temporanea ad altro dirigente della medesima struttura, in quanto in possesso dei titoli di specializzazione richiesti, mira a tutelare la qualità delle cure e le componenti ad esse coesistenti, e segnatamente: 1) la capacità, 2) la competenza, 3) l'esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia del servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, *maxime*, al livello di responsabilità che l'incarico comporta". Non trascurabile, in questo caso, il fatto che trattasi della "gestione dell'unica Unità Operativa Complessa specialistica in ostetricia e ginecologia, che opera in contesto di notorio disagio quale è l'isola di Ischia".

**Pertanto "l'omessa attivazione delle procedure per il conferimento dell'incarico** di Direzione dell'Uoc di Ostetricia e Ginecologia del P.O. "A. Rizzoli" di Ischia e il conferimento dell'incarico a dirigente medico sprovvisto dei necessari titoli

di specializzazione – sottolinea l'Aogoi – sono scelte che integrano violazione delle previsioni legislative di rango primario recepite dalla contrattazione collettiva, nonché violazione dei principi primordiali di trasparenza ed imparzialità".

Appare dunque evidente, conclude l'Aogoi, "l'illegittimità della soluzione prescelta dal Direttore Generale della ASL Napoli 2 Nord" e "l'uso distorto della discrezionalità con potenziali gravi incidenze negative sulla qualità delle cure".

**La notizia del "medico con due incarichi: direttore sanitario e ginecologo" è stata ripresa anche da Repubblica.it** (in un articolo del 12 marzo a firma di Giuseppe Del Bello) che riporta il commento del segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera** e di **Giuseppe De Placido**, ordinario di Ostetricia e Ginecologia all'università Federico II, sulla "singolare investitura". L'articolo evidenzia come "In pratica il professionista è costretto a soddisfare due compiti senza avere la titolarità di nessuno dei due. Ma quello che fa storcere il naso a più di un camice bianco è il fatto che il direttore sanitario non sia in possesso della specializzazione in Ginecologia".

Il primo a commentare l'"originale vicenda" è il segretario nazionale **Antonio Chiantera** "che non solo parla di 'provvedimento che viola le legge', ma ironizza sul fatto che il manager non abbia individuato l'unica soluzione possibile: conferire l'incarico temporaneo a un collega ginecologo. "In questi casi – sottolinea Chiantera nell'articolo – quando un primario va in pensione e si deve avviare la procedura per il concorso, si attribuiscono le funzioni temporanee (secondo l'ex articolo 18 del contratto nazionale di lavoro) a uno specialista dello stesso reparto. Oppure a un collega, sempre afferente alla stessa disciplina, di un presidio della Asl".

Sulla stessa lunghezza d'onda anche **Giuseppe De Placido** che, sempre nello stesso articolo, evidenzia come "Il direttore generale può dare la funzione primaria all'aiuto più anziano, ma sempre in attesa di concorso o di trasferimento di un altro primario da sede diversa. Che dire? – aggiunge De Placido – Mi sembra un po' fuori dalle normali attribuzioni. La ginecologia è una specializzazione vasta e complessa che non può essere gestita se non da un primario della stessa materia. D'altronde è una branca chirurgica e, quindi, è impossibile che uno specialista di igiene sia in grado di ottemperare alle emergenze chirurgiche ginecologiche se non è mai stato in una sala operatoria". Difficile non condividere il "legittimo dubbio" sollevato alla fine dell'articolo: "chi dirà alle partorienti che ad assisterle potrebbe essere un direttore sanitario?".

## Eletto il nuovo Consiglio direttivo dell'Associazione italiana di ostetricia

**Roberta Giornelli è la nuova presidente. Nominato l'intero consiglio direttivo, in carica dal 2017 al 2019**



### Presidente

Roberta Giornelli (Gorizia)

### Vice Presidente

Franco Antonio Ragusa (Massa)

### Segretario Nazionale e Past President

Antonella Marchi (Siena)

### Tesoriere

Davide De Vita (Salerno)

### Consiglieri

Anna Paola Caruso (Cosenza)

Michele La Greca (Catania)

Letizia Francese (Torino)

### Revisori dei Conti

Rosanna De Serio (Ascoli Piceno)

Claudio Crescini (Bergamo).

### Consiglieri

Anna Paola Caruso (Cosenza)

Michele La Greca (Catania)

Letizia Francese (Torino)

### Revisori dei Conti

Rosanna De Serio (Ascoli Piceno)

Claudio Crescini (Bergamo)

### Proviviri

Carmine Gigli (Trieste)

Fabrizio Perillo (Desenzano)

Giulia Anello (Torino)

### Segretario per i rapporti Internazionali

Elsa Del Bo (Pavia)

### Comunicazione e collegamento rapporti AIO-AOGOI

Giuseppina Di Lorenzo (Napoli)

### Presidenti onorari

Berta Comitini (Pisa)

Antonio Chiantera (Napoli)



IN QUESTE PAGINE I CONTRIBUTI DI:

**ELSA VIORA** PRESIDENTE AOGOI

**SANDRO VIGLINO** PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE GINECOLOGI TERRITORIALI (A.GI.TE)

**BENEDETTO FUCCI** COLLEGA E PARLAMENTARE, COMPONENTE DELLA COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA

IL LIBRO DI LIVIA TURCO E LA TESTIMONIANZA DI MAURIZIO SILVESTRI

# 194 CASO SAN CAMILLO

## Il bando della discordia

**Grazie a un bando di concorso emesso nei mesi scorsi, due dirigenti-medici saranno assegnati al settore del Day Hospital e Day Surgery per l'applicazione della legge 194 dell'ospedale entrando quindi a far parte della squadra del servizio di interruzione volontaria di gravidanza**

**UN'ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO** con un concorso riservato in via esclusiva a ginecologi che non intendono sottrarsi a quanto previsto dalla legge 194: rispettare il diritto della donna a praticare l'interruzione volontaria di gravidanza. Una "conditio sine qua non" vincolante: nel caso in cui il professionista volesse ricorrere allo strumento dell'obiezione di coscienza, peraltro riconosciuto dalla legge stessa, verrebbe immediatamente messo in mobilità o addirittura licenziato. Così l'Azienda San Camillo Forlanini, una delle più grandi della Capitale, ha voluto rispondere al fenomeno dell'obiezione di coscienza al quale ricorrono sempre più ginecologi rendendo complicato e difficile il diritto delle donne a ricorrere all'aborto.

Ricordiamo che l'Unità operativa autonoma del San Camillo è un punto di riferimento per le donne della capitale e non solo: l'Unità nel 2016 ha effettuato, infatti, circa 2.200 aborti di cui 1.400 chirurgici e 810 medici (con pillola RU486 somministrata o in regime ordinario o in Day hospital). Ma dal momento che nel Lazio i numeri dei ginecologi obiettori raggiungono percentuali ragguardevoli è facile immaginare che sempre più diventerà un punto di riferimento per le donne della Regione.

Per il Direttore Generale **Fabrizio d'Alba** gli elementi di novità che caratterizzano il Concorso emesso dall'Azienda capitolina stanno aprendo "una strada nuova" per garantire il rispetto della legge 194. Due i punti cardine su cui poggia la sua linea d'azione che spazza via ogni forma di ambiguità: una procedura finalizzata e un vincolo contrattuale forte in linea con le esigenze aziendali. "Quella attuata al San Camillo - ha affermato il presidente della Regione Lazio **Nicola Zingaretti** - è una sperimentazione, siamo i primi in Italia e penso che sia una cosa importante garantire alle donne un diritto sancito dalla legge". La Regione Lazio con una delibera del 2014 Commissario ad acta sulla riforma dei consultori pubblici, si era già mossa nell'ottica di tutelare i diritti della 194 imponendo ai medici dei consultori, anche obiettori, l'obbligo di rilasciare le certificazioni necessarie alle donne per poter interrompere la gravidanza nelle strutture pubbliche dedicate. Una de-

cisione che incassò le proteste dei medici obiettori, rispedita al mittente da una delibera del Tar Lazio.

La decisione di assumere al San Camillo di Roma medici dedicati all'interruzione di gravidanza impedendo loro l'obiezione di coscienza ha suscitato come prevedibile un dibattito molto acceso non solo nel mondo medico ma anche in ambito politico e istituzionale, con un ampio ventaglio di posizioni pro e contro il bando di concorso. A criticare la decisione del San Camillo anche il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** che ha ribadito come "è evidente che abbiamo una legge che non prevede questo tipo di selezione. Prevede invece la possibilità, qualora una struttura abbia problemi di fabbisogno, per quanto riguarda singoli specifici servizi, di poter chiedere alla Regione di attingere anche in mobilità da altro personale".

Per la Fnomceo, la questione necessita di "una riflessione più approfondita". "Posso sicuramente condividere la posizione dei colleghi obiettori - ha detto la presidente **Roberta Chersevani** -. Mi pongo però anche il problema del medico non obiettore che rischia di essere assunto per eseguire unicamente Ivg, con tutte le ripercussioni psicologiche, professionali e di carriera che ne conseguono".

Un invito alla ponderatezza arriva anche dalla nostra Associazione. "Con il clamore mediatico non si risolvono i problemi - ha ricordato la presidente Aogoi **Elsa Viora**. È in gioco il nesso tra diritti normati e diritti personali, tra il bene collettivo e il bene individuale che si traduce nella difficoltà di coniugare il diritto del singolo con i diritti dei tanti. Ed è indispensabile che vi sia una soluzione pratica che tenga conto di entrambi i diritti tenendo conto che in Italia vi sono situazioni molto diverse da Regione e Regione, che l'Italia è già stata "redarguita" dalla Ue proprio per la difficoltà di accesso all'Ivg ma va anche segnalato che molto è stato fatto tanto che le Ivg sono in costante calo".

A bacchettare l'Italia è arrivato da ultimo anche il **Comitato Onu dei diritti umani** che esorta il nostro paese a far "rispettare la legge 194": "troppi gli obiettori e le difficoltà per i diritti delle donne".



È indispensabile trovare una soluzione pratica che rispetti sia il diritto delle donne di vedere applicata una legge dello stato (la 194), sia il diritto dei medici all'obiezione di coscienza, tenendo conto che in Italia vi sono situazioni molto diverse da Regione e Regione

#### Gli obiettori di coscienza in Italia



ELSA VIORA

## Il clamore mediatico non giova alla soluzione dei problemi

È in gioco il nesso tra diritti normati e diritti personali, tra il bene collettivo e il bene individuale. È indispensabile che vi sia una soluzione pratica che tenga conto di entrambi questi diritti tenendo conto che in Italia vi sono situazioni molto diverse da Regione e Regione

**IL BILANCIAMENTO** tra una correttezza formale e legale e il valore etico/sociale di rispetto dei diritti di tutti gli individui è un tema di studio e di riflessione che si è dibattuto nei secoli tanto che già Platone scriveva "... meglio di tutto però non è che abbiano valore le leggi, ma che lo abbia l'uomo il quale per la sua intelligenza sia regio. E sai perché? Perché la legge non può mai, abbracciando ciò che è ottimo e giustissimo, prescrivere nello stesso tempo con precisione ciò che è il meglio per tutti". Con il passare dei secoli l'umanità ha costruito e consolidato i presupposti della convivenza civile retti su sistemi democratici e di tutela di tutti gli individui che sono concretizzati in costituzioni, normative, accordi. La nostra Costituzione assicura con l'art 3 l'eguaglianza formale e sostanziale a tutti i cittadini; il diritto comunitario Ue sostiene la tutela antidiscriminatoria; il Codice delle pari opportunità tra uomo e donna (Decreto legislativo del 2006) ne rafforza alcuni aspetti; la legge 194/78 ha dimostrato di essere una ottima legge.

Risultati importanti che devono farci sentire sicuri e fieri della nostra legislazione e della nostra società.

**Il caso dell'Ospedale San Camillo di Roma ci presenta una fotografia** che può essere vissuta e letta come contraddittoria rispetto alle nostre considerazioni che precedono, parrebbe non rispettosa dei diritti di tutte le persone e tanto meno della legislazione citata.

Le leggi che regolano i bandi dei concorsi pubblici sono chiare e devono rispettare precisi criteri, incluso il divieto di discriminazione diretta. Nello stesso tempo con una legge, confermata da un referendum, è affermato e regolamentato il diritto della donna alla interruzione volontaria della gravidanza, quindi a rigore tutto è bene definito e regolamentato.



Dobbiamo difendere e tutelare la legge 194 in tutti i suoi aspetti: solo garantendo la sua applicazione in tutta Italia potremo salvaguardare la salute delle donne



ELSA VIORA  
Presidente Aogoi

Il problema quindi non sta forse nella legislazione generale, ma nella capacità di applicare le leggi rispettando i diritti di tutti, sia il diritto delle donne di vedere applicata una legge dello stato (la 194), sia il diritto dei medici all'obiezione di coscienza.

È in gioco il nesso tra diritti normati e diritti personali, tra il bene collettivo e il bene individuale che si traduce nella difficoltà di coniugare il diritto del singolo con i diritti dei tanti. Gli elementi a nostra disposizione per valutare positivamente o negativamente la scelta sono innumerevoli: discriminazione indiretta ma altresì diritti/doveri del lavoratore ma anche difficoltà talora impossibilità della donne ad accedere ad un servizio che deve essere garantito nel rispetto della legge. È indispensabile che vi sia una soluzione pratica che tenga conto di entrambi questi diritti tenendo conto che in Italia vi sono situazioni molto diverse da Regione e Regione, che l'Italia è già stata "redarguita" dalla Ue proprio per la difficoltà di accesso all'Ivg ma va anche segnalato che molto è stato fatto tanto che le Ivgs sono in costante calo. È necessario trovare possibili soluzioni che consentano di applicare la legge, per esempio assumere medici non obiettori mediante contratti ad hoc (contratto di prestazione d'opera) su progetti specifici.

**Nel 2012 il Comitato nazionale per la bioetica**, presieduto dal professor Casavola, ha redatto un documento proprio su "Obiezione di coscienza e bioetica" ed ha raccomandato: "l'obiezione di coscienza deve essere disciplinata in modo tale da non discriminare né gli obiettori né i non obiettori e quindi non far gravare sugli uni o sugli altri, in via esclusiva, i servizi particolarmente gravosi". Ma vi è di più: lo stesso Comitato, dopo un'ampia e discussa disamina della obiezione di coscienza, non da tutti condivisa, ma approvata a larghissima maggioranza, ha concluso così: "Si raccomanda la predisposizione di un'organizzazione delle mansioni e del reclutamento, negli ambiti della bioetica in cui l'obiezione di coscienza viene esercitata, che può prevedere forme di mobilità del personale e di reclutamento differenziato atti a equilibrare, sulla base dei dati disponibili, il numero degli obiettori e dei non obiettori. Controlli di norma a posteriori dovrebbero inoltre accertare che l'obietttore non svolga attività incompatibili con quella a cui ha fatto obiezione."

È indispensabile un intervento di prevenzione delle Ivgs sia in ambito medico (informazione, contraccezione) sia in



## I numeri dell'obiezione

**Secondo i dati del ministero della Salute, in Italia i ginecologi obiettori sono circa il 70%.**

Le lvg sono diminuite in modo significativo nel corso degli anni: nel 1983 erano 233.976; nel 2013 sono dimezzate (102.760) e nel 2014 sono scese a 97.535. In 30 anni, quindi, le lvg sono calate di 131.216 unità, mentre i ginecologi non obiettori sono scesi di 117 unità. Il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, proprio in occasione della presentazione della **Relazione al Parlamento** il 15 dicembre scorso aveva però rassicurato sul rispetto della legge. In 30 anni, ricordava, c'è stato un "dimezzamento del numero di lvg settimanali, a livello nazionale, a carico dei ginecologi non obiettori, che nel 1983 effettuavano 3,3 lvg a testa a settimana, mentre ne effettuano 1,6 nel 2013, e dalle Regioni non è giunta alcuna segnalazione di carenza di medici non obiettori". Secondo il ministro pertanto, "il numero dei punti lvg è più che adeguato rispetto al numero delle lvg effettuate". **I dati tuttavia sono contestati** dalla Libera associazione italiana ginecologi per l'applicazione della legge 194, secondo cui l'Italia è tra gli ultimi Paesi in Europa per tutela della salute delle donne che vogliono abortire con otto regioni in cui la percentuale di medici obiettori oscilla tra l'80% e il 90%, come in Molise e Campania. Percentuali che secondo l'associazione pongono l'Italia a livello dei paesi in cui l'aborto è vietato: Irlanda e Polonia, e ben lontana da paesi come la Francia dove l'obiezione è al 7%, il Regno Unito dove è al 10% o i paesi scandinavi dove l'obiezione di coscienza non esiste.

I GINECOLOGI OBIETTORI		LE OBIEZIONI DAL 1983 AL 2014	
		2013	<b>102.760</b>
ITALIA	UK	FRANCIA	1983
<b>70</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>233.976</b>
		2014	<b>97.535</b>

ambito sociale ed economico che in questo momento particolarmente difficile risulta talora predominante.

Per quanto riguarda la prevenzione ricordo che abbiamo in Italia la legge 405 che nel 1975, prima della legge 194 del 1978, ha istituito i consultori familiari la cui funzione è essenziale per la informazione e la contraccezione, ma non dobbiamo dimenticare che la maternità è un compito sociale e che per questo non possono bastare i consultori ma è necessario un intervento che va ben oltre e che comprende il diritto al lavoro di tutti i cittadini, compresi i giovani e le donne.

**Aogoi è vicina alle donne** che si trovano a prendere una decisione dolorosa, alle colleghe e ai colleghi non obiettori nel lavoro quotidiano senza dare giudizi ma "semplicemente" svolgendo il loro compito, seppure difficile e sofferto, accanto alle donne qualunque sia la loro scelta, alle colleghe ed ai colleghi obiettori tutelando il loro diritto ad esprimere l'obiezione di coscienza.

**Aogoi ha lavorato e sta lavorando in concreto sulla prevenzione delle lvg.** Dai dati nazionali sappiamo circa il 30% delle lvg sono ripetute, cioè la stessa donna effettua due o più lvg: ciò significa che circa 1 lvg su 3 potrebbe essere prevenuta mediante una adeguata consulenza ed offerta di contraccettivi a lunga durata (i cosiddetti LARC - Long Active Reversible Contraception) prima della dimissione.

**Aogoi sta terminando di elaborare i dati** ottenuti da uno "Studio osservazionale prospettico sull'adeguatezza percepita dalla donna del counselling contraccettivo nel post interruzione volontaria di gravidanza" proprio per verificare che le strutture sanitarie che praticano l'interruzione volontaria di gravidanza propongano un counselling adeguato sulla contraccezione, finalizzato alla scelta del metodo più appropriato e sicuro per ogni donna e che il metodo contraccettivo scelto sia immediatamente disponibile e se possibile iniziato fin dal giorno dell'intervento.

**Dobbiamo difendere e tutelare la legge 194 in tutti i suoi aspetti:** solo garantendo la sua applicazione in tutta Italia potremo salvaguardare la salute delle donne, tutelare e sostenere i diritti sia delle donne sia dei medici, prevenire l'aborto con una informazione adeguata e promuovendo l'attività dei consultori familiari ma soprattutto potremo vivere in una società in cui la maternità è veramente sostenuta e tutelata.

SANDRO M. VIGLINO

## La tragedia dell'aborto e di chi non vuol capire



**La decisione della direzione sanitaria dell'ospedale romano S. Camillo di bandire un concorso finalizzato all'assunzione di ginecologi non obiettori, opinabile in punto di diritto, risponde in modo pragmatico ad una realtà che è davanti a tutti ma che si finge di non vedere**



**SANDRO M. VIGLINO**  
Presidente nazionale  
Associazione Ginecologi  
Territoriali (A.GI.TE)

“

**A nessun ginecologo, anche il più laico, piace diventare lo strumento tecnico tramite il quale si pone fine ad una vita che potrebbe proseguire**

**CI SONO QUESTIONI**, evidentemente irrisolte, che ciclicamente tornano all'attenzione della società e ogni volta si riapre un defatigante dibattito tra chi vede la questione in un modo e chi nel modo opposto. Sono come quelle ferite che di tanto in tanto, sollecitate da qualche traumatismo, si riaprono e riprendono a spurgare. Così accade per l'aborto volontario. Il 22 maggio 1978 (quasi quarant'anni fa) fu approvata una legge importante, che ha fatto onore al Parlamento italiano - la legge 194 - che ha definitivamente sottratto la tragedia dell'aborto volontario ai miasmi della clandestinità e lo ha portato alla luce del sole, alla luce della legalità, secondo una prassi tipica delle società civili e avanzate. Tutto ciò non per sminuire il dramma cupo dell'anima prima che del corpo rappresentato dalla decisione di interrompere una gravidanza non voluta o comunque non possibile. Ma per sottolineare che, comunque la si pensi, non era più possibile accettare che le donne che si trovassero in quella condizione rischiassero di morire nella cucina di qualche mamma o nell'ambulatorio di qualche "cucchiaio d'oro". La decisione della direzione sanitaria dell'ospedale romano S. Camillo di bandire un concorso finalizzato all'assunzione di ginecologi non obiettori, opinabile in punto di diritto, risponde in modo pragmatico ad una realtà che è davanti a tutti ma che si finge di non vedere: il ricorso progressivo dei ginecologi italiani all'obiezione di coscienza che ha fatto sì che in non poche Regioni italiane essa riguardi l'80 - 90% degli specialisti ospedalieri. E a fronte di tutto senza ciò sottolineare mai abbastanza che grazie a quella legge il numero di interruzioni volontarie di gravidanza (lvg), rispetto ai primi anni di applicazione della 194, si è più che dimezzato, scendendo ampiamente sotto la soglia di 100.000 all'anno. Nessuno mette in discussione il sacrosanto diritto all'obiezione di co-

scienza che resta un diritto inalienabile per ciascuno di noi rispetto ad una qualsivoglia questione etica. Il problema sta nel fatto che in molti casi si è trattato e si tratta di obiezione di comodo, non sostenuta da convinzioni di carattere etico-religioso. A nessun ginecologo, anche il più laico, piace diventare lo strumento tecnico tramite il quale si pone fine ad una vita che potrebbe proseguire. Tutti coloro che non si sono rifugiati nell'obiezione di coscienza conoscono il peso con cui si affronta questo atto medico e conoscono il dramma della donna che vi deve ricorrere. I detrattori della legge 194 sono stati sempre molto impegnati ad anteporre la difesa ad oltranza della VITA (qualunque sia) ma non hanno mai profuso lo stesso impegno a sostenere politiche che mettessero al primo posto l'educazione alla sessualità e alla riproduzione attraverso ad es. programmi di formazione nel corso della scuola dell'obbligo o successivamente oppure politiche di sostegno sociale a quelle giovani madri che si trovano nell'impossibilità di portare avanti una gravidanza.

Eppure ci sono iniziative di buon senso che si potrebbero intraprendere e che molti ginecologi, a partire da quelli che operano nei Consultori familiari pubblici e privati, non si stancano di suggerire come far crescere la cultura per una maternità responsabile mediante l'incentivazione dell'offerta contraccettiva sostenendola con argomentazioni scientifiche anche attraverso campagne di promozione sociale così come sostenere quelle politiche che non siano solo "giovanili" nel titolo ma realmente rivolte alla crescita culturale, affettiva e sociale delle fasce più giovani della popolazione che, per quanti sforzi faccia la scuola, sono sempre più abbandonate a se stesse, pagando per prime la dilagante crisi dell'istituzione "famiglia" mai così profonda come in questi anni.

BENEDETTO FUCCI

## Caso San Camillo. Una scelta sbagliata e senza fondamento

Il quadro normativo di riferimento, tuttora in vigore, è chiarissimo e quindi la procedura avviata dalla Regione Lazio non può trovare fondamento



BENEDETTO FUCCI  
Commissione Affari Sociali della Camera

**IN MODO MOLTO CHIARO** e conciso desidero anzitutto chiarire la mia posizione di contrarietà rispetto a un provvedimento che non esito a definire grave. Già alla Camera ebbi modo di affermare quelli che in materia sono per me dei principi irrinunciabili: garantire sempre il diritto all'obiezione di coscienza costituzionalmente fondata, così come previsto dalla normativa vigente; assumere ogni iniziativa volta ad eliminare qualsiasi discriminazione tra i lavoratori obiettori e non obiettori di coscienza; assumere ogni iniziativa per la piena applicazione della legge n. 194 del 1978 in tutte le sue parti, compresa quella preventiva a tutela della maternità; attuare un attento monitoraggio regionale dedicato alle modalità di aborto con la RU486. **La questione centrale** è che l'obiezione di coscienza è costituzionalmente fondata, con riferimento ai diritti inviolabili dell'uomo. Ciò è stato riconosciuto dal Comitato nazionale di bioetica, organo consultivo della Presidenza del Consiglio dei ministri, nel parere del 12 luglio 2012 sul tema "obiezione di coscienza e bioetica". Inoltre la risoluzione dell'assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa n. 1763 del 2010 afferma: "Nessuna persona, ospedale o istituzione può essere discriminata per il suo rifiuto ad effettuare o assistere a operazioni di interruzione di gravidanza". Quanto alla legge n. 194 del 1978, il riferimento è all'articolo 9, il quale afferma in modo espresso che "il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure (...) e agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di

coscienza, con preventiva dichiarazione" e che "l'obiezione può sempre essere revocata". Lo stesso articolo 9 esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza "e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento". E in ogni caso "gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate" devono "assicurare l'espletamento delle procedure (...) e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza".

Inoltre, "l'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro (...) intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo". In ogni caso, "l'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge" al di fuori dei casi di urgenza. Mi sembra che il quadro normativo di riferimento, tuttora in vigore, sia chiarissimo e che quindi la procedura avviata dalla Regione Lazio non possa trovare fondamento. Si tratta al contrario di una iniziativa senza basi che rischia solo di avere l'effetto negativo di comunicare un messaggio sbagliato. Lo affermo, sia chiaro, in modo convinto e al tempo stesso ribadendo con la massima serenità che l'Italia deve continuare – come avviene oggi – a contemperare il diritto ormai pacificamente acquisito delle donne che

lo ritengono all'interruzione volontaria di gravidanza con il diritto del medico e del personale sanitario di non prendere parte a pratiche mediche contrarie alla propria coscienza. Il mio è quindi un appello ad evitare strumentalizzazioni su un tema di straordinaria rilevanza sul piano scientifico ed etico.

Affrontiamo, anche alla luce dei cambiamenti occorsi nel tessuto sociale del Paese dal 1978 in poi, il tema in modo sereno obiettivo e senza strappi, tenendo presente i diritti e le ragioni di tutte le "parti in causa". Evitiamo, come purtroppo avvenuto nel Lazio, lo scontro. Infine evidenzio che a mio parere sia necessario tenere nel giusto conto alcuni dati di fatto:

- come certificato nelle ultime relazioni annuali del Ministero della Salute al Parlamento sull'attuazione della legge n. 194, alla costante e continua diminuzione del numero di interruzioni volontarie di gravidanza, corrisponde un aumento molto meno significativo del numero di obiettori di coscienza, sostanzialmente stabili negli ultimi anni;
- la legge n. 194 reca "norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. Purtroppo, come dimostra parte del dibattito apertosi in questi ultimi giorni, troppo spesso ci si è dimenticati della parte relativa alla tutela sociale della maternità per fare una battaglia a volte ideologica e politica sull'interruzione volontaria di gravidanza. Lavoriamo tutti per una piena e reale attuazione, in ogni sua parte, compresa la prima, della legge n. 194.

LIVIA TURCO

### Sull'aborto gli scontri ideologici non servono a nulla. I problemi vanno affrontati

Pochi giorni prima che esplodesse il caso San Camillo arrivava in libreria il libro "Per non tornare al buio. Dialoghi sull'aborto" dove l'ex ministra Livia Turco e la giornalista Chiara Micali intervistano medici obiettori e non obiettori per capire le rispettive ragioni e soprattutto sondare quali soluzioni adottare per superare un problema comunque reale, come quello dell'altissima percentuale di obiettori alla 194. "Quello che mi colpisce in questo momento è questo ricorso di nuovo allo scontro ideologico, questa voglia di salire sulle barricate, di usare toni aspri, senza riflettere sul fatto che sono passati 40 anni dal varo della legge 194 e che ci troviamo di fronte a una situazione del tutto diversa" ha detto Livia Turco intervistata da *Quotidiano Sanità* sul caso San Camillo insieme a Chiara Micali, curatrice del suo ultimo libro (vedi a pag. 29) "Per non tornare al buio. Dialoghi sull'aborto". Questi dialoghi contengono anche una ventina di interviste a medici obiettori e non obiettori alla legge 194 dalle quali emergono a volte motivazioni meno ovvie e meno "alte" della scelta verso l'obiezione. Un libro che sembra aver anticipato la discussione e gli scontri di questi ultimi giorni sull'affaire San Camillo e che ci riporta alla domanda delle domande: come possiamo far sì che il diritto all'obiezione e il diritto della donna possano essere ambedue onorati?

MAURIZIO SILVESTRI

### Perché ho scelto di revocare l'obiezione di coscienza

Della sua scelta – "da obiettore a non obiettore" – ha parlato il collega Maurizio Silvestri in occasione della presentazione del libro di Livia Turco. "Avevo scelto di non praticare le Ivg – ha detto Silvestri. Poi alcuni episodi mi hanno fatto cambiare idea. Aspettiamo dalla politica misure a tutela della maternità anche per ridurre le situazioni che portano la donna alla dolorosa decisione di abortire". "La mia scelta di revocare l'obiezione di coscienza è maturata in quest'ultimo periodo. Quando ho iniziato la professione e ad eseguire ecografie, constatare la precoce vitalità embrionale e fetale mi aveva portato alla decisione di non partecipare alla pratica dell'aborto volontario. Mi sono 'messo alla finestra' poiché c'è sempre stato, tra i colleghi dell'ospedale dove esercito, chi si faceva carico dell'intervento. Poi alcuni episodi mi hanno condotto a modificare la scelta". Così il collega Maurizio Silvestri, ginecologo presso l'ospedale di Spoleto, ha raccontato la sua esperienza nel corso della presentazione del libro di Livia Turco, a cura di Chiara Micali "Per non tornare al buio, dialoghi sull'aborto" con medici obiettori e non". "Episodi come il racconto di un'ostetrica cattolica che, in 42 anni di lavoro – ha detto Silvestri – non aveva mai esercitato l'obiezione di coscienza perché all'inizio della carriera aveva visto donne



morire di aborto clandestino". La lettura di un articolo pubblicato su *Lancet*, dove è riportato che nel pianeta ogni anno 47.000 donne muoiono a seguito di un aborto clandestino. Le storie rimbalzate sulla cronaca (casi purtroppo non isolati ndr), come quella di "una donna di Padova che aveva girato 23 ospedali prima di trovare la struttura dove effettuare l'interruzione, rischiando di non rientrare nei 90 giorni previsti dalla legge e forse di ricorrere all'aborto clandestino". "Infine – ha aggiunto Silvestri – il dato statistico: i Paesi dove le leggi sull'interruzione volontaria di gravidanza sono più 'permissive', sono anche quelli dove il ricorso all'aborto volontario è in diminuzione. Condannare e criminalizzare le Ivg si sta rivelando una politica fallimentare". Silvestri ha ricordato inoltre che per l'articolo 14 della legge 194/78 "Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e

le indicazioni sulla regolazione delle nascite". "Il legislatore intende prevenire le Ivg ripetute. Queste, che nel 2014 hanno rappresentato quasi 27% di tutti gli aborti volontari, potrebbero essere in parte evitate con una maggiore attenzione ai bisogni delle donne da parte di noi ginecologi. Proponendo una contraccezione alla fine dell'intervento, saremmo in grado di non fare ripetere a molte donne l'esperienza dell'Ivg". "Occorre creare le condizioni affinché la donna non debba ricorrere all'aborto – ha concluso Silvestri – e mi riferisco a condizioni che vadano oltre la sola diffusione di metodi contraccettivi. La politica deve dimostrare un impegno maggiore per sostenere le donne in stato di difficoltà economica e/o sociale, soprattutto nel momento della maternità, per evitare loro, quanto più possibile, la scelta dolorosa di interrompere una gravidanza".

Nella foto Livia Turco e Maurizio Silvestri

Come possiamo far sì che il diritto all'obiezione e il diritto della donna possano essere ambedue onorati?



Ma è giusto dare la colpa di tutte le carenze e le difficoltà della nostra sanità solo e soltanto ai medici?!



CARLO MARIA STIGLIANO

## I furbetti del cartellino. Il rimedio? Le impronte digitali

**BUTTA MALE** per i cosiddetti furbetti del cartellino...ormai non avranno più scampo i timbratori in mutande, gli infedeli dipendenti in maglietta da tennis pronti a partire per la partitella con gli amici, i visitatori di centri commerciali durante l'orario di lavoro! Bene! Finalmente gli ospedali italiani marceranno spediti e fantasticamente efficienti, i consultori familiari risolveranno i problemi delle donne italiane e di quelle immigrate in men che non si dica, gli ambulatori territoriali daranno risposte in tempo reale ai cittadini! Ora, che gli imbrogli debbano essere puniti e se necessario cacciati dal posto di (non) lavoro, pare proprio scontato. Che costoro che infangano la dignità e l'immagine di un'intera categoria di lavoratori e professionisti che giorno (e notte) molto spesso scoppiano per fare la loro parte nelle varie strutture sanitarie in carenza di personale e di strumentazioni, non c'è bisogno di dirlo. Ma avevamo pensato, scioccamente, che i problemi per noi professionisti impegnati nel mandare avanti un baraccone sempre più instabile qual è il servizio sanitario italiano, fossero altri. Che al Nord si chiamassero carenza di personale, tempario ossessivo e inaccettabile, invecchiamento delle strutture, riduzione dell'autonomia decisionale, persecuzione legal giudiziaria mentre al Sud, oltre a tutto ciò, ci fossero per soprammercato la carenza di attrezzature, la pleora di amministrativi scarsamente efficienti, le strutture vecchie e non a norma, il clientelismo sfrenato e su tutto e dappertutto una politica rapace e incapace di affrontare le difficoltà. Eh no! Questi non sono i veri problemi che rendono agli occhi degli italiani inadeguato il servizio sanitario. Il virus che intacca l'efficienza del nostro Ssn sono quattro debosciati che si fanno timbrare il cartellino da altrettanti farabutti che tengono loro bordone. Pertanto basterà dare addosso a questi quattro imbecilli e disonesti per avere finalmente recuperato la piena efficienza di un sistema ormai quasi al collasso, specialmente in certe zone. Il problema dei problemi non sono le carenze a cui una politica ladrona ci ha ridotto, da Nord a Sud della penisola. Non sono gli sprechi che per decenni hanno piagato la nostra Sanità. Non sono stati i puff imbottiti con i soldi delle mazzette milionarie, le gite in yacht con gli amici di qualche potente amministratore, né le gite o la sistemazione di qualche cortigiana di palazzo o le mazzette pagate sugli acquisti (scadenti) di attrezzature! No, sono stati i quattro disonesti del cartellino, che rubavano mentre risultavano sul luogo di lavoro dove la quasi totalità dei loro colleghi si impegnava con dignità e abnegazione a dare risposte adeguate ai cittadini malati. Per questo motivo è giusto dare addosso ai medici soprattutto, perché la colpa di tutte le carenze e le difficoltà della nostra sanità

è solo e soltanto loro. Dunque incominciamo a tenerli a stecchetto! Il contratto di lavoro fermo al secolo scorso...*E che pretendono questi assenteisti matricolati? Che lavorino e tacciano!* Intanto ci portino dettagliata documentazione di tutti i loro averi, di loro stessi, di consorti, fidanzate, figli, genitori e persino dei cugini, così scopriamo se per caso possiamo ridurli magari lo stipendio a questi ricconi e profittatori della malattia della povera gente.

Aogoi ha denunciato questi amministrativi prepotenti e vessatori nei confronti dei medici?! Pazienza, troveremo qualche altra 'gabola' per tenerli sotto scacco, ridacchiano i nostri bravi direttori generali.

Si ammalano? E che un medico può davvero ammalarsi? Sarà certamente una truffa: mandiamogli l'ispezione dei Nas a casa, magari troviamo con l'occasione qualcosa che non è a norma nel loro studio! Un primario deve dividersi e girare come una trottola tra cinque ospedali in modo da risparmiare (sulla sua pelle) quattro stipendi? *Ma se ce ne sono cento disposti a farlo, che vogliono questi esosi?!*

Manca personale e fare i turni di servizio diventa massacrante? *Ma la loro non è una missione? E dunque di che si lamentano?* E il tempario, questo orribile neologismo inventato per ridurci a veri e propri travet delle visite a tempo? Naturalmente accusandoci poi di essere poco empatici e umani nei confronti dei pazienti dovendo lottare contro l'orologio del... tempario!

E così via, sempre più dando addosso ai medici. Ci sono i furbetti del cartellino... *che volete. Zitti e lavorare.*

Io non mi stanco di ripetere che non se ne può più e che dobbiamo quotidianamente farci rispettare: la tutela da parte dell'Aogoi è sempre uno strumento di protezione e di rafforzamento della dignità del medico e di difesa del ginecologo. Certo, la richiesta di introdurre drastiche sanzioni nei confronti di chi non si comporta bene in sanità potrebbe sollevare anche qualche perplessità. Ci aspettiamo l'introduzione delle pene corporali per i ritardatari (*cento frustate date dal direttore generale in persona?*) fino alla decapitazione per chi dovesse commettere errori (*chi sbaglia paga! È la legge del taglione*).

Qualcuno concretamente vuole le impronte digitali al posto del cartellino ma per evitare la possibilità che qualche furbo irriducibile arrivi a... staccarsi un dito da lasciare sottovuoto ai colleghi di comodo per "timbrare" la presenza, perché non introdurre la lettura con scanner dell'iride?

Così si avrebbe la certezza di sapere chi è veramente in servizio, con qualche difficoltà a... cavarsi gli occhi pur di ingannare il servizio sanitario.

## Addio a Massimo Moscarini

L'ho saputo da un collega per telefono che Massimo Moscarini non c'era più. E non volevo crederci. Non sapevo della sua malattia. Negli ultimi anni ci vedevamo solo in occasione di riunioni congressuali. Ma nei primi dieci anni del 2000, quando ero presidente prima e poi past-president dell'Aogoi, c'incontravamo spesso il sabato mattina alla Sigo, per lunghe e vivaci discussioni sui vari problemi delle nostre associazioni. Ci siamo visti l'ultima volta nell'autunno scorso. Massimo era stanco, forse già malato. Lo avevo visto un po' dimagrito e pallido. Mi aveva però assicurato che si trattava di disturbi passeggeri. Lo avevo trovato, come sempre, pieno di attenzioni per me, per la mia vita da pensionato, a cui seguirono le solite domande su figli e nipoti. Ci siamo conosciuti negli anni a cavallo tra la fine degli anni Sessanta e i primi Settanta. Ero appena arrivato a Roma da Firenze ed ero assistente in clinica ostetrica

alla Sapienza. Massimo era al primo anno di specializzazione. Mi fu affidato dal direttore della scuola, insieme ad altri tre specializzandi, per seguirlo come tutor nei primi anni della sua preparazione professionale. Di quel periodo restò un'amicizia rispettosa che continuò, immutata, nel tempo. Ora, mi ricordo, di quella mattina al caffè in piazza del Popolo. Massimo era allora presidente dell'Agui ed io past president Aogoi. Mi ricordo di una vivace discussione davanti a un caffè e un succo d'ananas. Era una di quelle solite controversie, che in quegli anni dividevano le nostre società scientifiche, e dove lui voleva avere sempre ragione: lo accusai di avere la testa dura da perfetto abruzzese. Poi, complice l'aria tiepida di maggio, parlammo d'altro: di amici comuni, della nostra professione, della famiglia, dei figli. Massimo Moscarini è morto il 3 marzo, a 75 anni, ed è stato uno degli interlocutori più

vivaci e determinati nella dialettica tra Aogoi e Agui. È stato sicuramente uno dei presidenti più attivi, l'analista più attento della realtà universitaria italiana in campo ginecologico. Chi l'ha conosciuto in modo superficiale può aver avuto l'impressione di un carattere un po' chiuso, ma non era questa la sua essenza. Sacrificava volentieri la sua spontaneità sull'altare dell'autocontrollo, della ponderatezza, della prudenza. Tutto questo, forse per una sua certa timidezza, lo portava ad assumere anche posizioni rigide e forti nei dibattiti istituzionali tra le due associazioni. Ma il confronto ancorché vigoroso è stato sempre leale e franco. Massimo Moscarini è stato un buon presidente e gli va riconosciuta l'onestà morale di aver sempre portato avanti con coraggio le sue battaglie. Ed è per questo soprattutto che lo ricorderemo e che ci mancherà come collega e amico.

Carlo Sbiroli



MASSIMO MOSCARINI



IMPARIAMO A PARLARE DI SESSO "SICURO"

SAVE THE DATE  
26 MAGGIO 2017

## Master AOGOI-IULM sulla comunicazione medico/paziente sulle malattie sessualmente trasmissibili

**Novantasei ore di lezione, divise in otto moduli, da maggio a novembre per un totale di 50 crediti Ecm. Parte il primo master su "Efficacia e misurabilità della comunicazione per favorire il cambiamento degli stili di vita e delle abitudini sessuali per una corretta tutela della salute sessuale e riproduttiva". Un approccio didattico innovativo per apprendere nuove tecniche di comunicazione medico/paziente. Dal confronto diretto al dialogo sui social**

Il corso sarà accreditato dal provider Nazionale AOGOI ID 2223 e garantirà il riconoscimento di n. 50 crediti formativi ECM

**QUALE LINGUAGGIO** si addice al medico quando parla con il paziente? È meglio un linguaggio "unidirezionale" o "dialogante"? Quali i rischi di un'imperfetta intesa comunicativa medico-paziente? Meglio una comunicazione "ufficiale" o un approccio "friendly"?

Sono solo alcune delle domande alle quali il master promosso dall'Aogoi in collaborazione con l'università Iulm di Milano (uno dei centri universitari di formazione sulla comunicazione più prestigiosi del Paese) che partirà il prossimo 26 maggio (vedi il programma sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)).

Domande sempre più attuali alle quali spesso non rispondiamo per pigrizia intellettuale o per, diciamo, anche scetticismo verso quella che è invece una vera e propria arte: l'arte del saper comunicare bene, in modo appropriato e autorevole ma soprattutto empatico.

Sì, perché ormai sappiamo quanto sia importante instaurare con il paziente un rapporto diretto, basato prima di ogni altra cosa sulla fiducia. E la fiducia si ottiene senz'altro con la professionalità (in primo luogo) ma anche con la capacità di penetrare le barriere che spesso ostacolano una comunicazione diretta e franca con il paziente.

Problemi che riguardano tutte le discipline mediche in diversi ambiti e momenti della vita delle persone. Ma che in alcuni casi, come quelli oggetto del master Aogoi-Iulm, diventano preponderanti e forse addirittura primari per una buon esito della diagnosi e della terapia.

**Nel master si parlerà infatti di come affrontare al meglio il tema delle malattie a trasmissione sessuale.** Una serie di patologie sempre più diffuse e delle quali si parla poco, per ignoranza, minimizzazione, ma anche vergogna.

E invece stiamo parlando di patologie anche molto serie che nel 2013 hanno provocato (Aids escluso) 142.000 morti nel mondo e 19 milioni di trasmissioni nei soli Stati Uniti.

Il ginecologo ha un ruolo fondamentale nella prevenzione e

moltissimo dipende dalla sua capacità di affrontare l'argomento offrendo alla donna (e alla coppia, meglio ancora) quei consigli semplici e basilari per prevenire la possibilità della trasmissione sessuale della malattia.

Un ruolo che coinvolge però anche le mamme e i papà dei giovani adolescenti, sia maschi che femmine, sia per la corretta informazione sulle nuove possibilità di prevenzione offerte dalle vaccinazioni disponibili e gratuite (in primis l'anti HPV ma anche l'epatite B) ma anche per un percorso di educazione alla sessualità che deve coinvolgere anche i genitori dei giovani adolescenti alla vigilia della loro maturazione sessuale. **E poi naturalmente la capacità che il ginecologo deve avere di parlare direttamente ai giovani** che si affacciano alle loro prime esperienze sessuali con la paura, l'entusiasmo, le aspettative e la curiosità che ognuno di noi ha vissuto nella sua giovinezza.

La sfida del master promosso da Aogoi è quella di calare i discenti in una esperienza formativa specialistica dove poter apprendere le tecniche più efficaci ed evolute della comunicazione applicate alla medicina e al suo microcosmo ancora oggi poco abituato a fare i conti con il dialogo aperto e il confronto.

**Esplorando anche la nuova sfera dei social dove il medico può/deve trovarsi ad interagire.** Da qui la scelta di portare i discenti sul terreno dell'esperienza pratica in aula sull'utilizzo delle nuove tecnologie, nella professione e nel rapporto con il pubblico. E quindi come usare bene Facebook, Twitter e Whatsapp nelle relazioni che si possono sviluppare con il paziente o come rispondere a un quesito clinico sulle diverse piattaforme web. Il tutto, come dice bene **Carlo Stigliano**, tra i docenti del master, "senza scadere nel paternalismo o peggio nel terrorismo psicologico il cui risultato finale sarebbe inevitabilmente l'allontanamento dei giovani pazienti".  
*Cesare Fassari*

Leonardo  
**MEDICA** srl



NUOVE  
FORMULE

La linea di prodotti naturali  
utili a migliorare la qualità di vita  
e soddisfare le necessità  
di benessere del pianeta donna



CLIMAGEN F  
Un supporto  
nella gestione dei disturbi  
della menopausa



CIS400  
Il controllo della cistite  
inizia da quello  
della flora intestinale

# DIALOGHI SULL'ABORTO E SULL'OBIEZIONE DI COSCIENZA PENSANDO ALLA VITA.

L'ultimo libro di Livia Turco

**Si intitola "Per non tornare al buio" il libro dell'ex ministro della Solidarietà Sociale e della Salute scritto insieme alla giornalista Chiara Micali e appena uscito in libreria. Un viaggio narrativo che esplora due fenomeni apparentemente contraddittori: il calo degli aborti e il calo delle nascite. Con un filo narrativo inedito, arricchito da interviste in viva voce con 8 medici obiettori di coscienza e 11 non obiettori**

**LIVIA TURCO**, ex ministro della Solidarietà Sociale e della Salute e soprattutto figura storica della militanza di sinistra e del movimento delle donne, insieme a Chiara Micali, giornalista con alle spalle anni di esperienza all'Unicef e poi all'Agencias, hanno appena esordito in libreria con un libro difficile che si intitola **"Per non tornare al buio. Dialoghi sull'aborto"**. Un libro "tosto", come si diceva una volta. Per il tema, l'aborto, e il metodo scelto per parlarne, a metà tra saggio e inchiesta giornalistica. "Aborto, parola dura da pronunciare, tema difficile da trattare. Tornare a parlarne è scomodo", scrive la stessa Livia Turco, consapevole che la scelta di dedicargli un libro potrebbe non essere capita dai più. Ma, con la caparbieta e la capacità di analisi che la contraddistinguono, l'ex ministro ed ex parlamentare, ora presidente della Fondazione Nilde Iotti, decide di affrontare il tema da un punto di vista oggi raro, quello della comprensione dei fenomeni, prima che della loro codifica a priori.

È il caso, su tutti, della questione delle questioni, quella che ha ispirato la scelta di scrivere questo libro: l'obiezione di coscienza dei medici e degli altri operatori sanitari. Non aspettatevi una tiritera contro i medici obiettori. In questo libro Livia Turco e Chiara Micali hanno scelto un altro approccio, quello dell'ascolto e dell'analisi e lo hanno fatto andando a parlare direttamente con 8 ginecologi obiettori messi a confronto nelle loro ragioni con 11 non obiet-

tori. Quelli che possiamo leggere nel libro sono dialoghi inediti, anche molto sinceri e che, forse per la prima volta almeno in una dimensione così pubblica come può essere quella di un libro, mettono a nudo ragioni e motivazioni di una scelta professionale e personale allo stesso tempo. Che, per qualcuno, è diventata anche una scelta di vita e che mai finora era stata scandagliata così a fondo con l'intento di "capirne" le ragioni e le motivazioni, senza frapporre un giudizio valoriale aprioristico.

Le interviste sono tutte da leggere, se non altro per il vissuto che ne emerge, sia sul piano dell'essere medico che dell'essere "persona" di questi professionisti.

Ma il libro di Livia Turco e Chiara Micali ha secondo me un obiettivo "altro", dichiarato, ma che rischia di passare in secondo piano rispetto al tema centrale dell'aborto. L'obiettivo è quello di provare a ragionare su un doppio fenomeno, probabilmente parallelo e non interconnesso ma dagli effetti comunque emblematici del Paese Italia di questi ultimi anni: il calo continuo e costante delle interruzioni volontarie di gravidanza e il calo altrettanto continuo e costante delle nascite.

In Italia, per la prima volta, gli aborti sono scesi sotto quota 90 mila. Se si pensa che nel 1982 erano quasi 235 mila (fu l'anno con il maggior numero di Ivg dall'entrata in vigore della legge 194 del 1978), il calo è impressionante.

Ma altrettanto impressionante è il ca-

LIVIA TURCO

**Per non tornare al buio. Dialoghi sull'aborto**

A cura di Chiara Micali

Ediesse, 221 pagine

Euro 14



“

**Il governo potrebbe istituire, presso la Presidenza del Consiglio, un Tavolo permanente sulle politiche di sostegno alla maternità e paternità**

lo costante delle nascite, ormai stabilmente sotto le 500 mila annue (nel 2015 si è toccato il record negativo di poco più di 485 mila nuovi nati e le proiezioni 2016 confermano un ulteriore calo).

“L'esperienza materna è stata confinata in un cono d'ombra – riflette Livia Turco – perché costa molta fatica per le donne, perché le parole a essa dedicate sono prevalentemente 'costo': per le aziende, per le famiglie, per il welfare. Ma il cono d'ombra ha ragioni più profonde. Attiene al piano simbolico e alla narrazione culturale”.

“Stiamo diventando una società sterile – scrive ancora Livia Turco – anche perché le relazioni umane si impoveriscono, perdono forza e calore”. “È il rovesciamento della mistica della maternità è l'idea che la relazione e la cura degli altri, dei bambini, dei vecchi, non sono responsabilità e destino privato e che non c'è specificità femminile nel costruire gli asili nido, nel promuovere i congedi parentali, nel prevedere assegni per i figli”, riflette l'autrice che pone a questo punto una questione “politica”: “Siamo di fronte a scelte fondamentali di politica economica e sociale, che possono essere arricchite con nuove iniziative”.

**Ed ecco la proposta:** “Il governo potrebbe istituire, presso la Presidenza del Consiglio, un Tavolo permanente sulle politiche di sostegno alla maternità e paternità che coinvolga tutti i ministeri, tutti gli attori economici e sociali, le Regioni e gli Enti locali per promuovere e coordinare le po-

litiche di condivisione tra lavoro e cura delle persone; le politiche di sostegno alla maternità e paternità, per la cura dei figli”.

Ma questo salto tematico dal tema aborto al tema maternità si trasforma, nel libro di Turco e Micali, in un filo narrativo unico, come trasparente benissimo da queste parole che aprono la lettera aperta “alle ragazze e ai ragazzi” di oggi che introduce il volume:

“Voglio parlarvi di un tema duro, difficile persino da dire, carico di sofferenza e di implicazioni morali: l'aborto.

Voglio parlarvi di questo tema difficile per condividere con voi l'impegno e la speranza di una società libera dall'aborto, per costruire con voi una società materna, che sia accogliente del figlio che nasce, della maternità e della paternità (...).

Voglio parlarvi dell'aborto perché mi consente di raccontarvi una storia bella e positiva di questo nostro paese che ci testimonia concretamente che l'aborto si può sconfiggere, che le donne possono scegliere liberamente la maternità e crescere con gioia i propri figli”.

“**Per non tornare al buio**” è un lungo messaggio a più voci, delle autrici e dei professionisti intervistati che insieme hanno composto un'opera corale che è un vero e proprio “messaggio” per le nuove generazioni che non hanno mai vissuto, neanche da lontano, quel periodo terribile e insieme vitalissimo per la società e la politica, che furono gli anni '70.

Cesare Fassari



# LINEA CLOGIN: Clorexidina + Acido ialuronico

## Clogín<sup>®</sup>elle

ovuli vaginali

**Vaginosi batteriche**

Clorexidina, Acido ialuronico, Bromelina



10 ovuli vaginali da 2 g

CE 0546  
Dispositivo medico



5 flc. da 100 ml +5 cannule

CE  
Dispositivo medico

## Clogín<sup>®</sup>

Lavanda vaginale pH 4,5

**Prurito e bruciore**

Acido bórico, Tea Tree oil, Aloe vera gel

## Clogín<sup>®</sup>

schiuma detergente pH 4,5

**Igiene intima quotidiana**

Clorexidina, Camomilla, Calendula, Acido lattico



Flacone da 150 ml

CE  
Dispositivo medico

**Sakura**  
Salute al naturale

Azienda con sistema di gestione  
per la qualità certificato  
UNI EN ISO 9001, GMP  
UNI CEI EN ISO 13485  
[www.sakuraitalia.it](http://www.sakuraitalia.it)

# Onligol<sup>®</sup>

Macrogol 4000

**AD AZIONE LASSATIVA**



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

- **REGOLARIZZA L'INTESTINO E FACILITA L'EVACUAZIONE**
- **NON PROVOCA CRAMPI NÉ DOLORE ADDOMINALE**
- **LA SUA EFFICACIA NON SI RIDUCE NEL TEMPO**
- **NON ALTERA IL GUSTO DELLA BEVANDA**
- **NON CONTIENE ECCIPIENTI O AROMI**
- **SENZA ZUCCHERO**

**ALFA WASSERMANN**

ALFASIGMAGROUP

