

di Chiara Sandrucci

Accelerare oppure no?

Quando i tempi del travaglio si allungano, si possono attuare forme di intervento oppure lasciare che la natura svolga il suo corso. Come scegliere?

Rottura manuale delle acque e ossitocina: due interventi ostetrici che servono ad accelerare i tempi del parto. In alcuni punti nascita sono ancora effettuati quasi di routine, in altri si cerca di evitarli in nome della fisiologia. La scelta è tra un parto più "medicalizzato" e uno meno. Tanto che le due "misure" per velocizzare il travaglio rientrano nelle preferenze che possono essere indicate in un Piano del Parto. E su cui ogni mamma può dire la sua. Per gli addetti ai lavori, comunque, l'alternativa è fra una "gestione d'attesa" del travaglio, che ne rispetta i tempi fisiologici, e una "gestione attiva", che comporta interventi mirati ad accelerarlo.

1. OSPEDALE SAN MARTINO DI GENOVA Al Centro Nascita Alternativo solo in 1 caso ogni 100

Una "gestione di attesa" del travaglio, in nome del parto naturale. Al Centro Nascita

Alternativo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino di Genova, una vera e propria casa del parto con 6 stanze, si ricorre all'ossitocina solo in casi eccezionali.

● **"Il protocollo delle case del parto, dove le ostetriche gestiscono in autonomia il travaglio dall'inizio alla fine, non prevede l'uso dell'ossitocina"**, spiega la ginecologa Sandra Morano, responsabile del Centro Nascita Alternativo: "quando si rende necessaria, infatti, vuol dire che si è osservato un rallentamento o addirittura un blocco e qualcosa sta deviando dalla fisiologia. Il vero parto naturale è quello che non ha bisogno di alcun intervento. A volte, comunque, succede anche da noi, a circa una mamma su 100: in quel caso è previsto il confronto con il medico di guardia, che, di solito in accordo con l'ostetrica, stabilisce di volta in volta se la donna deve essere trasferita nel reparto tradizionale".

● **Anche la pratica dell'amnioressi, che può invece essere decisa ed eseguita in**

Cos'è la "gestione attiva" del travaglio

Non solo amnioressi di routine e ossitocina in vena. Ma anche sostegno "one to one", criteri rigidi per stabilire l'esatto inizio del travaglio, monitoraggio stretto della progressione, parametri rigorosi per l'identificazione di un eventuale ritardo: la cosiddetta "gestione attiva" del travaglio include un complesso insieme di interventi. I suoi promotori hanno realizzato studi osservazionali in cui si evidenzia una riduzione nel tasso di cesareo, ma ricerche pubblicate

in seguito sono invece giunte a risultati opposti. Alla luce di tutte le prove attualmente disponibili, le Linee Guida italiane sul cesareo hanno concluso che "l'efficacia della gestione attiva del travaglio di parto nel ridurre la percentuale di tagli cesarei non è dimostrata".

□ **"Al Buzzi, nel reparto di cui sono responsabile, la gestione attiva del travaglio non si fa mai"**, commenta Enrico Ferrazzi, direttore dell'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Buzzi, Università degli

Studi di Milano. La forma attuale di Active Management of Labor ha contribuito a determinare in vent'anni l'aumento dei cesarei. È una totale medicalizzazione del travaglio e del parto, che ha sostituito il rispetto della naturalità con l'intervento medico solo quando necessario, cioè in un parto su 10 mediamente". Al Buzzi, riferimento italiano per la qualità dell'assistenza alla nascita, su 3500 parti annui, 1800 sono classificati a basso rischio e seguiti in autonomia dalle



I due interventi

- **AMNIORESSI.** È la rottura manuale del sacco amniotico, praticata dall'ostetrica. È indolore perché le membrane non hanno terminazioni nervose. Dovrebbe essere praticata quando la donna ha raggiunto i 7/8 cm di dilatazione. Spesso, però, viene eseguita prima, già intorno ai 4 cm. Secondo le linee guida della SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) non esiste evidenza per raccomandarne l'impiego di routine.
- **OSSITOCINA.** È un farmaco che viene somministrato endovena per stimolare le contrazioni uterine. Secondo le linee guida della SIGO, trova indicazione in caso di rallentamento del travaglio (dilatazione inferiore a 1 cm all'ora). Se dopo 2 ore dall'inizio della perfusione non si nota una normalizzazione dell'andamento, si considerano altre procedure d'intervento.

autonomia dall'ostetrica, non è molto frequente (circa il 3% dei casi). "Se praticata troppo presto, quando la testa è ancora molto alta, la rottura manuale delle membrane espone al rischio di malposizioni. Quindi nel nostro centro tendiamo a non farla. A meno che, a travaglio avanzato, quando la testa è più che impegnata, non ci sia bisogno di dare un po' di vigore alle contrazioni, senza necessariamente ricorrere all'ossitocina", spiega la ginecologa.

● **I tempi, in una casa del parto, sono l'ultima delle preoccupazioni:** qui si assistono solo mamme che hanno un rischio molto basso di complicazioni. Anche qui si usa il partogramma (il grafico che permette di valutare obiettivamente la progressione del travaglio), ma non si "forza" la mano alla natura, in nome di un'ostetrica a misura della persona e dei suoi tempi.

ostetriche: in questo gruppo, il tasso di cesarei è 5,8% nelle primipare e 1,2% nelle donne ai parti successivi, e solo nel 10% dei casi si è ricorsi a procedure di accelerazione. "Numeri che dimostrano concretamente come il travaglio naturale assistito dalla ostetrica in piena autonomia professionale riduca a valori naturali anche il ricorso al cesareo", aggiunge Ferrazzi, "in funzione di un protocollo che, individuati rischi potenziali, riconduca alla intera équipe la conduzione del travaglio".



mamma
**ACCELERARE
OPPURE NO?**

A te la scelta

PARTO "ACCELERATO"

- PRO**
1. La durata del travaglio diminuisce
 2. L'amnioressi permette il controllo del liquido (se è tinto oppure no)
 3. L'ossitocina fa aumentare la frequenza delle contrazioni

- CONTRO**
1. È più doloroso
 2. Può favorire posizioni del bambino non ideali per la nascita per vie naturali
 3. Trasforma l'esperienza del parto in un percorso medico subito

GESTIONE DI "ATTESA"

- PRO**
1. I tempi di ogni donna (e di ogni bambino) vengono rispettati
 2. La percentuale di cesarei si riduce in modo significativo: da un parto su 3 a un parto su 20

- CONTRO**
1. Il travaglio dura mediamente 40 minuti più dei travagli medicalizzati
 2. Necessita un monitoraggio scrupoloso (l'eventuale intervento medico deve essere tempestivo)

2. POLICLINICO DI VERONA
Ossitocina nel 45% dei parti (inclusi, però, quelli indotti)

Grazie all'opuscolo "Ad ogni donna il suo parto" pubblicato a fine 2011 dalle associazioni Aied e Melograno, ogni punto nascita di Verona e provincia ha reso noti i dati sul tipo di assistenza ostetrica offerta. Ri-

corso all'ossitocina per accelerare il parto compresa. I numeri, per la prima volta in Italia, sono nero su bianco: si va dal 32% al 49% in media. Ma rispecchiano la difficoltà di distinguere i vari casi in cui l'ossitocina può essere utilizzata.

◉ "Dal nostro database risulta che il farmaco viene somministrato nel 45% dei parti, ma in questo numero rientrano anche i casi di travagli indotti e l'uso del

farmaco in fase espulsiva avanzata", precisa Massimo Franchi, responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, due punti nascita per un totale di circa 4 mila parti all'anno. "La formulazione della domanda - ossitocina sì o no - non ci permette di capire in quanti casi venga in effetti usata in fase dilatante, soltanto per accelerare un travaglio che va a rilento. Casi in cui, in effetti, la somministrazione dell'ossitocina trasforma in parto medicalizzato un parto che sarebbe stato naturale. Un intervento pesante per la mamma, dal punto di vista sia fisico, sia psicologico". Nel reparto il 35% dei travagli viene seguito in autonomia dalle ostetriche fino in fondo (sutura compresa). Quindi, almeno in queste nascite, l'uso dell'ossitocina è escluso.

◉ "Quanto all'amnioressi, ha il vantaggio di ridurre la durata del travaglio e permette di verificare se il liquido è tinto o no", spiega ancora Massimo Franchi,

“ma nel nostro punto nascita viene eseguita soltanto dopo due ore di arresto della dilatazione”.

3. OSPEDALE SACCO DI MILANO

In 10 parti su 100, spesso in caso di epidurale

Escludendo le induzioni, all'Ospe-
dale Sacco di Milano la procedura
di accelerare il travaglio non supe-
ra complessivamente il 10% dei cir-
ca 1200 parti annuali, secondo un
protocollo ben standardizzato.

● **“In genere si preferisce l'uso dell'ossitocina, in particolare se la paziente ha eseguito una analgesia peridurale.** È un even-
to frequente, se si considera che da
noi le pazienti che preferiscono il
parto indolore in analgesia rappre-
sentano il 30% dei parti vaginali”,
spiega Patrizio Antonazzo, respon-
sabile della sala parto del Sacco.

● **Si tende, invece, a limitare il ricorso all'amnioressi perché, nel tentativo di accelerare, si rischia di determinare effetti opposti** (per esempio le malposi-
zioni). “Personalmente ritengo che
i tempi del travaglio vadano rispet-
tati: non solo quelli della donna,
ma anche del feto. È il bambino
a dettare l'inizio del travaglio e la
sua durata”, aggiunge il ginecologo.
“Una gestione d'attesa permette di
rispettare anche i tempi di cui ha
bisogno il bambino per compiere
i movimenti che poi saranno fon-
damentali per un migliore perio-
do espulsivo. Intervenire tenendo
conto soltanto della dilatazione
cervicale e del suo ritmo significa
semplicemente medicalizzare il
parto. Se invece si considera anche
perché e in che modo il feto sta de-
terminando un certo ritmo di pro-
gressione, si compie un atto medi-
co/clinico davvero appropriato”. ◆

IL CASO

Embrioni distrutti al San Filippo Neri adesso spunta l'ipotesi del sabotaggio

di MAURO EVANGELISTI

UNA catena di errori e omissioni ha causato la perdita dei

94 embrioni conservati nel laboratorio del Centro di procreazione medica assistita dell'Ospedale San Filippo

Neri di Roma. Una valvola lasciata aperta, un allarme sottovalutato da Air Liquide, l'impianto di aria condizio-

nata rotto che ha accelerato la distruzione degli embrioni. Ma ora gli ispettori del Ministero della salute pun-

tano il dito anche contro il San Filippo Neri.

Continua a pag. 13

IL CASO La relazione degli ispettori al San Filippo Neri: rotto anche l'impianto di condizionamento

Embrioni distrutti, il ministero: chiusa male la valvola dell'azoto

Roma, per due giorni nessuno è intervenuto: errore o sabotaggio?

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

di MAURO EVANGELISTI

La serie di eventi è inspiegabile: il 25 marzo scattò l'allarme che testimoniava la perdita di azoto che consente alla temperatura di restare a 196 gradi sotto lo zero. Eppure, i tecnici dell'Air Liquide, la multinazionale che gestisce l'impianto, non sono intervenuti, forse perché pensavano che l'azoto fosse sufficiente per conservare gli embrioni altri due giorni. Peccato che fosse fuori uso anche l'impianto di condizionamento dei locali del laboratorio e questo ha accelerato la fine dell'azoto.

Non solo: una valvola del serbatoio dell'azoto era stata chiusa male. Eppure stiamo parlando di un'apparecchiatura sofisticata, costantemente sotto controllo, a cui possono accedere pochissime persone. Un errore così grossolano potrebbe legittimare anche l'ipotesi del sabotaggio. Queste conclusioni si ottengono incrociando la relazione inviata dall'Air Liquide al San Filippo Neri e la valutazione degli ispettori mandati dal Centro nazionale trapianti su delega del ministero della Salute. Il quadro aumenta la rabbia e il dispiacere delle 40 coppie coinvolte in questa brutta storia. E ieri al San Filippo sono andati anche i Nas nell'ambito

dell'inchiesta della procura. Il Codacons annuncia che oggi presenterà un esposto «ipotizzando una serie di reati come omicidio colposo e lesioni gravi».

Partiamo dalla relazione dell'Air Liquide tenendo bene a mente una data: la scoperta della perdita degli embrioni avviene il 27 marzo, al mattino, quando un ingegnere della società va nel laboratorio. Ma tre giorni prima, il 24 marzo un altro tecnico dell'Air Liquide era stato chiamato dal San Filippo



L'ospedale

Neri a svolgere delle verifiche nel serbatoio criogenico di azoto da 1.300 litri. Si sentiva un rumore anomalo. Ecco, sono le 16.30 di sabato 24 marzo, il tecnico svolge alcune operazioni anche all'interno della Sala di crioconservazione (dove si accede solo con un codice). Quando se ne va tutto appare normale. Ma quasi 24 ore dopo - ore 14.30 di domenica 25 marzo - scatta un allarme. Segnala al tecnico reperibile di Air Liquide che il livello di azoto è sceso a 590 litri (il giorno prima

era a 700). L'allarme sonoro e visivo arriva anche nel laboratorio. Nessuno - né da Air Liquide, né dal San Filippo Neri - interviene. Nella notte fra domenica 25 marzo e lunedì 26 scatta di nuovo l'allarme: l'azoto sta diminuendo rapidamente, ora è a 280 litri. Nessuno interviene anche questa volta. Con quella quantità di azoto gli embrioni possono resistere di altri due giorni (ma solo se la temperatura dei locali è salvaguardata dall'aria condizionata, che invece è rotta). Il 27 marzo un tecnico di Air Liquide che si trova al San Filippo Neri per altre verifiche, sente l'allarme provenire dalla Sala di crioconservazione. Solo in quel momento - due giorni dopo il primo allarme - l'operatore entra nel laboratorio e si rende conto della gravità della situazione: i tre contenitori degli em-

brioni non ricevono più l'azoto dal deposito esterno da 1.300 litri. Il tecnico constata che l'azoto manca. E soprattutto che sulla valvola c'è del ghiaccio: l'azoto è uscito, qualcuno ha aperto (o chiuso male) la valvola. Alle 12.30 viene accertata la perdita degli embrioni. Perché la valvola era aperta? Perché nessuno è intervenuto se l'allarme suonava da due giorni?

Passiamo alla relazione degli ispettori del Centro naziona-

le trapianti, al termine di una visita durata sette ore e mezzo. La commissione ha confermato che la valvola fra serbatoio interno ed esterno era aperta. Ma spiegano anche al **ministero della Salute**: «La temperatura del locale era elevata a causa di un guasto all'impianto di condizionamento. L'apertura della valvola ha favorito la fuoriuscita di azoto, mentre la temperatura più elevata del locale ha provocato un maggiore consumo di azoto rispetto al normale. I controlli sulla valvola e sul condizio-

natore sono entrambi in capo ad Air Liquide». Gli stessi esperti del ministero confermano che l'Air Liquide, dopo il secondo allarme scattato nella notte tra il 25 e il 26 marzo aveva valutato «di poter arrivare martedì 27, giorno in cui era previsto il rifornimento dell'azoto». Ma con l'aria condizionata rotta da gior-

ni questi calcoli erano sballati. Il ministero critica anche l'organizzazione del San Filippo Neri: «Il laboratorio del Centro di Procreazione medica assistita si attiva on-demand, cioè per il servizio alle pazienti. La sorveglianza dei tank (contenitori) è affidata al personale del Centro trasfusionale in modo indiretto. Il Centro ha un'organizzazione non ottimale, l'organigramma non è chiaro, non c'è sistema di qualità, le strutture e i controlli sulle strutture non sono adeguati e c'è un grosso defi-

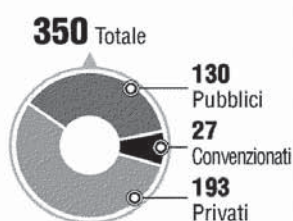
cit sui controlli di funzionamento del sistema». Gli esperti lodano invece il «buon funzionamento del sistema biologico», ma concludono: «Sul funzionamento del Centro ha inciso la debolezza strutturale, organizzativa e logistica».

Il Codacons prepara un esposto per omicidio colposo e lesioni gravi

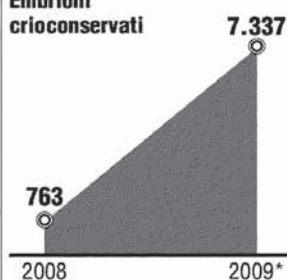
La crioconservazione in Italia

Dati relazione al Parlamento del 2011

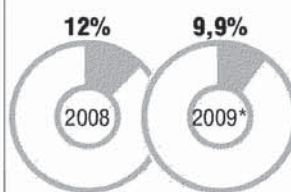
Centri procreazione medicalmente assistita (PMA)



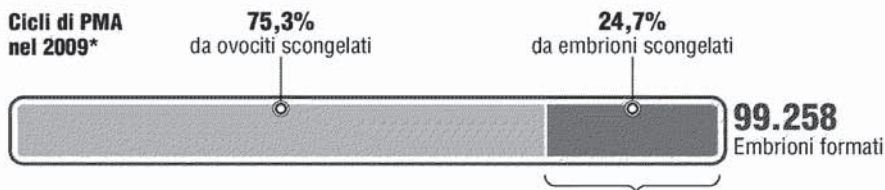
Embrioni crioconservati



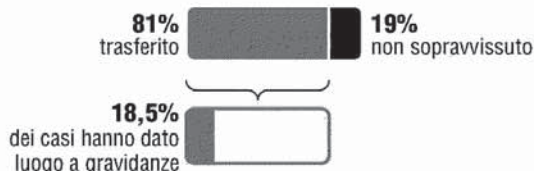
Ovociti congelati
(% prelievi in cui si congela parte degli ovociti)



Cicli di PMA nel 2009*



*anno in cui la Corte Costituzionale emette una sentenza che elimina l'articolo della legge 40 che consentiva la produzione di un massimo di tre embrioni da impiantare contestualmente



ANSA-CENTIMETRI



Il rapporto Consegnata al **ministro della Salute** la relazione dei tecnici in visita al S. Filippo Neri
«Embrioni distrutti, guasto tecnico da giorni»

**Gli ispettori rilevano:
 al San Filippo Neri
 deficit organizzativi**

ROMA. Il rapporto è stato consegnato al **ministro della Salute, Renato Balduzzi**. Rileva una serie di deficit organizzativi e denuncia un guasto tecnico. Al Centro di procreazione medicalmente assistita dell'ospedale San Filippo Neri di Roma, teatro dell'incidente che ha provocato la perdita di 94 embrioni, di 130 ovociti e di 5 campioni di liquido seminale, è infatti «risultata aperta una valvola fra il serbatoio interno e il serbatoio esterno» del tank «e la valvola aveva del ghiaccio attorno». Inoltre, «la temperatura del locale ospitante il tank era elevata a causa di un guasto all'impianto di condizionamento, dovuto a una rottura in atto da diversi giorni».

È quanto emerge dall'ispezione del Centro nazionale trapianti all'ospedale romano, durata ieri ben sette ore e mezza. «I tank coinvolti

dall'incidente sono tre - si legge in un comunicato che è stato diffuso dal **ministero della Salute** - un altro tank risulta mai utilizzato. L'apertura della valvola ha favorito la fuoriuscita di azoto, mentre la temperatura più elevata del locale ha provocato una maggiore dispersione di freddo e quindi un maggiore consumo di azoto rispetto al normale. Il controllo sulla valvola e sul condizionatore sono entrambi in capo ad AirLiquide».

Inoltre, il «sistema di allarme» del Centro di procreazione medicalmente assistita dell'ospedale San Filippo Neri di Roma «non presenta ano-

malie, quindi dovrebbe aver funzionato regolarmente e non essere stato rilevato». Ed «alle 00.20 di lunedì 26 marzo» la ditta «AirLiquide aveva verificato da remoto che il livello di azoto era sceso». Ma non è intervenuta. «La loro valutazione è che il serbatoio aveva un'autonomia di 48 ore sopra il livello di guardia e non sono

intervenuti, valutando di poter arrivare a martedì 27 mattina, giorno in cui era già previsto il rifornimento di azoto». Nella nota si propone anche una ricostruzione dell'incidente, sulla base degli elementi raccolti in oltre sette ore di studio della situazione, fino al mattino di martedì 27 marzo quando i tecnici AirLiquide si recano al San Filippo Neri per il rifornimento e trovano un livello insufficiente di azoto nei tank: il materiale biologico è perduto e i tecnici trovano la valvola aperta e congelata. «Sul funzionamento del Centro» rilevano allora gli ispettori «ha inciso la debolezza strutturale, organizzativa e logistica». Per gli ispettori, infatti, «il Centro ha un'organizzazione non ottimale, l'organigramma non è chiaro, non c'è sistema di qualità, le strutture e i controlli sulle strutture non sono adeguati e c'è un grosso deficit sui controlli di funzionamento del sistema. L'ispezione ha rilevato invece un buon funzionamento del sistema biologico: procedure biologiche chiare e tracciabilità. Gli embrioni che erano conservati erano

tutti recenti, successivi alla sentenza della Corte costituzionale.

I Carabinieri del Nas hanno seguito alcuni passaggi dell'ispezione su indicazione della Procura. La commissione ispettiva era guidata da Eliana Porta, capo ispettore responsabile su cellule e tessuti per l'Italia, da Deirdre Fehily, inglese, esperta internazionale e collaboratrice della Commissione europea della sicurezza di laboratori, cellule e tessuti, da Elisa Pianigiani, responsabile della Banca della cute, esperta in catena del freddo, e da Domenico Adorno, responsabile del Centro regionale trapianti del Lazio, esperto di accreditamento, laboratori e strutture biologiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'indagine
 «Le strutture e i controlli non sono adeguati. Non c'è sistema di qualità»



L'editoriale
dei
lettori

DIRITTO ALLA SALUTE

L'articolo 32 è uno dei più belli della nostra Costituzione ma perché i suoi principi e obiettivi siano rispettati occorre che tutti facciamo la nostra parte per difenderlo

FRANCESCO LENA

In Italia abbiamo normative che sono fra le migliori al mondo, a cominciare dall'articolo 32 della nostra bella Costituzione, diritto alla salute per tutti i cittadini. La legge 833 del 1978 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale e contiene principi di uguaglianza di trattamento, decentramento di gestione e unificazione di intervento su tutto il territorio nazionale, contiene anche obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione. Certo che per rispettare questi principi e obiettivi ci vorrebbe una seria programmazione, con un Piano Sanitario Nazionale che risponda al meglio ai bisogni di salute dei cittadini; poi anche un Piano Sanitario Regionale che sappia organizzare con efficienza tutte le strutture sanitarie e convenzioni sul territorio, eliminando tanti sprechi; e poi un serio Piano Sanitario Locale che sappia organizzare i servizi alle persone in base ai loro bisogni di salute.

A livello nazionale dico basta tagli alla sanità, non spendiamo troppo, il 9,5% del Pil, a confronto della Germania che spende l'11,5%, se mai bisogna spendere meglio. I tagli bisognerebbe farli sulle spese militari e sugli armamenti. Da parte delle regioni organizzare meglio tutte le strutture, superare doppioni o triploni, meno consulenze costose, appalti trasparenti e non clientelari, e poi che siano nominati Direttori Generali di Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere in base a preparazione, responsabilità, merito e trasparenza. Il personale dipendente al Servizio Sanitario Nazionale lavora con professionalità, umanità, scienza e coscienza, nonostante la carenza di programmazione da parte della classe dirigente.

Cari cittadini dobbiamo interessarci tutti di più e meglio, entrare in associazioni di volontariato, nelle istituzioni, nei sindacati, per portare avanti le nostre proposte; se faremo la nostra parte per migliorare la sanità, l'obiettivo del diritto alla salute come prevede la nostra costituzione sarà garantito a tutti.

68 anni, infermiere in pensione, Cenate Sopra (BG)



Professioni - Bando in dirittura, saranno 5 mila i posti per gli aspiranti medici

Pacelli a pag. 34

Entro la metà di aprile il decreto sugli specializzandi

Medici, c'è il bando

Saranno 5 mila i posti per gli aspiranti

DI BENEDETTA PACELLI

In arrivo il bando per l'accesso alle scuole di specializzazione dei medici specializzandi. Secondo quanto risulta ad Italia Oggi, infatti, il ministro dell'istruzione e università Francesco Profumo, entro la metà di aprile, firmerà il decreto che dà avvio all'iter concorsuale per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria per l'anno accademico 2011/2012. Bando che confermerà in 5 mila i posti destinati ai medici in formazione (nonostante il fabbisogno richiesto dalle regioni ammonti a oltre 8 mila unità) e che sarà subordinato all'approvazione da parte del Miur di determinati requisiti che le scuole dovranno possedere, pena la loro aggregazione o chiusura. Nello stesso tempo il ministro ha annunciato l'intenzione di rivisitare l'attuale percorso formativo pre e post lauream in medicina, a partire dall'adozione del concorso nazionale. La proposta dovrebbe arrivare entro novembre 2012 per cambiare le regole già con il prossimo anno accademico.

Il prossimo bando. Ultime ore, quindi, per i tecnici del Miur per limare il Decreto di attribuzione dei posti che, dopo essere firmato anche dal **ministero della salute**, verrà inviato alle università. Queste entro due mesi

dall'uscita dei bandi potranno avviare le procedure concorsuali (metà giugno). Se dunque i posti destinati ai medici in formazione rimarranno gli stessi, come ogni anno, il problema è quello della programmazione e della distribuzione a livello nazionale, considerando che sono le regioni a conoscere il fabbisogno e a gestire, di conseguenza, la formazione. Per la maggior parte delle scuole, infatti, eccetto quelle indispensabili per il tronco comune, non sussiste più il criterio della regionalità ma la loro attivazione è subordinata al possesso dei requisiti valutati nel loro complesso. Se l'ex-rettore del Politecnico dovesse applicare in toto i criteri stabiliti per legge un numero consistente di scuole verrebbero aggregate o chiuse, specie quelle più piccole che non hanno documentato di possedere i requisiti minimi. Dunque, per essere autonoma, ognuna dovrà dimostrare di avere un numero di almeno tre specializzandi iscrivibili per anno di corso, ma anche certificare di avere un'adeguata pianta organica di docenti ordinari con tanto di documentata produzione scientifica e competenza. Ma quali saranno le specializzazioni che subiranno le maggiori sforbicate a vantaggio di altri? Secondo i dati posseduti dal Segretariato italiani giovani medici specializzandi ci saranno 6

contratti in meno per Anestesia e rianimazione, 20 e 15 in meno rispettivamente in Medicina del Lavoro e Medicina fisica e riabilitazione e fino a 29 in meno in Radiodiagnostica.

Il riordino della formazione medica. Dal prossimo anno, però, la formazione dei medici specializzandi potrebbe subire alcune modifiche. Ad annunciarlo il ministro Profumo che ha dichiarato l'intenzione di investire di concerto con il **Ministero della Salute** un tavolo tecnico che possa programmare una rivisitazione dell'attuale percorso formativo a partire dall'adozione del concorso nazionale e non come avviene ora legato ai singoli atenei. La proposta potrebbe ricalcare quanto già ipotizzato dall'ex-titolare della salute Ferruccio Fazio: riduzione di un anno del periodo delle specializzazioni e inserimento dello specializzando nel mondo del lavoro dopo 2-3 anni dall'avvio del corso. «Siamo fiduciosi», ha detto Walter Mazzucco presidente del Segretariato dei giovani medici, «che davvero si proceda ad un revisione del percorso formativo. E' necessario valorizzare il ruolo dei giovani medici all'interno del Ssn, ma anche rendere più tempestivo il loro accesso al pieno esercizio della professione, in linea con quanto già avviene in Europa».

— © Riproduzione riservata —



Caso Fibronit

Il punto
a dodici giorni
dall'avvio
del processo

Amianto killer, mille morti Una vittima alla settimana

Il **ministro della salute** incontra i sindaci dell'Oltrepò
«Garantiremo i fondi necessari a completare la bonifica»

BRONI (Pavia)— «Oggi per Broni è la giornata delle grandi speranze». Con queste parole il sindaco Luigi Paroni ha chiuso ieri l'incontro con il **ministro della Salute Renato Balduzzi** che ha partecipato all'incontro sull'ex Fibronit e sul dramma degli abitanti che continuano ad ammalarsi e a morire per l'effetto amianto. Una stima parla di almeno 700 vittime per causa diretta o indiretta nel territorio bronese, tra chi respirava le fibre killer dentro e fuori dalla fabbrica. Ma, allargando il raggio ai comuni confinanti, il mesotelioma pleurico avrebbe fatto sino ad oggi un migliaio di vittime. Il picco è atteso per il 2015.

I dati ufficiali parlano per Broni di 50-52 morti ogni anno, uno a settimana, e 58 nuovi casi accertati. Il **ministro Balduzzi** è intervenuto (a porte chiuse) in Comune, presenti tutti i sindaci dell'Oltrepò Orientale, i rappresentanti di Provincia, Regione, associazioni e i comitati delle vittime dell'amianto. «In autunno insieme al ministro dell'Ambiente Clini promuoveremo la seconda conferenza sull'amianto - ha ribadito Balduzzi -. La prima risale al lontano 1999. Non chiacchiere,

ma un momento concreto per fare un punto sulla situazione nazionale, e preparare un piano pluriennale di interventi sul territorio».

Secondo il ministro, «l'emergenza amianto va affrontata su tre temi: la bonifica, la salute pubblica e la ricerca, e il governo non può che assicurare la continuità di flussi finanziari nel tempo». Su costi e scadenze temporali è stato chiaro il sindaco di Broni Luigi Paroni. «Costa 21 milioni di euro portare a termine, entro il 2014, la bonifica e lo smaltimento dell'amianto nell'area ex Fibronit. 5.272.000 sono quelli già finanziati — ha spiegato il primo cittadino — e che si stanno spendendo per il primo lotto di lavori che comprende la messa sicurezza e una parte di bonifica dei capannoni. Entro la fine del mese, con la presentazione del progetto del secondo lotto, saranno richiesti altri 6-7 milioni di euro».

Su come operare nella fase conclusiva dei lavori è intervenuto il presidente della Provincia di Pavia, Daniele Bosone: «E' fondamentale — ha detto — cercare di contenere i costi della bonifica accompagnandola con una politica di smaltimento in una di-

scarica in un'area finalizzata esclusivamente all'amianto dell'ex Fibronit, come è accaduto a Casale Monferrato». «Riteniamo, poi — ha aggiunto — che per la nostra provincia sia fondamentale l'istituzione di un centro di riferimento, diagnosi e curia dei pazienti colpiti da patologie create dall'amianto».

Questione che sarà sui tavoli della Regione Lombardia, come conferma anche l'assessore lombardo alla sanità Bresciani. È in discussione anche un progetto di legge, consegnato ieri al **ministro Balduzzi** dal capogruppo Pd della Commissione regionale Ambiente, Giuseppe Vilani, che come rappresentante del territorio pavese lo aveva proposto insieme ai colleghi Angelo Ciocca (Lega) e Vittorio Pesato (Pdl).

Intanto il prossimo 16 aprile a Voghera, prenderà il via il processo (in cui il Comune di è costituito parte civile) che vede dieci imputati, tutti ex dirigenti e consiglieri di amministrazione della Fibronit, accusati di disastro doloso e omicidio plurimo colposo per l'attività svolta dalla fabbrica dove fu prodotto cemento fin dal 1919. la lavorazione dell'amianto iniziò nel 1932 e andò avanti ininterrot-

tamente sino al 1994.

Enrico Venni

I costi

Entro la fine del mese, con il progetto del secondo lotto, saranno necessari 7 milioni

Polveri letali

Fibre pericolose

Amianto o asbesto, una parola che fa paura. Le fibre di questo materiale, ampiamente impiegato in passato, resistono a acidi e al fuoco, e hanno

buone capacità di isolante termico e acustico. Ma sono anche altamente tossiche: l'inalazione di fibre o polveri causano malattie polmonari e tumori.

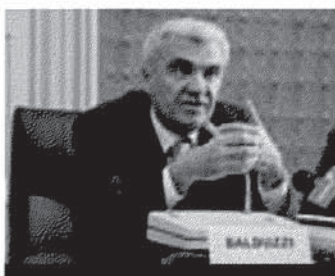
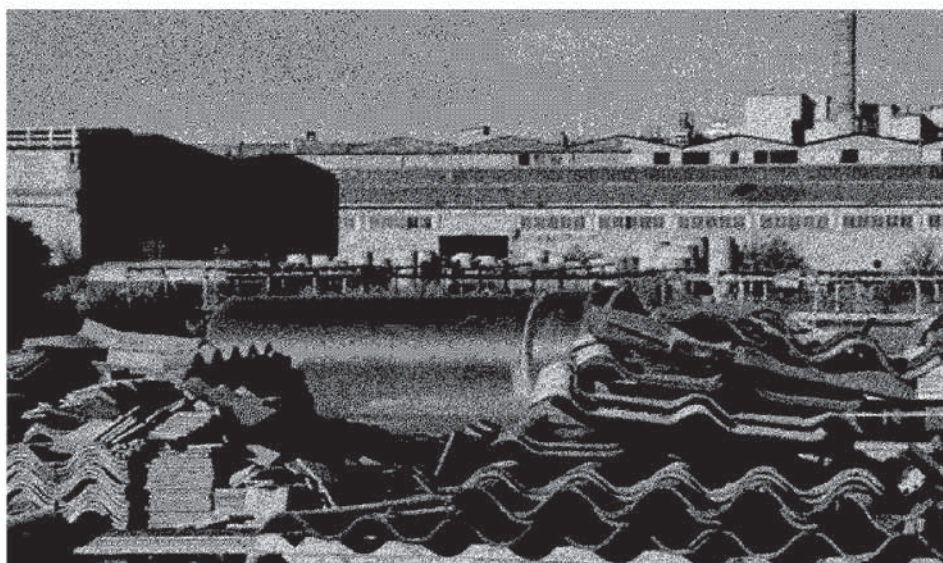
La normativa

La legge 257 del 1992 vieta l'estrazione, la produzione, l'importazione, l'esportazione di amianto e prodotti derivati. La legge impone anche il controllo costante delle

strutture contenenti amianto: deve essere impedito in ogni modo il rilascio di fibre nell'aria.

La bonifica

Proprio per questo, le operazioni di bonifica presentano difficoltà per il rischio ambientale e i possibili danni prodotti sulla salute dell'uomo. Nella foto grande (Bettolini) la Fibronit di Broni.



Serve un piano pluriennale di interventi sul territorio

Renato Balduzzi



L'ATTIVITÀ EDITORIALE DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

Aifa: informazione più trasparente ed economica

DI SERGIO PECORELLI *, GUIDO RASI ** E LUCA PANI ***

Fino al 2009 costi elevati e scarsa penetrazione delle notizie diffuse

Il ruolo dell'informazione promossa da una istituzione pubblica che, come l'Aifa, tutela la salute in ambito farmacologico, deve essere finalizzato a promuovere il corretto e appropriato uso del **farmaco** e per farlo, al di là delle dichiarazioni di principio, non può prescindere dal coinvolgimento diretto della medicina generale e dei cittadini che solo di recente sono diventati parte attiva delle decisioni regolatorie dell'Aifa.

Negli ultimi tre anni, a differenza del passato, l'informazione indipendente dell'Aifa è stata oggetto di un profondo ripensamento per renderla efficace, trasparente e rispondente ai criteri di economicità dettati, peraltro, anche dalle disposizioni di legge che, sin dal 2005, invitano le amministrazioni pubbliche a promuovere il ricorso ai formati elettronici e a sostituirli ai più costosi, e inquinanti, cartacei. Ciò ha imposto di rovesciare quel rapporto, presente sino al 2009, tra costi (ingenti) ed efficacia (esigua) dell'informazione diffusa. Le tabelle pubblicate in un articolo nel numero 12/2012 de Il Sole-24 Ore Sanità (pagine 12-13, ndr.) parlano chiaro: fino al 2009, periodo citato come modello virtuoso, l'attività di informazione ebbe costi ingentissimi, superiori ai 44 milioni. Il solo Bollettino di informazione sui **farmaci** (Bif) costò circa 14 milioni. E se pensiamo - ma questa informazione non è stata data ai lettori - che l'informazione indipendente dell'Aifa, per legge è finanziata con lo stesso fondo destinato alle malattie rare, appare chiaro che sia un dovere istituzionale ed etico accertarsi che le risorse spese producano un ritorno in termini di beneficio per la salute pubblica, a esempio una maggiore appropriatezza nella prescrizione.

Perché ciò avvenga è necessario che l'informazione diffusa

sia ritenuta affidabile e sia utilizzata dal target di riferimento, in questo caso i medici. Per quanto sia comprensibile l'affetto che

l'ex direttore responsabile del Bif ancora oggi nutre per la sua "creatura", a quei tempi dovemmo constatare, cifre alla mano, che tale sentimento non era affatto ricambiato dai

medici. Un'indagine Censis commissionata nel 2009 per misurare in modo obiettivo l'efficacia dell'informazione diffusa sino ad allora, mostrò risultati shock che imposero di rivedere drasticamente le strategie comunicative. Condotta su un campione di 1.000 medici di medicina generale, la ricerca evidenziò che solo l'8,4% di essi considerava le pubblicazioni Aifa come una fonte di informazione per l'aggiornamento sui **farmaci** (si veda grafico), percentuale che le poneva addirittura dietro a internet, e solo il 13,1% (si veda grafico) considerava queste informazioni un "fattore" in grado di incidere sulla scelta del **farmaco** da prescrivere. Inoltre, appena il 16,3% del campione considerava le informazioni contenute nelle pubblicazioni Aifa strumenti che è bene avere ma precisava, comunque, come venissero usate raramente, un dato che non fa che confermare le osservazioni "empiriche" che riferivano di pile di riviste ancora intonse presenti nelle sale d'attesa, neanche negli studi, dei medici. Ma non è tutto. L'indagine Censis ha evidenziato che appena il 16% dei medici utilizzava le pubblicazioni Aifa per l'aggiornamento professionale e, cosa ancor più preoccupante, solo il 24,4% le considerava attendibili. Infine, per dovere e completezza di informazione, va sottolineato un ultimo dato: solo l'11,6% dei medici dichiarò di leggere interamente il Bif.

Andrebbe forse ricordato che all'interno del Bif trovavano spazio anche rubriche di tipo "ludico-ricreativo" che al loro interno ospitavano, a esempio, concorsi fotografici o articoli sulle virtù del peperoncino che poco avevano a che fare con

l'informazione scientifica e l'appropriatezza prescrittiva.

La situazione non è risultata migliore relativamente agli strumenti di formazione, fermati peraltro da un'azione della magistratura per irregolarità del bando. La ricerca Censis, infatti, ha mostrato che solo il 2,3% dei medici di medicina generale considerava le iniziative Ecm quale strumento di aggiornamento sui **farmaci** (si veda grafico).

Si tratta di dati che nel loro complesso hanno destato in noi profonda preoccupazione e probabilmente sono conseguenti alla visione dell'Aifa e alla strategia informativa vigenti sino al 2009. Una visione che, da quanto si è appreso dall'articolo pubblicato la scorsa settimana su questo giornale, sembrava considerare un successo per una istituzione pubblica come l'Aifa, che valuta la qualità, l'efficacia e la sicurezza dei **farmaci** prima di autorizzarne l'immissione in commercio, non essere fonte primaria di informazione per i medici che quei **farmaci** devono prescriberli.

È stato, dunque, necessario ripensare, in una chiave di maggior rigore, l'intera strategia di informazione indipendente puntando innanzitutto al coinvolgimento attivo della medicina generale per il raggiungimento di una reale, maggiore appropriatezza che si è concretizzato recentemente in un documento programmatico che affronta tutti gli aspetti della complessa interazione tra il medico, il paziente e l'autorità regolatoria. Inoltre, avendo constatato con sorpresa e sconcerto che la strategia di informazione indipendente vigente sino al 2009 non aveva contemplato la realizzazione di un report che rendesse conto in trasparenza di tutte le attività svolte dall'Aifa, si è ritenuto doveroso procedere alla realizzazione di un volume che evidenziasse il lavoro

svolto e i risultati conseguiti in un confronto con gli anni precedenti. Ritenendo un valore la diffusione di un'informazione veramente indipendente e trasparente il report è stato pubblicato sul sito istituzionale nonché diffuso agli interlocutori istituzionali, tra cui i ministeri vigilanti. Costo delle iniziative, uguale a zero.

Nella consapevolezza che l'operato delle pubbliche amministrazioni debba rispondere ai criteri di economicità, efficienza ed efficacia, il che più semplicemente significa che debba esserci un rapporto beneficio/costo favorevole, si è deciso di realizzare iniziative di comunicazione con valenza regolatoria. In altre parole, in grado di promuovere il corretto e appropriato impiego dei medicinali e capaci di incidere anche sui consumi con risultati documentabili. L'obiettivo è stato pienamente centrato e desideriamo sottolineare che le considerazioni espresse dalle pagine di questo giornale da chi, forse per inesperienza, giudicava inefficaci le campagne di comunicazione siano state smentite dai fatti.

Le campagne Aifa per l'uso corretto degli antibiotici hanno fatto registrare una concreta diminuzione dei consumi e della spesa per questa categoria di medicinali: a seguito della prima edizione la riduzione dei consumi, rispetto al periodo dell'anno precedente preso a riferimento, è stata pari all'8% (con un risparmio per il Servizio sanitario nazionale di 18,5 milioni di euro), all'11% dopo la seconda edizione (con un risparmio di 56 milioni) e del 5% nell'intero anno per la terza edizione (per un risparmio pari a quasi 97 milioni).

L'informazione indipendente è stata ridisegnata dal punto di vista strategico anche attraverso la differenziazione dei flussi informativi e la creazione di strumenti web specializzati, dedicati ai diversi pubblici: operatori sani-



tari, cittadini, e media.

Per citare un dato, da metà 2008 a tutto il 2011 sono state effettuate 2.116 pubblicazioni sul sito, a fronte delle 713 effettuate tra il 2005 e il 2008. Inoltre, è stato anche potenziato il Centro per l'informazione indipendente sul **farmaco** a ulteriore testimonianza dell'interesse attribuito a quest'area di attività e altre iniziative sono ormai in fase avanzata di realizzazione prevedendo modalità di diffusione avanzate, moderne, interattive e che non sottraggano risorse preziose come gli ormai obsoleti formati cartacei.

In conclusione, è impossibile non ricordare come l'Aifa abbia dovuto affrontare nel 2008 un periodo non certo sereno della sua storia ed è stato più che mai necessario e doveroso, negli anni successivi, ribadire che solo il criterio scientifico deve essere al centro delle decisioni sia nel campo regolatorio sia in quello manageriale.

Con questo focus è stata valutata la ricerca indipendente che era stata finanziata dall'Aifa per circa 78 milioni senza produrre ritorni in termini di risultati e, con lo stesso rigore, è stata riconsiderata la strategia dell'informazione per fare sì che quella diffusa fosse assolutamente indipendente, scientifica e potesse quindi costituire un valore aggiunto per la pratica medica e per la tutela della salute dei cittadini.

* Presidente Agenzia italiana del **farmaco** - Aifa

** già direttore generale Agenzia italiana del **farmaco** - Aifa

*** Direttore generale Agenzia italiana del **farmaco** - Aifa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

