

<http://www.healthdesk.it/>

Ginecologi: «No a leggi sul parto senza il parere degli esperti»

«Non si può scrivere un provvedimento che parla di gravidanza senza sentire l'opinione di chi tutti i giorni assiste madri e neonati». È quanto affermano Paolo Scollo, presidente della Società italiana di ginecologia e ostetricia (Sigo), Vito Trojano, presidente dell'Associazione ostetrici ginecologi italiani (Aogoi), Nicola Colacurci, presidente dell'Associazione ginecologi universitari italiani (Agui) e Maria Vicario, presidente della Federazione nazionale dei collegi ostetriche (Fnco).

Il disappunto è verso la proposta di legge "Norme per l'incremento del livello di sicurezza del parto naturale", presentata il 6 luglio presso la Sala Caduti di Nassirya di Palazzo Madama e messa a punto senza coinvolgere le società scientifiche appunto, che in questi anni invece sono state sempre parte delle commissioni istituite dal Ministero della Salute per risolvere problemi importanti come l'eccessivo ricorso alla medicina difensiva, il calo della fertilità degli italiani o il miglioramento dell'assistenza pediatrica e neonatale.

«Chiediamo quindi al Parlamento di seguire l'esempio del dicastero della sanità. Legiferare senza il supporto degli esperti del settore è pericoloso», concludono i presidenti Sigo, Aogoi, Agui e Fnco. «Si rischia di far passare messaggi che non sono conformi alla realtà dell'assistenza alla gestazione».

AUMENTANO LE DONNE CHE RIFIUTANO IL BISTURI

Le mamme pentite del cesareo "Il prossimo parto sarà naturale"

CRISTIANA SALVAGNI

TORNARE protagoniste della nascita dei propri figli. È il desiderio nutrito da sempre più donne che, dopo aver subito uno o più tagli cesarei, chiedono di partorire in modo naturale, anche contro il parere del medico.

Così negli ultimi anni gli ospedali italiani hanno registrato un aumento di richieste per il Vaginal Birth After Cesarean, il Vbac, "parto vaginale dopo un cesareo". Dopo l'uso e, spesso, l'abuso dei cesarei, le mamme italiane riscoprono il valore del parto spontaneo.

A PAGINA 21

Le madri pentite del cesareo "Il secondo parto sarà naturale"

Il caso. Siamo il Paese europeo dove troppi bambini (uno su tre) vengono al mondo con un'operazione chirurgica. Ma ora sono le stesse mamme che in passato hanno evitato il travaglio a cambiare idea: "Vogliamo essere protagoniste della nascita dei nostri figli"

Il racconto: "Mi sono già privata una volta di questa emozione unica: adesso non intendo rinunciarci"

CRISTIANA SALVAGNI

ROMA. Tornare protagoniste della nascita dei propri figli. È il desiderio nutrito da sempre più donne che, dopo aver subito uno o più tagli cesarei, chiedono di partorire in modo naturale, anche contro il parere del medico. Così negli ultimi anni gli ospedali italiani hanno registrato un aumento di richieste per il *Vaginal Birth After Cesarean*, il Vbac, "parto vaginale dopo un cesareo". Dopo l'uso e, spesso, l'abuso dei cesarei (siamo il Paese in Europa dove se ne fanno di più: per l'Istat oltre un bambino su tre viene alla luce in questo modo), le mamme italiane riscoprono il valore del parto spontaneo e si moltiplicano le strutture che fanno tentare alle proprie pazienti il travaglio: 7 su 10, in media, tra quelle che hanno subito un cesareo, riescono ad arrivare fino in fondo e provano la soddisfazione di stringere subito il figlio tra le braccia. Le altre ripetono l'intervento chirurgico.

«Non è vero che cesareo chiama cesareo» spiega Elisa Vallinotto, 35 anni, biologa di Torino e madre di due bambini di 3 anni e tre mesi di età, nati il primo con il taglio e l'altro con un parto naturale. «Io per esempio mai avrei voluto il primo cesareo, che mi è stato fatto

dopo dodici ore di travaglio, a causa di un'assistenza inadeguata. Figuriamoci ripeterlo». Elisa è tra le volontarie del sito *vbac.it* che dà informazioni e supporto a chi non vuole affrontare un nuovo intervento chirurgico se non per validissimi motivi medici. «Per fortuna internet apre questa possibilità a chi neanche sapeva di poterlo fare: tante donne hanno il rimpianto di non essere state protagoniste del parto, vogliono riscattarsi con i secondi o terzi figli e sono molto motivate. Si informano, parlano con i primari e grazie alla loro richiesta gli ospedali si stanno aggiornando: certo, è una procedura ancora di nicchia e con differenze regionali enormi. In Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna il parto naturale dopo il cesareo è diffusissimo. In Campania o Sicilia le strutture disponibili si contano sulle dita di una mano».

A Roma, per esempio, fino a pochi anni fa solo l'ospedale Cristo Re aveva un protocollo ufficiale per il Vbac, adesso sono una manciata. E in cinque anni i Vbac eseguiti al Cristo Re sono più che raddoppiati, passando da 30 a oltre 80. Il Policlinico Gemelli, invece, ha aperto ufficialmente al parto naturale dopo il cesareo otto mesi fa e da allora ha registrato un'impennata di richieste. «Da quando l'abbiamo pubblicizzato sul sito c'è stata una forte domanda di mamme che hanno vissuto il primo cesareo come una violenza» spiega il primario di ostetricia Alessandro Caruso. «Si va riscoprendo la naturalità della nascita, dopo gli ultimi quindici anni in cui in

Italia c'è stato un eccessivo ricorso alla chirurgia: si riteneva che fosse il modo più sicuro per partorire, ma non è così perché si tratta pur sempre di un'operazione che può provocare difetti respiratori minori nei neonati e rischi per la donna».

Secondo il rapporto Istat 2014 i disturbi in gravidanza non giustificano l'ampio uso del cesareo che si fa da noi, dove ricorrono al taglio la maggior parte delle donne che lo hanno già fatto. Le linee guida dell'Istituto superiore di sanità sostengono infatti che non basta aver subito un cesareo per ripeterlo: in assenza di controindicazioni specifiche, la possibilità di provare il travaglio deve essere offerta a tutte. Quali sono queste controindicazioni? Precedenti rotture d'utero o incisioni uterine longitudinali e l'essere state sottoposte in passato a tre o più interventi. Via libera per tutte le altre, a meno di complicanze o patologie della gravidanza in corso. E anche l'Europa chiede di incentivare il parto naturale: sono 160 mila i cesarei non necessari eseguiti ogni anno, per un costo extra di 156 milioni di euro. Per questo l'Ue ha finanziato il progetto Optibirth che mira a aumentare i Vbac in Italia, Irlanda e Germania: lo scopo è passare entro il 2016 dal 25 al 40 per cento.

REPRODUZIONE RISERVATA



Le pentite del parto cesareo



Vbac (Vaginal Birth after Cesarean)

Cosa è

è il parto vaginale dopo uno o più cesarei



Come si svolge

La gestante affronta il "travaglio di prova": può sfociare in un parto naturale o in un nuovo taglio cesareo



Il successo

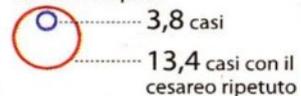
70% le donne che terminano il travaglio di prova con un parto spontaneo

I vantaggi

Ripresa fisica più veloce

Vicinanza col bambino

Mortalità materna più bassa: su 100mila parti



Minore dolore addominale post parto

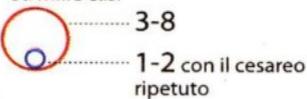
Nascita più naturale e soddisfacente per la mamma

Maggiori probabilità di **parti non complicati in futuro**

I rischi

Precedente incisione non trasversale bassa sull'utero

Rottura dell'utero più frequente: su mille casi



FONTI: Istat, Oms, Iss, progetto Optibirth

Essere state già sottoposte a più cesarei

Rottura dell'utero in un travaglio precedente

Aumenta il rischio di morte fetale: 10 casi su 10mila parti contro 1 caso su 10mila del cesareo

L'INTERVISTA / IL PRIMARIO: ATTENZIONE MASSIMA, VALUTIAMO CASO PER CASO

“Così restituiamo alle donne un loro diritto”

ROMA. «Negli ultimi cinque anni i parti vaginali dopo il cesareo sono più che raddoppiati». Carlo Piscicelli è il primario di ostetricia e ginecologia del Cristo Re di Roma, il primo ospedale della capitale ad avere adottato un protocollo ufficiale per il Vbac.

Perché questo aumento di richieste?

«Grazie al web è aumentato il passaparola e in generale sta crescendo il desiderio delle donne di provare la naturalità del parto: è la loro forte determinazione che le fa arrivare fino in fondo, quando non ci sono controindicazioni mediche».

Come si decide di far affrontare il travaglio a una donna che in passato ha fatto il cesareo?

«Si valutano con attenzione le cause che hanno portato al primo cesareo: una posizione podalica o una alterazione del battito fetale non è detto che si ripetano. Mentre la difficoltà del bambino a passare potrebbe ripetersi. Ma in realtà molti tagli cesarei per distocia vengono fatti troppo presto, a due centimetri di dilatazione, senza che ci sia una reale sproporzione tra il bimbo e il bacino».

Quindi se il primo cesareo è stato solo prudenziale, è più facile la seconda volta partorire per via vaginale?

«In linea di massima sì, poi bisogna valutare caso per caso».

Nel parto spontaneo dopo il cesareo non è più alto il rischio che l'utero si rompa?

«Il rischio è maggiore, ma rimane estremamente basso. E quando succede si tratta in genere di una rottura minima, di uno sfilamento che al massimo ci costringe a ripetere il taglio cesareo».

(c.salv.)

RIPRODUZIONE RISERVATA



IL MEDICO

Carlo Piscicelli, primario al Cristo Re di Roma



In Italia 37mila pazienti combattono quotidianamente questa malattia

Tutto sul carcinoma ovarico

Al via la campagna itinerante "Sguardi d'Energia" per le donne

Antonio Caperna

MILANO - La cura di sé e l'attenzione alla propria bellezza possono dare una nuova energia alle donne che affrontano la battaglia contro il tumore ovarico, il più insidioso e meno conosciuto dei tumori femminili, con cui in Italia convivono circa 37mila pazienti. Il principale fattore di rischio è la familiarità e la presenza della mutazione genica BRCA1 e BRCA2.

Dopo 'Scatti d'Energia', la mostra itinerante che ha coinvolto dieci personaggi celebri, ACTO onlus in partnership con Youngblood Mineral Cosmetics e con il supporto di Roche, promuove 'Sguardi d'Energia' (<http://www.facebook.com/scattidenergia>).

È una campagna itinerante che si avvale di un programma di make-up personalizzato ospitato nei principali centri italiani specializzati per la diagnosi e cura del tumore ovarico. «Con questo progetto desideriamo aiutare le donne a riappropriarsi della propria bellezza nonostante la malattia, perché ognuna di loro guardandosi allo specchio dopo il trattamento non veda più la malattia ma solo una donna più bella e infinitamente più forte di prima», afferma Nicoletta Cerana, Presidente di ACTO onlus.

La diagnosi tempestiva può migliorare la sopravvivenza: se il tumore ovarico è intercettato in stadio iniziale la probabilità di sopravvivenza a 5 anni è del 75-95%. In presenza di recidive, obiettivo delle terapie è la cronicizzazione. Grandi passi in avanti sono stati fatti negli ultimi anni, grazie all'avvento delle terapie anti-angiogeniche, che impediscono al tumore di crescere e diffondersi.

«È indispensabile che la donna si sottoponga a controlli ginecologici annuali con una visita clinica e un'ecografia transvaginale», conclude Francesco Raspagliesi, Fondazione IRCCS INT Milano.

leggocaperna@leggoposta.it



L'INIZIATIVA

Contro il cancro sei le proposte presentate dalle associazioni

ROMA - Sono oltre 3 milioni gli italiani che hanno conosciuto un tumore. Migliora la sopravvivenza ma l'impatto sociale ed economico di queste malattie è destinato a crescere. Le differenze nella qualità dell'assistenza tra le diverse aree del Paese alimentano il fenomeno della migrazione sanitaria. Per migliorare e rendere omogenea la qualità dell'assistenza oncologica e preservare la sostenibilità del SSN, Salute Donna onlus e altre Associazioni pazienti hanno messo a punto un Documento programmatico con 6 proposte operative. Inoltre a supporto dei diritti dei pazienti nasce l'Intergruppo parlamentare "Insieme per un impegno contro il cancro" con l'adesione di oltre 50 parlamentari di tutti gli schieramenti. (A.Cap.)



L'Humanitas al meeting di neurochirurgia di Londra

Operazione al cervello su un paziente sveglio

Sarà l'Istituto Humanitas di Rozzano (Milano) con il suo Neuro Center a rappresentare l'Italia al meeting di neuro-oncologia chirurgica che si aprirà domani a Londra. Gli specialisti effettueranno in diretta video dalle sale operatorie di Rozzano un intervento chirurgico unico al mondo con paziente sveglio, utilizzando una tecnica sofisticatissima di neurochirurgia oncologica. Gli esperti del centro, diretti da Lorenzo Bello, saranno una delle quattro equipe selezionate in tutto il mondo per portare la propria esperienza, insieme a quelle di Francia, della Germania e degli Usa. L'intervento, spiega Bello, «è mirato a rimuovere un tumore al cervello che interessa il sistema motorio e il linguaggio. Aree che, prima dello sviluppo di questa sofisticata tecnica, non venivano toccate durante gli interventi, perché non c'erano dati precisi sul loro funzionamento». In particolare i chirurghi dell'Humanitas, insieme ai colleghi fisiologi, con questa tecnica hanno elaborato «un sistema unico di impulsi elettrici, mai utilizzato prima al mondo: consiste in una sorta di mappa cerebrale che permette di individuare le funzioni cerebrali ed evidenziarle durante l'intervento a paziente sveglio. Grazie a queste nuove conoscenze è possibile estendere le capacità di intervento e di rimuovere così tumori localizzati in punti critici del cervello, mantenendo integre le funzioni del paziente». Questo, concludono gli specialisti, «aumenterà l'aspettativa di vita: 10-15 anni rispetto a 1-3 anni con tecniche standard».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4**Équipe**

Quelle selezionate in tutto il mondo per il «4th Annual World Course in Advanced Techniques in Neurosurgical Oncology». Fra queste la Neurochirurgia oncologica dell'Humanitas di Milano



■ L'INTERVENTO

DOTTORI ANCHE IN UMANITÀ, UN SEGNALE FORTE PER I MEDICI DI DOMANI

LUISELLA BATTAGLIA

Si è salutata con grande favore la notizia dell'istituzione di una cattedra di "Umanità" nel dipartimento di Oncologia della facoltà di Medicina a Milano. Un insegnamento, indubbiamente, carico di promesse, anche per il carattere fortemente evocativo di una parola che condensa in sé una straordinaria ricchezza di significati, ma che soprattutto, nel sottolineare la necessità di una formazione umanistica del medico, sembra nascere dalla presa di coscienza di una crisi della medicina scientifica. Una crisi che nasce, in realtà, dal suo stesso successo. La medicina scientifica ha compiuto infatti straordinari progressi: tecniche sempre più sofisticate consentono al malato di vedersi in tre dimensioni, il medico lo può curare a distanza grazie alla telemedicina, il chirurgo può operare senza toccare direttamente il malato. Progressi innegabili che celano tuttavia un pericolo, quello di vedere l'individuo ignorato nella sua singolarità dalle esigenze classificatorie. Siamo, in effetti, in presenza di un sistema sempre più burocratizzato che, ad esempio, anziché attribuire una valenza positiva al tempo trascorso con il paziente, considerandolo un investimento ai fini della stessa terapia, lo associa al concetto di perdita.

Che resta allora della relazione originaria tra curante e curato, di quel colloquio descritto fin dall'antichità da Ippocrate e dai suoi discepoli del-

l'isola di Kos? Qual è il posto del malato nella malattia, in una medicina sempre più spinta verso l'universalizzazione e chiamata a divenire una scienza dell'oggetto umano? In *Nascita della clinica* Michel Foucault ha tratteggiato magistralmente il cammino compiuto dalla medicina moderna, concentrandosi sul momento – la Rivoluzione francese – in cui la creazione dell'ospedale, inteso come «cittadella fortificata della salute», alimenta l'ambizioso progetto di una medicina come scienza esatta, attraverso l'oggettivazione della malattia e del malato. Al prezzo, tuttavia, di «sradicare» il soggetto, la persona...

La ricostruzione etimologica di alcuni termini chiave potrebbe qui rivelarsi particolarmente utile. *Medicus* richiama il verbo latino *mederi* che significa "prendersi cura" ma anche la parola greca *therapeia* ha tale significato: la radice *Dher* vuol dire portare, sostenere. Il terapeuta è dunque colui che sostiene. È quanto ci ricorda un grande psicoterapeuta, James Hillman, secondo il quale il medico che passeggia «lungo le sale bianche dell'ospedale, con graziose nozioni della sofferenza, della malattia e della morte», dovrebbe ritrovare la strada verso la visione più antica della sua vocazione, specie in quelle situazioni difficili della medicina moderna – superspecializzazioni, tariffe, amministrazione ospedaliera – che mostrano come l'aspetto umano sia caduto nell'ombra. È la stessa predilezione per la

patologia scientifica ad allontanarlo dalla comprensione della sofferenza in favore della spiegazione della malattia, rendendolo immemore della sua stessa vulnerabilità: «I medici sono notoriamente cattivi pazienti forse perché hanno perduto la capacità di essere feriti»

Oggi, dinanzi ai complessi problemi della medicina ospedaliera, è davvero prefigurabile una medicina umanistica in grado di tenere insieme capacità tecniche e carattere morale? Ma, soprattutto, la cultura medica è preparata a questo rinnovamento, insieme politico e culturale? I segnali non sono certo incoraggianti: basti pensare agli attuali test di accesso alle facoltà di Medicina, che privilegiano le competenze scientifiche e ignorano sistematicamente le questioni filosofiche ed etiche, di importanza fondamentale per la formazione umanistica del medico. Perché, allora, non cominciare proprio da qui, dando un segnale forte in direzione della confluenza dei diversi saperi dell'uomo e inaugurando così quel nuovo percorso per i dottori di domani che l'insegnamento di "umanità" si propone?

L'autrice è membro del Comitato Nazionale per la Bioetica



Autismo. Via libera al ddl a Montecitorio. Ma la Sanità pubblica è «logorata»

ALESSIA GUERRIERI

ROMA

Il ddl sull'autismo esce da Montecitorio a tempo di record. Appena due giorni di discussione per approvare a larghissima maggioranza - 296 sì, 6 no e 90 astenuti (Sel e M5s) - la legge che prevede per la prima volta una serie d'interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico (Dsa). Ora il testo passa al Senato, per il via libera definitivo, dopo che la Camera ha aggiunto due nuovi articoli: uno sull'aggiornamento triennale delle linee d'indirizzo dell'Istituto superiore di sanità e l'altro sui progetti di ricerca. C'è grande soddisfazione per «un'approvazione rapida» nelle parole della relatrice Paola Binetti (Ap), che considera il ddl «una bella risposta data alle famiglie», anche se non «è pienamente soddisfacente», visto che serve più ricerca sul Dsa. Se per il ministro della Salute il testo «può dare risposte a molte famiglie», dalla Lega - che comunque ha votato sì - e Sel continuano a lamentare l'assenza di fondi specifici. Un neo anche per il deputato Gian Luigi Gigli (Per l'Italia - Centro democratico), per cui il ddl «resta di fatto poco più di una dichiarazione di intenti», comunque apprezzabile. Nello stesso giorno in cui Montecitorio approva il ddl autismo, che lega i servizi all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, è proprio la commissione Sanità di Palazzo Madama a scattare la fotografia della sistema sanitario nazionale. Il contenimento dei costi più che a una maggiore efficienza - sottolinea la relazione - sta portando «effetti preoccupanti» sul funzionamento dei servizi e sulla cura dei cittadini. Dal 2010 così si assiste a un «lento logoramento» che non può più essere né «ignorato» né «sottovalutato». I senatori, in dieci punti, provano inoltre a indicare la via che il mondo della salute pubblica dovrebbe intraprendere per mantenere le sue caratteristiche di universalità ed equità. Punto primo: stop ai tagli. Inoltre, subito i nuovi Lea, riprogrammare le esigenze di personale per assicurare turni meno massacranti negli ospedali e nelle Asl. E, ancora, basta differenze regionali nelle cure, revisione della colpa medica e dei percorsi di formazione. Infine, innovazione e assistenza territoriale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Martedì 07 LUGLIO 2015

Sostenibilità Ssn. La relazione dell'Igiene e Sanità: "Sistema è in lento logoramento. E non è in grado di sopportare ulteriori tagli"

Presentata ufficialmente la [relazione della commissione del Senato](#). "Le politiche per la tutela della salute sono uno strumento fondamentale per la coesione sociale, un potente traino per l'economia e l'occupazione nonché un importante fattore di sviluppo di settori ad alta tecnologia e intensità di ricerca". E rendere tutto ciò sostenibile economicamente è la "nostra sfida" per salvaguardare il nostro Ssn. [IL TESTO](#)

"Le restrizioni imposte alla sanità pubblica hanno contribuito dal 2010 ad oggi a contenere in modo significativo la spesa sanitaria, ma stanno producendo effetti preoccupanti sul funzionamento dei servizi e sull'assistenza erogata ai cittadini". Oggi il Servizio sanitario nazionale sta subendo un "lento logoramento" che non può continuare ad essere ignorato e sottovalutato. Queste alcune frasi contenute nella relazione sullo stato e sulle prospettive del Servizio sanitario nazionale nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità, realizzata dalla Commissione igiene e sanità del Senato e presentata ufficialmente oggi.

Un lavoro ampio, quello della XII Commissione, in cui si prova a indicare la direzione che il Ssn dovrebbe seguire per non rinunciare alle sue caratteristiche di universalismo, solidarietà ed equità: Stop ai tagli alla sanità, subito i nuovi Livelli essenziali di assistenza, riprogrammare le esigenze di personale per assicurare turni meno massacranti negli ospedali. E, ancora, meno differenze regionali nelle cure, revisione della colpa medica e dei percorsi di formazione. E poi innovazione e assistenza territoriale.

"Siamo molto contenti perché quest'indagine è stata approvata all'unanimità. Un documento che vuole incidere sulle politiche del Governo per poter mettere al centro dell'attenzione il valore salute e del nostro sistema sanitario". È quanto ha affermato il presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato, **Emilia Grazia De Biasi**.

"L'innovazione e l'assistenza territoriale sono tra le principali sfide per il cambiamento che abbiamo di fronte e c'è l'esigenza di lavorare sul concetto di universalismo anche tenendo conto delle cronicità e delle comorbilità. Ma bisogna anche ricordare che il nostro Ssn costa poco e produce risultati per cui è necessario ridisegnarlo ma senza dimenticare le buone scelte fatte in passato".

"Sistema ha grande necessità di essere riformato perché sostenibilità è una grande sfida – ha detto il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo** -. Serve un welfare capace d'intercettare nuovi bisogni. La relazione si concentra proprio su questo tema. E questo è un lavoro complesso. Una battuta anche sulla recente manovra e sul 2016. "Il lavoro fatto da Regioni e Governo è innovativo che cerca di eliminare sacche. Non parlerei quindi di tagli. In ogni caso, più la spesa sarà efficace, chiara e appropriata e tanto più la battaglia che Regioni e Ministero della Salute potranno fare sul Fondo sanitario sarà facile. Le condizioni della finanza pubblica sono note. Per il 2016 è ancora presto per fare previsioni ma ci sono buone ragioni affinché la sanità non venga ancora una volta penalizzata".

"Ci sono grandi difficoltà che rischiano di mettere il sistema in condizione di non poter lavorare come fatto fino ad ora – ha precisato **Nerina Dirindin** (PD), relatrice del testo insieme al collega **Luigi D'Ambrosio Lettieri** -. Ma noi riteniamo che Ssn rappresenta una storia, un sistema di valori, scelte di

priorità che questo Paese si è dato e sul quale c'è ancora un grande consenso e non vogliamo che venga meno per il fatto che semplicemente la sanità viene utilizzata prima di ogni altro settore per contribuire al risanamento della finanza pubblica".

"In ogni caso – ha proseguito - crediamo che ci siano molte cose da fare prima di dire che il sistema è insostenibile. Noi riteniamo che sistema debba essere sostenibile. Non si può guardare solo agli aspetti di bilancio bisogna guardare alle priorità che il paese si dà per il benessere dei cittadini. E su questo principio non siamo disposti a cedere". "Il nostro Servizio Sanitario nazionale, considerato a livello internazionale tra i più efficienti, più equi e meno costosi - ha proseguito Dirindin - va difeso e rivitalizzato altrimenti rischiamo di perdere un bene prezioso che tutti ci invidiano. E' vero che molte sono le criticità, in particolare la questione del personale che non può essere sottoposto solo a vincoli economici, ma va riqualificato e rimotivato a partire, speriamo, già all'interno della prossima Legge di stabilità. Perché riconoscere l'importanza del ruolo svolto dagli operatori sanitari non significa soltanto rivalutare e riqualificare tutto il lavoro che viene svolto dal Sistema salute ma vuol dire garantire al meglio la difesa di quel diritto fondamentale alla tutela della salute che la nostra Costituzione riconosce a ogni cittadino".

"Ci preoccupano - ha aggiunto Dirindin - i sacrifici che si stanno prospettando per le Regioni, in particolare di quelle che devono affrontare i piani di rientro, dove non basta il pareggio di bilancio ma senza una reale riqualificazione dei servizi e una attenta valutazione della relazione tra disavanzi e legalità".

"Il Ssn si trova in una condizione di lento logoramento – ha sottolineato l'altro relatore **Luigi D'Ambrosio Lettieri** (CRI) -. Siamo convinti però che il nostro sistema sia un fiore all'occhiello del nostro paese e della nostra democrazia. In questo senso il tema delle risorse non deve essere però predominante".

"Dal punto di vista strettamente economico", rileva il senatore, "il dibattito sulla sostenibilità del Ssn è affrontato normalmente con riguardo alla compatibilità della dinamica della spesa sanitaria pubblica rispetto agli obiettivi di finanza pubblica, definiti anche a livello europeo, sicuramente rilevanti in una fase caratterizzata da impegnativi obiettivi di risanamento, ma limitativi rispetto alle esigenze di conoscenza e valutazione delle dinamiche in atto e delle conseguenti decisioni di politica di tutela della salute da adottare. Il sistema non può infatti rischiare di essere reso sostenibile dal punto di vista delle finanze pubbliche a prescindere da ogni considerazione circa i possibili effetti sui bilanci delle famiglie (per le spese sopportate direttamente dai cittadini), sulle persone a rischio di povertà (per i costi delle cure, elevati e imprevedibili), sulle condizioni di salute della popolazione (per il mancato o ritardato accesso a servizi sanitari tempestivi ed efficaci)".

"Ferma restando, dunque, l'importanza dell'aspetto legato alla finanza pubblica", spiega d'Ambrosio Lettieri, "è evidente la necessità di integrare la visione con ulteriori e diversi punti di vista (economico in senso ampio, ma anche socio-culturale, ambientale, intergenerazionale, politico) in modo da rendere meno parziale il giudizio sulla sostenibilità complessiva del sistema sanitario: i servizi non possono essere modellati solo sulla disponibilità di risorse".

"La crisi strutturale è dovuta, tra l'altro, alle grandi disuguaglianze nelle cure, perché in Italia ci sono ben 7 regioni al di sotto dell'inadempimento dei Lea, cosa che determina il drammatico fenomeno della mobilità passiva extra regionale, continua, "il 10% dei cittadini italiani rinuncia a curarsi soprattutto per problemi economici, ma anche per tempi di attesa e difficoltà di accesso alle terapie. Il 75% delle famiglie si rivolge al privato soprattutto per porre rimedio alle mancanze del sistema pubblico. La famiglia, che negli anni '70, rappresentava una rete efficiente di protezione sociale, oggi è un nucleo indebolito da politiche sbagliate e attacchi continui. La spesa sanitaria è stimata, nei prossimi 30 anni, per oltre 180mld di euro. Se a questo si aggiungono le dinamiche demografiche e l'aumento delle aspettative di vita, con il 78% delle risorse economiche nella sanità che viene speso negli ultimi 5 anni di vita, si comprende ancora di più che il problema della qualità della spesa è fondamentale. L'investimento che si fa per le cronicità, l'assistenza agli anziani, la disabilità, la prevenzione è insufficiente".

"Dalla nostra indagine è emersa, inoltre, una patologia tutta italiana: dei circa 30mld di euro di spesa nell'ambito sanitario l'80% è inintermediata. È, dunque, anche e soprattutto un problema di governance. E le Regioni hanno una responsabilità non trascurabile. Alcune, molto più di altre, come la Puglia che in dieci anni di governo stabile non ha saputo costruire un modello di riorganizzazione del sistema adeguato alle esigenze territoriali". Resta un problema anche la medicina difensiva "che compromette pesantemente il rapporto fiduciario tra medico e paziente". Insomma "nessuno pensi che governare la sanità sia una cosa semplice", conclude d'Ambrosio Lettieri. "Oggi governare la sanità significa governare le complessità contemperando la garanzia dei principi di efficienza, efficacia e appropriatezza con la salvaguardia dei principi di universalità, equità e solidarietà. Si pone, quindi, la necessità inderogabile di governare la qualità della spesa e di lavorare in sinergia. A questo proposito devo registrare la buona pagina che si è scritta con questo lavoro che si è avvalso di numerose audizioni e con l'attenzione del Governo - rappresentato oggi dal sottosegretario alla Salute- che, mi auguro, possa essere il preludio di una nuova stagione che recuperi alle sue funzioni democratiche il Parlamento e ne cancelli la cronaca marginalizzazione dai processi decisionali attuata sinora dal presidente Renzi".

"Il sistema sanitario nazionale italiano, come ha ben sottolineato, tra gli altri, il sottosegretario Vito de Filippo nonostante tutto, è tra i migliori al mondo. Assicurare le cure a chi ne ha bisogno è un diritto riconosciuto ai cittadini che rappresenta un principio cardine del nostro ordinamento, l'universalità del servizio è l'elemento centrale, ed anche il più importante, del Ssn. Spendiamo meno rispetto ad altri Stati e dobbiamo sempre tenere a mente l'importanza e il valore assoluto del servizio, che si potrà sostenere finché c'è la volontà di farlo". Così ha commentato la senatrice del Pd, **Venera Padua**.

L.F.

<http://salute24.ilssole24ore.com/>

Sostenibilità del Ssn: un problema culturale e non soltanto finanziario. Presentata l'indagine al Senato. De Biasi: Governo ci ascolti

di L.Va.

 [L'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn](#)



Questa mattina al Senato è stata presentata alla stampa l'indagine conoscitiva sullo stato di sostenibilità del Sistema sanitario approvata all'unanimità dal Senato in commissione Igiene e Sanità. «Questo documento vuole incidere concretamente sulle politiche del Governo». Lo ha detto il presidente della Commissione **Emilia Grazia De Biasi** (Pd), presentando oggi al Senato l'Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Nel documento illustrato ai giornalisti, i parlamentari hanno messo in luce i motivi di quella che hanno definito «crisi strutturale» e «logoramento» del sistema: eccessivi tagli alla spesa, mancato ricambio di personale, disuniformità nelle cure, eccesso di medicina difensiva, strutture sanitarie vecchie e insicure.

«Ci auguriamo ci sia un approfondimento su alcuni punti da noi evidenziati», ha proseguito a margine la senatrice. «Ad esempio la difformità di modelli regionali nella sanità - per cui ogni Regione è uno stato a se stante - è un problema che il Governo dovrà porsi». «Non parlerei di logoramento», ha commentato il sottosegretario alla Salute Vito de Filippo in merito al documento redatto dalla XII Commissione parlamentare, «ma di sistema che ha bisogno di essere riformato e rinnovato, perché la sostenibilità di questo sistema è una grande sfida, soprattutto in un paese invecchia e pretende un sistema di welfare in grado di intercettare i nuovi bisogni di salute». Quanto al finanziamento della Sanità per gli anni a venire, ha commentato a margine, «più la spesa sarà chiara ed efficace, tanto più la battaglia che Ministero della Salute e Regioni potranno fare sul fondo sanitario sarà chiara».

Dirindin: «Un problema culturale e non solo finanziario»

Il nostro Servizio sanitario in «lento logoramento» oggetto negli ultimi anni di «numerose interventi di contenimento ed efficientamento della spesa» senza però riuscire a porre «la giusta attenzione all'esigenza di rinnovamento che i nuovi bisogni di salute dei cittadini e le trasformazioni della medicina richiedono». Ma «Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia». Con questa conclusione e nella consapevolezza dell'importanza di guardare ai problemi del nostro sistema sanitario superando la logica del calcolatore, la senatrice **Nerina Dirindin** ha sottolineato l'importanza di rimettere al centro della politica i temi chiave della sanità.

La sostenibilità del sistema sanitario «è prima di tutto un problema culturale e politico», hanno spiegato i relatori Dirindin e Luigi D'Ambrosio Lettieri, che hanno passato in rassegna i principali temi affrontati dal giugno 2013, quando

l'indagine fu autorizzata.

[LEGGI IL COMMENTO DI NERINA DIRINDIN](#)

Il viceministro De Filippo ha poi evidenziato l'esigenza di rinnovare la collaborazione virtuosa tra Governo e Parlamento sull'allocazione delle risorse regionali, innovando proprio il tema della quantità e qualità delle risorse da allocare, per disegnare una nuova cultura della sostenibilità. Poiché ancora è forte «la differenza tra le regioni rischia di perpetuare le differenze di accesso alla salute», ha sottolineato De Filippo.

Le conclusioni della Commissione

1. Il finanziamento del Ssn: le restrizioni imposte alla sanità pubblica, in particolare nelle regioni sotto Piano di Rientro, hanno contribuito, dal 2010 ad oggi, a contenere in modo significativo la spesa sanitaria, ma stanno producendo effetti preoccupanti sul funzionamento dei servizi e sull'assistenza erogata ai cittadini. La Commissione ritiene che, nei prossimi anni, il sistema non sia in grado di supportare ulteriori restrizioni finanziarie, pena un ulteriore peggioramento della risposta ai bisogni di salute dei cittadini e un deterioramento delle condizioni di lavoro degli operatori. Eventuali margini di miglioramento, sempre possibili, possono essere perseguiti solo attraverso una attenta selezione degli interventi di riqualificazione dell'assistenza, soprattutto in termini di appropriatezza clinica e organizzativa, evitando azioni finalizzate al mero contenimento della spesa, nella consapevolezza che i risparmi conseguibili devono essere destinati allo sviluppo di quei servizi ad oggi ancora fortemente carenti, in particolare nell'assistenza territoriale anche in relazione all'aumento delle patologie cronico-degenerative;
2. la sostenibilità della spesa privata: la sostenibilità della spesa sanitaria pubblica non può essere approfondita senza affrontare in modo esplicito il suo aspetto speculare, la sostenibilità della spesa privata per la salute, di dimensioni rilevanti, in particolare in alcune settori di assistenza e per molte famiglie già pesantemente colpite dalla crisi economica. Particolare attenzione deve essere riservata alla spesa per le varie forme di protezione integrativa, analizzandone i costi e i benefici (per il singolo cittadino, per la collettività e per le finanze pubbliche), il ruolo nella tutela della salute nonché l'adeguatezza della relativa disciplina a tutela del consumatore di prestazioni sanitarie;
3. un piano straordinario di investimenti: la carenza di risorse per gli investimenti costituisce un elemento di grande debolezza per il Servizio sanitario nazionale: il degrado di molte strutture sanitarie, il mancato rispetto delle norme di sicurezza e l'obsolescenza di alcune dotazioni tecnologiche mettono a rischio la qualità dei servizi oltre che la credibilità delle istituzioni. Un Piano straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, accuratamente disegnato in modo da evitare i passati insuccessi di alcune regioni, potrebbe costituire un volano per l'occupazione e la crescita, oltre che una occasione per ammodernare il patrimonio del Ssn, soprattutto nelle regioni più fragili. Un aggiornamento dello stato di obsolescenza delle strutture sanitarie pubbliche e della sicurezza delle stesse (per gli operatori e per i pazienti) appare fondamentale in vista di una nuova programmazione degli interventi. La Commissione propone inoltre l'inserimento delle infrastrutture sanitarie fra gli investimenti finanziabili attraverso i finanziamenti europei, a partire dai fondi strategici del piano Juncker;
4. la ridefinizione e il monitoraggio dei Lea: Il complesso sistema di governance del Ssn, che non ha eguali in tutta la Pubblica Amministrazione e che ha anticipato le azioni di revisione della spesa oggi avviate in molti altri settori, ha consentito di ridurre i disavanzi e contrastare i maggiori fattori di inefficienza, ma non ha prodotto altrettanti risultati sul fronte della completezza dell'offerta, dell'accessibilità delle cure e dell'equità del sistema. La Commissione ritiene che non sia più rinviabile una revisione dei LEA, in funzione dei reali bisogni di salute dei pazienti (dati i mutamenti socio-demografici ed epidemiologici di questi ultimi decenni) e secondo i principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche, secondo le logiche di Health Technology Assessment, nonché una robusta revisione degli strumenti di verifica del rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in tutte le regioni e in particolare in quelle in Piano di Rientro, innovando nei metodi e nei contenuti, anche in relazione alle nuove evidenze oggi disponibili;
5. una governance per l'uniformità: nella tutela della salute le disuguaglianze fra regioni e all'interno di una stessa regione sono sempre più inaccettabili, soprattutto in un periodo di grave crisi economica; esse sono inoltre almeno in parte evitabili attraverso l'adozione di specifici programmi di intervento a livello locale, regionale e nazionale. L'obiettivo di una

diffusa sanità di buon livello, in cui le eccellenze non si contrappongono alle manchevolezze ma spiccano su una generale buona qualità a disposizione di tutta la popolazione, deve essere considerato una delle priorità per i prossimi anni. La Commissione ritiene opportuno uno specifico sforzo volto a promuovere un sistema organico di strumenti di governance per l'uniformità degli standard dell'offerta sanitaria all'interno del Paese nei diversi aspetti dell'accesso, della completezza e della qualità dell'offerta, degli oneri a carico dei cittadini, degli esiti in termini di salute. A questo riguardo particolare attenzione va riservata agli effetti della povertà sulla salute e sui bisogni di assistenza;

6. le risorse umane: i molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona. Un altro aspetto rilevante riguarda il rischio di carenza di professionalità mediche, con conseguenti gravi rischi anche per l'offerta sanitaria: le piramidi per età dei medici del SSN mettono in evidenza che l'età media è salita dal 2001 al 2007 di circa 3 anni, da 47 a 50 anni. Preoccupa l'uso intensivo della forza lavoro, con turni sempre più massacranti, largo impiego di precariato, penalizzazioni economiche e di carriera, fenomeni rilevati anche dall'Europa e dalla Corte di Giustizia europea. La Commissione ritiene urgente la definizione di un piano di programmazione per le risorse umane, che preveda una accurata revisione dei vincoli vigenti introducendo elementi di flessibilità, favorendo l'inserimento di nuove leve di operatori, rimodulando il turn-over, ipotizzando forme di staffetta intergenerazionale, superando il blocco dei contratti (anche solo nella parte normativa). Altri aspetti urgenti riguardano inoltre la razionalizzazione dei percorsi formativi, la riforma degli ordini professionali e il tema del rischio clinico;

7. la formazione: la Commissione ritiene opportuno aprire una fase di verifica e revisione dei percorsi formativi, per l'accesso alle diverse professioni e per l'aggiornamento degli operatori della sanità, guardando ai contenuti, ai soggetti e ai luoghi della formazione, con l'obiettivo di utilizzare al meglio le risorse disponibili (sempre più limitate) e di innalzare la qualità della formazione, in un'ottica di programmazione di medio-lungo periodo del fabbisogno di personale per il sistema di tutela della salute della popolazione. A tal fine è necessario una maggiore compenetrazione, come ha sentenziato la Corte Costituzionale, tra la missione dell'Università (incentrata prioritariamente, ma non esclusivamente, su formazione e ricerca) e quella del sistema sanitario nazionale (prioritariamente rivolta alla cura e all'assistenza, ma sempre più attenta anche alla ricerca e alla formazione).

8. migliorare la regolamentazione della responsabilità del medico e ridurre i costi della medicina difensiva. La medicina difensiva, cioè la tendenza dei medici a prescrivere più esami, visite e farmaci del necessario per scongiurare eventuali procedimenti giudiziari e richieste di risarcimento da parte dei pazienti, costituisce un tema sempre più alla ribalta negli ultimi anni anche per l'aumento dei costi della stessa. Vi è poi nel nostro Paese la necessità di migliorare la regolamentazione della gestione del rischio clinico sia per tutelare i professionisti nella realizzazione dell'atto medico (anche tenuto conto delle sollecitazioni della Comunità europea) sia per garantire ai pazienti che spesso devono attendere fino a 4-5 anni per il risarcimento del danno.

È indispensabile rivedere la regolamentazione della responsabilità sanitaria, per tutelare da un lato il medico nella realizzazione dell'atto clinico (di per sé rischioso) e dall'altro il paziente nel diritto ad una informazione completa e chiara e al risarcimento del danno in tempi brevi;

9. l'informatizzazione e la digitalizzazione della sanità: l'informatizzazione dei sistemi sanitari e le nuove tecnologie digitali contribuiscono ad aumentare l'efficienza e l'efficacia del sistema e favoriscono la personalizzazione delle cure. Soluzioni tecnologiche nell'ambito dell'eprescription, ebooking, mobilità, FSE e cloud possono consentire inoltre una maggiore accessibilità e un migliore monitoraggio dei pazienti (anche a distanza) nonché una maggiore integrazione tra gli operatori che possono valutare con maggiore appropriatezza gli interventi di cura lungo tutto il percorso di cura del paziente. In questa logica assume rilevanza anche il dossier farmaceutico che, essendo parte integrante dell'FSE, può consentire il governo della spesa agevolando l'attuazione della pharmaceutical care. Il Patto sulla sanità digitale in fase di elaborazione e previsto nel Patto per la salute 2014-2016, può essere certamente un documento importante di indirizzo strategico per i sistemi sanitari regionali ma occorre mantenere una regia a livello centrale che possa garantire una progettazione unitaria su standard condivisi, una valutazione attraverso indicatori di processo e di risultato nonché il monitoraggio e il supporto all'implementazione;

10. legalità e trasparenza: nonostante la crescente attenzione, il sistema sanitario deve ancora dotarsi, sul piano culturale ed etico - oltre che tecnico-amministrativo, di un insieme organico di strumenti volti a promuovere l'integrità del settore, per sua natura particolarmente esposto al rischio di contaminazioni da fenomeni di abuso di potere, frodi, corruzione. Formazione culturale e informazione devono divenire prassi diffuse a tutti i livelli, compreso quello politico-decisionale. Non si tratta solo di combattere la corruzione: si tratta di lavorare per l'integrità in tutte le sue forme, dal mancato rispetto dei diritti dei cittadini (la prima forma di illegalità) alla sicurezza dei luoghi di cura, dai conflitti di interesse ai contratti di fornitura, dal caos amministrativo al rispetto dei contratti di lavoro. La valutazione delle performance delle aziende sanitarie non può prescindere dal monitoraggio di elementi propri della trasparenza e della legalità. Particolare attenzione dovrà essere dedicata, e non solo nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro, alle connessioni fra disavanzi di bilancio, disordine amministrativo, qualità degli apparati tecnici, corruzione politica e condizionamenti della criminalità organizzata; a tal fine si ritiene debbano essere individuati specifici strumenti per il "rientro nella legalità" con riferimento alle aziende sanitarie interessate da commissariamento o gravi fenomeni di corruzione.