



Le occasioni mancate della «medicina difensiva»

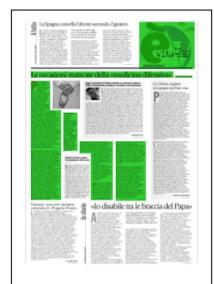
di Francesca Lozito

*Diagnostica
eccessiva,
farmaci
non necessari,
terapie evitabili:
vi ricorre oltre
la metà dei
medici italiani
È il segno
di un dialogo e
di un rapporto
fiduciario col
paziente che
vengono meno
E che vanno
ricostruiti*

Prescrivono più esami del dovuto. Fanno inutili visite specialistiche. Ordinano anche farmaci non necessari. E inviano al pronto soccorso malati che non dovrebbero andarci. Lo fanno per non essere denunciati. I dati diffusi dall'Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) parlano chiaro: più della metà dei medici italiani praticano la cosiddetta «medicina difensiva». Si tratta di una indagine

condotta da aprile a giugno del 2014 in quattro regioni (Lombardia, Marche, Umbria e Sicilia). Pesanti i costi: tra i 9 e i 10 miliardi l'anno. L'incidenza è del 10,5 per cento della spesa sanitaria nazionale totale annua. Ma perché la medicina difensiva è così diffusa? Prima di tutto per una legislazione ritenuta sfavorevole (31%), per il timore di essere citati in giudizio (28%) e, infine, per le eccessive richieste, pressioni e aspettative di pazienti e familiari (14%). Il 41% degli interpellati dichiara che questa pratica finisce per condizionare le decisioni cliniche e per essere dannosa nei confronti dei pazienti (42%). Ma quale può essere la vita di uscita? Una maggiore aderenza alle evidenze scientifiche (49%) e la revisione delle norme che disciplinano la responsabilità professionale (47%).

Si è insediata per questo da poco la Commissione consultiva ministeriale su «Medicina difensiva e responsabilità professionale». Ne fanno parte medici, giuristi e magistrati, tecnici dei Ministeri della Salute e della Giustizia. Vi siedono ortopedici, chirurghi, otorinolaringoiatri, ma non ginecologi. Hanno per questo preso posizione Paolo Scollo (presidente nazionale della Società italiana di ginecologia e ostetricia, Sigo), Vito Trojano (presidente degli Ostetrici ginecologi italiani, Aogoi) e Nicola Colacurci (a capo dei Ginecologi universitari, Agui): «La nostra - dicono - è una delle categorie più esposte al rischio di cause legali da parte dei pazienti. Da molti anni denunciavamo questo clima da caccia alle streghe che sta rendendo sempre più difficile il nostro



lavoro e rischia di minare il rapporto medico-paziente». Sul modo in cui contenere il fenomeno della medicina difensiva la categoria medica ha risposte diverse. Punta tutto sull'attinenza ai protocolli Claudio Cricelli, presidente della Simg (Società italiana di medicina generale e delle cure primarie): «Abbiamo degli strumenti per valutare l'inappropriatezza. Sono meccanismi per tenere sotto controllo risorse e obiettivi». Di recente la Val d'Aosta ha adottato in via sperimentale un sistema di *governance* per i camici bianchi di medicina di famiglia. Cosa vuol dire? «Che non si va a vedere solo il mero costo delle risorse ma i risultati ottenuti attraverso le scelte. È appropriato tutto ciò che produce i risultati attesi e programmati e che può essere adeguatamente misurato». L'inappropriatezza per Cricelli si combatte «con la condivisione di corretti strumenti professionali e di una buona organizzazione sanitaria». E «se il medico si attiene alle evidenze scientifiche non è censurabile».

Nicola Ferrara, ordinario di Geriatria alla Federico II di Napoli e presidente della Sigg (Società italiana di gerontologia e geriatria),

fa presente che oggi anche gli infermieri cominciano a essere coinvolti nelle cause «e anche i giovani medici iniziano ad allarmarsi, al

punto che professioni una volta ambite come la chirurgia oggi vengono abbandonate». A parere di Ferrara seguire il protocollo non basta per non cadere nella tentazione di prescrivere un esame diagnostico in più allo scopo di tutelarsi: «Bisogna ripristinare il rapporto di fiducia tra medico e paziente – afferma –. Parlare per cinque minuti in più con il malato o i familiari ti tutela ben più del seguire le linee guida». E deve essere chiaro che «la vera vittima di questa situazione è il paziente».

Filippo Bressan è il responsabile del Gruppo di studio sul rischio clinico e la sicurezza della Siaarti, la Società medica che raccoglie gli intensivisti: «La terapia intensiva è un ambiente estremamente particolare e non ci sono molti spazi per la medicina difensiva quando bisogna prendere delle decisioni di fronte a vite a rischio – spiega –. Tuttavia, può accadere che vengano ricoverati qui malati che non avrebbero necessità di esserlo ma che vengono ammessi per paura di denunce», esponendo i malati al rischio di infezioni. Gli intensivisti subiscono la medicina difensiva dai colleghi degli altri reparti. La risposta? Anche in questo caso è «l'appropriatezza delle scelte».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dir. Resp.: Ezio Mauro

LA STORIA

Spagna-Italia
il figlio
in provetta
arriva per posta

VERA SCHIAVAZZI

OSTACOLATA da norme incomprensibili e in attesa di nuovi regolamenti sui donatori, la fecondazione eterologa

italiana non è più vietata e può quindi essere fatta anche in Italia. Come? Attraverso la posta. Basta rivolgersi ai centri stranieri.

A PAGINA 21

La storia

L'eterologa per posta "L'embrione spedito dalla Spagna all'Italia"

Primo caso a Torino: seme inviato a Barcellona, poi il ritorno
Il metodo usato per aggirare la mancanza di ovociti

Ai genitori è risparmiato il viaggio all'estero ma la vicenda è il risultato delle contraddizioni della legge

VERA SCHIAVAZZI

TORINO. Ostacolata da norme incomprensibili e in attesa di nuovi regolamenti sui donatori, la fecondazione eterologa italiana non è più vietata e può quindi essere fatta anche in Italia. Come? Attraverso la posta. Basta rivolgersi ai centri stranieri, in questo momento soprattutto quelli spagnoli, e farsi mandare col corriere quel che serve, debitamente congelato. E la prima gravidanza realizzata con un embrione arrivato dalla Spagna è da poco iniziata: gli aspiranti genitori sono una coppia di pazienti del centro privato torinese Livet.

La particolarità, in questo caso, è che la fecondazione eterologa doveva supplire a un problema di fertilità della donna. Il seme del marito è stato quindi spedito a Barcellona, ed è servito a realizzare un embrione insieme all'ovocita di una donatrice. L'embrione è stato rispedito in Italia e reimpiantato nella paziente, dando luogo a una gravidanza. È un'ottima notizia per i ginecologi e per tutti quelli che sperano nei figli che solo l'eterologa può dare, specie alle donne sterili. E tuttavia non viene commentata da chi ha condotto le operazioni mediche in Italia, perché nella maggior parte dei centri privati per la fecondazione assistita la convinzione è ancora quella di trovarsi in un paese ostile, dove le gravidanze realizzate con i gameti altrui

sono viste negativamente e dove molti centri sono stati chiusi o multati per le minime irregolarità dopo aver pubblicizzato i propri risultati in questo campo. Il vantaggio per i genitori è evidente, rispetto alle migliaia di coppie che negli anni scorsi sono state costrette al turismo per ottenere pratiche vietate in Italia. Niente viaggi né soggiorni in albergo, nessun permesso, o permessi molto inferiori, da chiedere al datore di lavoro. Più complicati gli aspetti legali, che pure al centro torinese sono stati valutati con estrema prudenza, come anche quelli strettamente medici che indicano risultati migliori nel trasferimento di un embrione congelato rispetto a quelli ottenuti decongelando il semplice ovocita. Ma la vicenda mette in luce le contraddizioni della legge italiana, che a differenza di un tempo non consente più neppure la donazione del seme maschile a una banca in cambio di denaro.

In teoria, solo il dono anonimo è previsto, anche se in pratica basta andare su Internet per scoprire che è possibile procurarsi i gameti maschili a partire da 149 euro e farseli spedire congelati a casa propria. A quel punto, nessuno vieta alla coppia di andare in un centro privato, che non ha acquistato direttamen-

te nulla e può quindi procedere alla fecondazione.

Il Consiglio superiore di sanità sta mettendo a confronto il proprio regolamento sui gameti donati con le norme europee, e lo licenzierà nel prossimo autunno. Ma sul punto della gratuità la ministra Lorenzin è stata inflessibile, e si prevede che continuerà ad esserlo. L'eterologa dunque diventa complicata quando ciò che serve è un ovocita o un embrione, che certo non può essere spedito a una singola coppia.

Ora però molti centri italiani ricorrono ai corrieri, e a transazioni con i centri esteri combinate in modo da non infrangere la legge. È un piccolo passo avanti rispetto ai viaggi, spesso più di uno, per ottenere l'eterologa all'estero. Ma è un passo avanti costoso, dai 5.000 euro in su, che non tutte le coppie possono affrontare. E forse non è un caso che anche la pubblicità online dei kit per l'autoinseminazione continui a crescere. In Italia, del resto, la fecondazione eterologa può avvenire solo nelle coppie eterosessuali, mentre alle donne non resta che una donazione "fai da te", e agli uomini l'utero in affitto, rigorosamente oltre confine.

ORIPRODUZIONE RISERVATA





La legge italiana

L'eterologa non è più vietata, ma è resa difficile dall'impossibilità di pagare i donatori e dall'anonimato che impedisce anche l'offerta benevola tra sorelle o tra amiche quando manca l'ovocita. I medici italiani sperano in un cambiamento

Le banche on line

In Italia è vietato (a differenza che in passato) vendere lo sperma a una banca. Chi ne ha bisogno può procurarselo attraverso una delle banche internazionali, con un pagamento online che parte da 149 euro e consente numerose scelte

Gli ovociti

All'estero, anche gli ovociti possono essere ceduti dietro compenso. Ma non è possibile ordinarli privatamente. Alcuni centri privati italiani preferiscono partire dall'uovo, ora però si è giunti alla gravidanza su un embrione spedito per posta

I numeri

43 anni

Le Regioni hanno deciso di **applicare solo il ticket alle donne sotto questa età**



70%

La percentuale delle donne **con più di 43 anni** che affrontano l'eterologa



80%

Le coppie che hanno bisogno di **donatrici di ovociti**



8000

La stima delle **coppie che andavano ogni anno all'estero** per l'eterologa



8-10000 euro

Il **costo dell'eterologa** in certi Paesi, come la Spagna



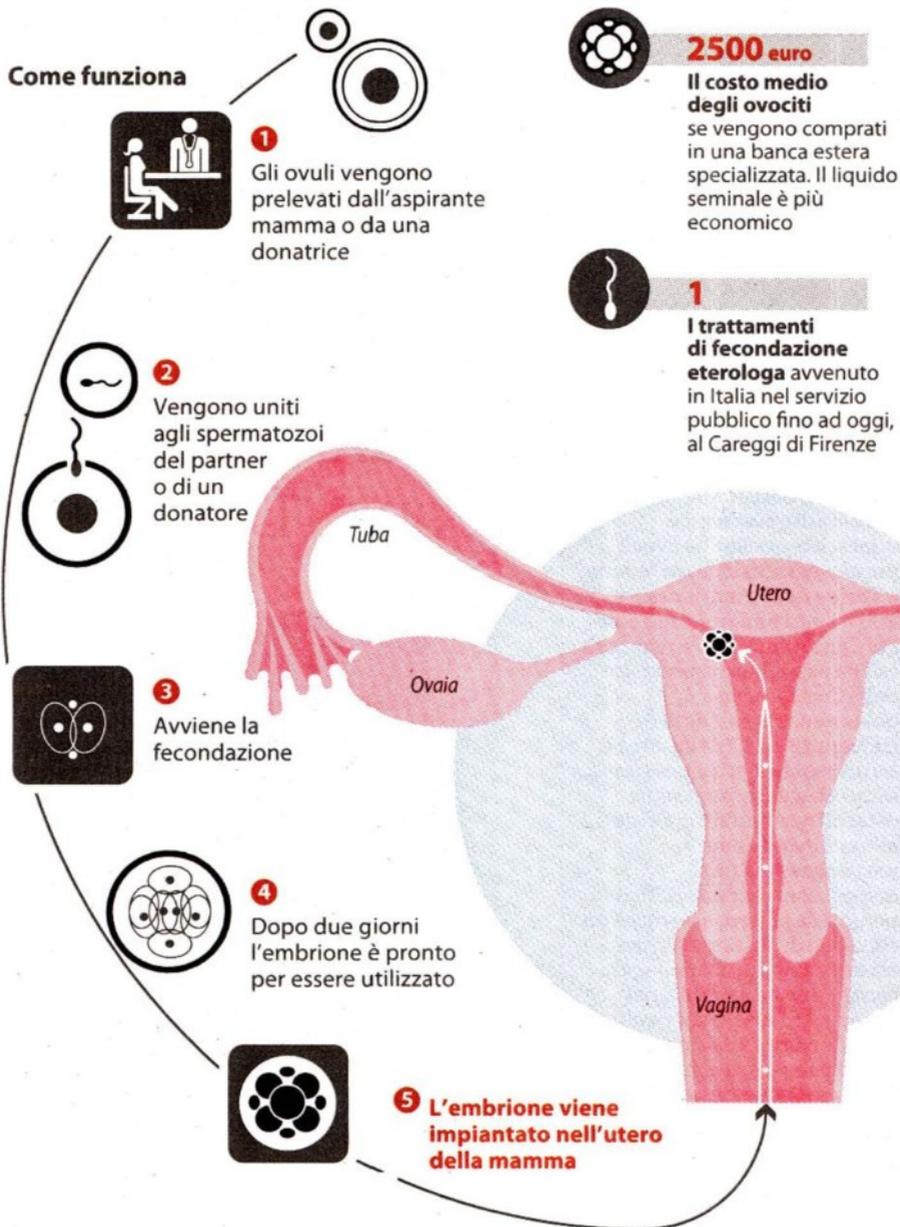
500 euro

Il **costo medio del ticket**, che varia a seconda delle Regioni e della complessità della prestazione



3500 euro

Il **costo della prestazione più diffusa** per le Regioni



L'INTERVISTA

“Ma da noi gli ostacoli resteranno finché la donazione sarà gratuita”

«**P**URTROPPO non vediamo né donatori né donatrici bussare ogni giorno alle soglie dell'ospedale. E, di fatto, la fecondazione eterologa non può venire praticata negli ospedali pubblici». Alberto Revelli, responsabile della Procreazione assistita al Sant'Anna di Torino, critica le linee guida appena depositate dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

Qual è la mancanza principale?

«L'impossibilità di consentire un compenso per i donatori. Che può anche non essere denaro, ma, per esempio, un check up medico o esami gratuiti a chi dona. Evidentemente, per le donne questo è ancora più necessario, in quanto per donare un ovulo occorre sottoporsi a una stimolazione ormonale e poi farcelo prelevare con un micro intervento»

È consentito comunque donare a una sorella o a un'amica?

«No, perché la legge italiana prevede l'anonimato del donatore. Le linee guida non contengono le indicazioni per i donatori di gameti, che arriveranno dal Consiglio superiore di Sanità. Ma se le cose non cambiano, soprattutto in relazione al compenso, non sarà davvero possibile fare l'eterologa in Italia, benché non sia più un reato.»

Quali metodi possono adottare i centri privati?

«Dipende dalle scelte di ciascuno. In generale, qualunque coppia può acquistare online da almeno una decina di banche qualificate il seme maschile necessario e, con quello, recarsi in un centro, il quale non è responsabile del compenso. Anche gli ovociti sono acquistabili, ma non con un semplice scambio in rete. Chi sceglie questo metodo può affermare che non sta pagando al centro estero l'ovocita in quanto tale, ma semmai ricompensando i vari servizi aggiuntivi, come l'intervento realizzato per prelevare, il congelamento e il corriere. Le uova congelate, tuttavia, non danno grandi risultati.»

(v. sch.)

“**Serve un compenso per le donne che devono fare prima la stimolazione ormonale e poi un intervento**”

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanita.it

Mercoledì 22 LUGLIO 2015

In Europa culle sempre più vuote. Nel 2013 solo 5,1 mln di neonati. Il 30% in meno rispetto a 50 anni fa. E l'Italia è in fondo alla classifica

In media 1,55 bambini per ogni donna europea in età fertile. Il primo bambino dopo i 30 anni. Irlanda e Francia al top con 2 bambini in media per donna. L'Italia con 1,39 di media è nelle zone basse della classifica. E in questo senso Eurostat ricorda che “un tasso di fertilità totale di circa 2,1 nati vivi per donna è considerato il numero medio di nascite necessario per mantenere la dimensione della popolazione costante senza migrazioni”. [IL REPORT EUROSTAT](#)

Nell'Unione europea si fanno sempre meno figli e sempre più tardi. Nel 2013 in Europa sono nati 5,1 milioni di bambini. Il 34% in meno rispetto al 1964 quando sono nati 7,7 mln di bambini. È quanto rileva l'Eurostat nel suo report sulla natalità in Europa in cui ha anche analizzato il tasso di fecondità, ovvero il numero medio di figli per donna in età fertile.

“Dal 1960 fino all'inizio del 21 ° secolo – rileva il report - il numero di nati vivi nell'UE-28 è sceso da 7,5 milioni a un minimo di 5 milioni nel 2002. C'è stata poi un rimbalzo modesto nel numero di nati vivi, con un massimo di 5,5 milioni di bambini nel 2008, ma sua volta esso è stato seguito da ulteriori riduzioni annuali durante il periodo 2009-12”.

In sostanza i numeri evidenziano come “negli ultimi decenni gli europei stanno avendo meno figli. Il principale indicatore di fertilità è il tasso di fecondità totale: questo è il numero medio di figli nati vivi di una donna in età fertile. Un tasso di fertilità totale di circa 2,1 nati vivi per donna è considerato il livello di sostituzione nei paesi industrializzati: in altre parole, il numero medio di nascite per donna necessario per mantenere la dimensione della popolazione costante in assenza di migrazioni verso l'interno o verso l'esterno. Un tasso di fecondità totale al di sotto di 1,3 nati vivi per donna è descritta come un livello ‘molto basso’”.

In media nel 2013 ci sono registrati 1,55 di nati vivi per donna. Irlanda e la Francia hanno riportato tassi di fertilità più alti con numeri lievemente al di sotto di 2,00 nascite per donna. Al contrario, i tassi di fertilità più bassi nel 2013 sono stati registrati in Polonia (1,29), la Spagna (1,27 nascite per donna) e Portogallo (1,21 nascite per donna). L'Italia ha fatto registrare un tasso di 1,39 che ci colloca nelle zone basse della graduatoria.

Un altro motivo che spiega in parte la tendenza al ribasso dei tassi di fertilità negli Stati membri dell'Unione europea è la decisione di molti genitori di ritardare l'allargamento della famiglia. L'età media delle donne al parto è cresciuta tra il 2001 e il 2013, passando dai 29 anni a 30,3 anni.



«Con le madri surrogate l'India spegne la famiglia»

di Giulia Mazza

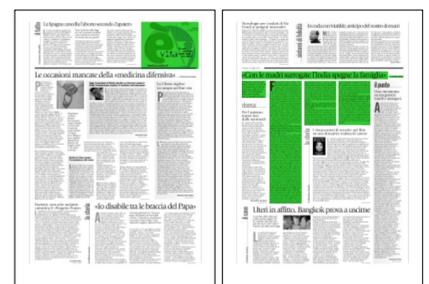
Il Paese fa i conti con gli effetti culturali e sociali che sta producendo il mercato senza freni degli uteri in affitto. Per il presidente della sanità cattolica così «si mercifica la vita»

Figli in provetta, uteri in affitto, ricerca del bambino perfetto. L'India è una delle mete predilette del "turismo procreativo", scelta da coppie straniere eterosessuali e omosessuali per avere un figlio. Anche tra gli indiani della classe media e ben istruiti si stanno diffondendo questi "mezzi alternativi", molto spesso più per non mettere a rischio la carriera che per reali problemi di sterilità. Nel mezzo ci sono i bambini frutto di queste tecniche, e le donne usate per la surrogazione di maternità: entrambi vittime silenziose, ridotte alla stregua di oggetti e complici involontarie della disgregazione di quel sistema-famiglia che in India è sempre stato pilastro insostituibile su cui poggia la società. *Avvenire* ha intervistato padre Tomi Thomas, medico e direttore generale della Catholic Health Association of India (Chai), l'associazione sanitaria cattolica del Paese. La Chai conta oltre 3.500 istituti, inclusi 2.306 ambulatori e 622 ospedali. Oltre 1.000 dottoresse, 25mila infermiere, 10mila paramediche e 5mila volontarie lavorano in queste strutture sanitarie.

I sostenitori dell'utero in affitto difendono questa pratica parlandone come di un atto di libera scelta da parte della donna, e di un gesto altruistico nei confronti di chi non

può avere figli. È così?

Qualsiasi argomento si porti a difesa della surrogazione di maternità, si tratta di una pratica non etica che interferisce con il naturale processo per mettere al mondo un bambino, per di più con l'intenzione di abbandonarlo. Questo processo è destinato ad avere un impatto negativo non solo sul bambino che nasce ma anche sulla madre surrogata e sui suoi figli naturali. In molti casi il bambino "prodotto" dalla surrogazione diventa oggetto di dispute per la custodia. In alcune occasioni, il bambino nato con disabilità è trattato come un pezzo rotto, rifiutato sia dai genitori che l'hanno commissionato che dalla madre surrogata. Spesso anche la donna surrogata è trattata come una merce, quando viene costretta a farlo dalla sua famiglia in cambio di un ritorno economico. Di fatto, questa è la realtà della maggior parte delle madri surrogate dell'India, provenienti da ambienti molto poveri. Durante la gravidanza e dopo il parto, quando deve abbandonare il bambino, una madre surrogata è sottoposta a un forte stress psicologico. Oltretutto la spersonalizzazione e la mercificazione delle donne, usate come strumento per la gratificazione di altri individui, porta a uno sfaldamento del con-



chetto tradizionale (e cristiano) di maternità, sgretolando l'idea naturale di genitorialità e famiglia, oltre che il tessuto stesso della società. **Perché in India fenomeni come i figli in provetta e l'utero in affitto sono in crescita?**

I dati rivelano che una coppia su sei in India incontra problemi di sterilità. Oltre alla questione clinica, la fede religiosa di appartenenza e i costumi sociali possono aggravare la sofferenza delle coppie senza figli. In alcune comunità per colpa di superstizioni c'è persino un certo grado di allontanamento sociale, come se rappresentassero un cattivo presagio. Nelle famiglie la donna senza figli spesso è trattata male, offesa per la sua "incapacità" di concepire un bambino. Più che un fenomeno in crescita, la sterilità è uscita allo scoperto per via di interventi tecnologici avanzati come la fecondazione in vitro, che ha portato poi all'esplosione del "turismo procreativo" in India, grazie alla disponibilità di tecnologie all'avanguardia e medici qualificati ma a un costo molto più basso dei Paesi occidentali.

Eppure il ricorso a queste pratiche da parte delle coppie indiane sembra stridere con l'idea tradizionale di famiglia che caratterizza il Paese.

La Chiesa cattolica è contraria alle tecniche di fecondazione artificiale e sostiene con fermezza che un figlio è un dono di Dio, nato nel matrimonio, e questo vale per l'India come per il resto del mondo. La procreazione in vitro e la maternità surrogata portano alla mercificazione della vita umana, senza contare le implicazioni fisiche, psicologiche e sociali. Il bambino diventa un prodotto di mercato da acquistare secondo la volontà di fornitori e acquirenti coinvolti. La provetta rende il bambino una merce creata in laboratorio, i dottori agenti d'acquisto e uomini d'affari che partecipano al processo di concepimento. È ovvio che tutto questo porta a sgretolare i valori tradizionali della relazione matrimoniale e della famiglia.

Come Chai che sostegno fornite alle coppie che non possono avere bambini? Magari per aiutarle a considerare l'adozione: in India circa 50mila orfani cercano una casa...

I nostri professionisti offrono consulenze alle coppie senza figli e le aiutano dal punto di vista medico, ma sempre restando nel quadro dei precetti della Chiesa. Le assistono aiutandole a mantenere alto il valore della vita umana e della dignità, pur col peso della sofferenza. Quando tutte le opzioni cliniche falliscono, si suggerisce la possibilità di adottare un bambino o si incoraggia ad aiutare altre famiglie in difficoltà economiche, o che non sanno come prendersi cura di un figlio disabile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Uteri in affitto, Bangkok prova a uscirne

il caso

di Stefano Vecchia

La vicenda della coppia gay e della mamma pagata che ha cambiato idea dopo aver dato alla luce il «loro» figlio è il primo esito della nuova legge

La vicenda della coppia gay formata da un cittadino statunitense e dal suo consorte spagnolo, entrambi residenti negli Usa, ha riaperto il dibattito sulla maternità surrogata in Thailandia, dopo che lo scorso febbraio la nuova legge ha proibito l'utilizzo di donne locali per questa pratica a favore di coppie straniere. In gennaio la madre surrogata, che non ha alcun rapporto biologico con la bambina al centro della dolorosa vicenda, aveva consegnato Carmen, neonata, ai due stranieri regolarmente registrati negli Stati Uniti come coniugi. In seguito si è però rifiutata di firmare i documenti che sarebbero serviti per l'espatrio della piccola. Un ripensamento giustificato col non essere al corrente - leggendo i soli documenti che le erano stati presentati riguardo alla coppia - della loro omosessualità. Tesi ripetute in marzo, aggiungendo la dichiarazione di avere pagato da sola le spese mediche e confutando quanto riferito dal "padre" committente, Gordon Lake, di un pagamento complessivo di 35mila dollari. Sei mesi dopo la coppia e un loro figlio - un altro bambino nato in India 23 mesi fa sempre da madre

surrogata - vivono ancora a Bangkok, cercando di convincere la donna che si è prestata per la gravidanza a pagamento, Verutai Maneenuchanert, a rinunciare alla tutela della nuova legge thailandese.

In parte, la situazione risente di un periodo di transizione tra un tempo di arbitrarietà, che aveva consentito di far crescere nel Paese un'enorme industria degli uteri in affitto col ricorso a donne locali per generare figli da esportare e che resta aperta all'utilizzo di strutture d'avanguardia per la stessa pratica su donne straniere, e l'applicazione diffusa delle nuove norme. La vicenda di Gordon e Manuel (Santos), comunque dolorosa per tutti gli attori in campo - a partire da quelli più indifesi -, è la prima a emergere con queste caratteristiche. Potrebbe non essere l'ultima, perché passare da snodo continentale della surrogazione di maternità a Paese "normale" non è un processo semplice: tra le conseguenze vi è anche l'apertura in Nepal di filiali delle catene di cliniche specializzate sorte a Bangkok e dintorni. Verso il Paese himalayano, già poverissimo e ora prostrato dal recente terremoto, si sono diretti tanti che hanno abbandonato il riferimento

thailandese approfittando dei vuoti nella legislazione locale. A spingere il governo e il parlamento provvisori di Bangkok, sottoposti al potere militare, a legiferare per proibire il ricorso a donne thailandesi da parte di coppie in cerca di gravidanze a pagamento sono state due situazioni diversamente drammatiche emerse lo scorso anno. La prima ebbe per protagonista un 24enne imprenditore giapponese che è risultato avere avuto 16 figli da madri surrogate soprattutto thailandesi. La seconda riguarda il famoso caso dell'abbandono di "Baby Gammy" da parte della coppia australiana che l'aveva avuto, insieme a una gemellina, da una donna locale. I due stranieri erano partiti portando con loro la sorellina sana, lasciando Gammy - affetto da Sindrome di down - alle cure della madre.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Anche la Cina scopre l'e-commerce del seme

In Cina il portale di e-commerce Juhuasuan, del colosso Alibaba, ha ospitato dal 15 al 17 luglio sette banche del seme che offrivano ricompense fino a 5mila yuan (730 euro) per chi "donava" il proprio sperma. Nei tre giorni di promozione si sono contate ben 22mila adesioni. L'idea è nata dalla carenza di donatori in alcune province cinesi e dall'alto numero (si parla di 50 milioni di coppie) di cinesi che non possono avere bambini. Alibaba ha messo in contatto i potenziali "donatori" con le banche del seme, che hanno fissato gli appuntamenti per i check-up. Intelligenza e bell'aspetto, secondo un sondaggio di Alibaba, i caratteri più ricercati.





La Spagna cancella l'aborto secondo Zapatero

il fatto

di Lorenzo Schoepflin

Passa la riforma della legge con cui l'ex premier socialista aveva sottratto le minorenni al consenso dei loro genitori

La Camera dei deputati spagnola ha approvato la riforma della legge che regola l'aborto varata dal governo Zapatero e fino a oggi in vigore. I voti favorevoli sono stati 180, a fronte di 140 contrari e 3 astensioni. La discussione proseguirà in Senato a settembre. La modifica riguarda il consenso dei genitori per le ragazze di età compresa tra i 16 e i 18 anni che intendono interrompere la gravidanza: viene reintrodotta infatti l'obbligo di rendere partecipi padre e madre della decisione della figlia, che con la normativa attuale si poteva presentare in ospedale da sola. Secondo i numeri presentati dal Partito socialista, che si è opposto alla riforma, l'anno scorso in Spagna sono state 4.222 le giovani minorenni che hanno abortito. Tra queste, 522 lo hanno fatto all'insaputa dei genitori. La modifica proposta dal governo del Popolare Mariano Rajoy arriva dopo un percorso accidentato, caratterizzato anche dalle proteste del mondo *pro-life* spagnolo, che da subito ha lamentato il tradimento delle promesse elettorali del premier. Rajoy in campagna elettorale

aveva dichiarato che avrebbe introdotto restrizioni significative alla legge permissiva approvata dal precedente governo. Lo scorso aprile Gábor Joya, la portavoce di Derecho a Vivir, associazione *pro-life* spagnola, dichiarò che «siamo stanchi di questa corrida dialettica con la quale il governo intende continuare a ingannare gli spagnoli, dicendo che l'aborto non è un diritto ma mantenendo la legge come è adesso». Le aspettative riguardavano le restrizioni all'aborto terapeutico. Proprio a tal proposito si è espressa Lourdes Mendez, deputata del Partito popolare che si è espressa in dissenso col proprio partito, votando contro la riforma. Secondo Mendez la legge così come modificata non elimina le evidenti discriminazioni nei confronti dei bambini disabili, a cui non viene riconosciuto il diritto alla vita. Il portavoce socialista Angeles Alvarez ha invece detto che una riforma del genere opprime le giovani donne e le spinge verso un aborto non sicuro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mercoledì 22 LUGLIO 2015

Diabete 2. Cattivo stile di vita e basso peso alla nascita aumentano il rischio di sviluppare la malattia

La ricerca ha analizzato i dati provenienti da tre ampi trial clinici, che hanno studiato un totale di più di 149mila individui sani, di entrambi i sessi, monitorati per un periodo dai 20 ai 30 anni. Se questi due fattori sono poi ambedue presenti il rischio è ancora più alto. Lo studio sul BMJ

Uno stile di vita poco salutare in età adulta, se combinato con un basso peso alla nascita, potrebbe aumentare in maniera ancora più marcata il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2, una patologia che colpisce circa 385 milioni di persone al mondo. Questo risultato è emerso in uno studio pubblicato* sul *British Medical Journal* (BMJ). Lo studio** è stato effettuato dal gruppo di ricerca guidato dal Dr. **Lu Qi**, Professore Associato di Nutrizione ed Epidemiologia alla Harvard School of Public Health e Professore Associato alla Harvard Medical School.

La ricerca ha analizzato i dati provenienti da tre ampi trial clinici, che hanno studiato un totale di più di 149mila individui sani, di entrambi i sessi, monitorati per un periodo dai 20 ai 30 anni. Nei dati, per ciascun partecipante veniva registrato il peso alla nascita e ogni due anni venivano raccolte informazioni dettagliate sulle abitudini dello stile di vita e sulla storia clinica. Lo stile di vita veniva 'valutato' attraverso un punteggio che ha tenuto conto della dieta, dell'abitudine a svolgere esercizio fisico, l'essere fumatori, il consumo di alcol e l'indice di massa corporea BMI. Nel periodo di follow-up si sono manifestati più di 11mila nuovi casi di diabete 2.

I ricercatori hanno individuato un'associazione tra il rischio di diabete 2 e abitudini non salutari legate allo stile di vita in età adulta e tra il rischio di diabete 2 e un basso peso alla nascita, confermando risultati di studi precedenti. Inoltre, essi hanno rilevato che nel caso in cui i due elementi siano entrambi presenti (aver manifestato un basso peso alla nascita e in seguito mantenere cattive abitudini da adulti) si presenta una sorta di 'effetto congiunto', ovvero un'interazione tra questi due elementi.

"In sintesi, abbiamo riscontrato che sia un basso peso alla nascita sia uno stile di vita non sano sono risultati associati con un rischio significativamente più elevato di diabete di tipo 2, inoltre gli effetti del basso peso alla nascita combinati con il punteggio ottenuto nel caso di uno stile di vita non salutare comportavano un aumento del rischio di entità superiore rispetto al caso in cui i due fattori vengano considerati separatamente", spiegano gli autori dello studio.

Per chiarire l'entità dell'effetto dovuto alla combinazione dei due fattori, i ricercatori illustrano che, nella popolazione considerata, il 17% dei casi di diabete 2 sono dovuti alla contemporanea presenza di tali fattori (ovvero in questi casi il diabete si è manifestato in individui che avevano presentato un basso peso alla nascita e avevano poi seguito cattive abitudini da adulti); mentre in questi stessi casi la patologia non si sarebbe manifestata se fosse stato presente soltanto uno dei due elementi (soltanto il basso peso alla nascita oppure soltanto l'adozione di uno stile di vita non adeguato per la salute). Ciò suggerisce la presenza di un'interazione tra tali elementi. Tale interazione indica che uno stile di vita non sano comporta una serie di effetti negativi per la salute che potrebbe essere ancora più marcata nelle persone che alla nascita presentavano un basso peso corporeo.

"I risultati suggeriscono che la maggior parte dei casi di diabete di tipo 2 potrebbero essere evitati mediante l'adozione di uno stile di vita più sano", concludono gli autori, "ma un contemporaneo

miglioramento combinato sia dei fattori prenatali che di quelli postnatali potrebbe prevenire un numero maggiore di casi" di diabete 2.

Viola Rita

*"Birth weight and later life adherence to unhealthy lifestyles in predicting type 2 diabetes: prospective cohort study," Yanping Li, Sylvia H. Ley, Deirdre K. Tobias, Stephanie E. Chiuve, Tyler J. VanderWeele, Janet W. Rich-Edwards, Gary C. Curhan, Walter C. Willett, JoAnn E. Manson, Frank B. Hu, Lu Qi, BMJ, online July 21, 2015, doi: 10.1136/bmj.h3672

** Lo studio è finanziato da: National Institutes of Health, NIH/National Heart, Lung, and Blood Institute, NIH/National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Boston Obesity Nutrition Research Center, United States-Israel Binational Science Foundation.



il punto

Una «moratoria» su test genetici inutili e ansiogeni

Anche il nostro Paese non è immune da un'abitudine poco virtuosa che ha a che fare con la medicina difensiva e la crisi dell'alleanza tra medici e pazienti. Siamo parlando del sovra-utilizzo di esami diagnostici e trattamenti medici anche quando non apportano reali benefici per chi vi si sottopone, ma anzi rischiano di essere dannosi. Così, in analogia con l'iniziativa statunitense «Choosing wisely», Slow Medicine (www.slowmedicine.it) ha lanciato «Fare di più non significa fare meglio», progetto, nato nel dicembre 2012 che vuole incentivare l'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili partendo dall'assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute in alleanza con pazienti e cittadini. Ogni società scientifica o associazione di professionisti che aderisce al progetto è chiamata a individuare una lista di 5 test diagnostici o trattamenti, che rispondano a tre criteri: 1) sono effettuati molto comunemente; 2) non apportano benefici significativi,

secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti; 3) possono esporre i pazienti a rischi. Volutamente non è stato incluso tra i criteri di scelta quello dell'alto costo, perché il progetto non fosse considerato come un "razionamento" di risorse. Già una trentina di associazioni e società scientifiche italiane hanno partecipato, portando finora all'individuazione ed elencazione di quasi 100 pratiche a rischio di inappropriata. La Sigu, la Società italiana di genetica medica (www.sigu.net), si è occupata dei test genetici, oggi molto più accessibili e divenuti un fenomeno "di moda". In particolare, raccomanda di non effettuare test acquistabili in Internet, farmacie, palestre, istituti di bellezza, senza una prescrizione del medico. Allo stesso modo, in assenza di specifici fattori di rischio, si sconsiglia il ricorso a esami genetici a tappeto da parte degli aspiranti genitori nel concepimento. «Solo nel caso in cui il genetista ravvisi un rischio riproduttivo per una specifica malattia monogenica - scrive la Sigu



– è indicato il test genetico per quella singola malattia, sul componente a rischio e, nel caso si tratti di una malattia monogenica autosomica recessiva, il test va esteso anche al partner solo in caso di risultato positivo nel componente a rischio». Insomma, queste indagini vanno fatte solo quando servono, come conferma Domenico Coviello, genetista e consigliere nazionale Sigu: «La tecnologia ha reso possibile eseguire test genetici a costi sempre più bassi e ciò ha portato a un'offerta indiscriminata sul Web, ma ottenere informazioni sui nostri geni senza valutare anche il contesto può portare a conclusioni errate e fuorvianti». Per questo, conclude Coviello, «le società genetiche bandiscono l'utilizzo diretto dei test genetici eseguiti al di fuori di strutture specializzate e senza un'appropriata consulenza genetica: si producono solo ansia e fraintendimenti».

Emanuela Vinai

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO

Medici, stipendi tagliati se prescrivono troppo

Sforbiciata alla busta paga per i medici che prescrivono visite specialistiche ambulatoriali «improprie». La misura - richiesta lo scorso aprile dalle Regioni nel confronto col governo per delineare i nuovi tagli - viene ora rilanciata dall'esecutivo, con un emendamento al decreto Enti locali ora al Senato. Un provvedimento che ha subito provocato la dura reazione dei sindacati medici, mentre il Codacons plaude sottolineando come le visite superflue costino oggi 13 miliardi di euro l'anno al Servizio sanitario nazionale. Ai medici inadempienti, si legge infatti nell'emendamento, verranno applicate delle «penalizzazioni su alcune componenti retributive del trattamento economico». La misura porterebbe ad un risparmio complessivo stimato di «circa 106 milioni di euro, a fronte di una riduzione di prestazioni stimate nel settore pubblico e privato per un valore tariffario di 192 mln di euro». Duro il commento dei sindacati dei medici ospedalieri per cui la novità legislativa è un «super ticket mascherato» che riduce «le prestazioni agli assistiti».



Sanità. La rivolta dei medici

Scontro sulla stretta per le prescrizioni «inappropriate»

VIGILANZA D'OBBLIGO

I manager delle Asl che non perseguiranno i camici bianchi «colpevoli» perderanno punti nella verifica del loro operato

■ Si riaccende la polemica sul taglio alle «prestazioni sanitarie inappropriate», che un emendamento governativo al decreto legge sugli enti locali vuole sanzionare mettendole a totale carico del paziente, ma al tempo stesso tagliando i compensi ai medici, sia dipendenti che convenzionati, autori delle prescrizioni. E i manager delle Asl che non perseguiranno i medici "colpevoli" perderanno punti nella verifica del loro operato.

Sulla norma ieri sono intervenuti prima i medici di famiglia della Fimmg. Poi l'Anao Assomed, l'associazione dei medici dirigenti: «Non si vede chi e come stilerà il nomenclatore delle prestazioni inappropriate», ha detto il segretario nazionale Costantino Troise, denunciando «l'intimidazione dei medici» per «tagliare le prestazioni».

I contenuti del giro di vite, in realtà, erano ben noti e già previsti fin da aprile nelle prove di intesa Governo-Regioni sui tagli da 2,35 miliardi alla sanità (si veda per esempio «Il Sole 24 Ore» del 15 aprile), e quindi riprese nell'accordo definitivo siglato il 2 luglio scorso. La polemica scoppia però solo con la tradu-

zione di quegli obiettivi, contenuta negli emendamenti governativi al decreto enti locali.

Le misure arrivano al nuovo articolo 9-quater, che punta al taglio di visite e prestazioni specialistiche "in eccesso" con un piano in due mosse. La prima è rappresentata da un decreto ministeriale, che dovrebbe essere approvato entro 30 giorni dalla conversione in legge del decreto, per individuare «le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva» per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Già su questa prima previsione pesano due ostacoli: il calendario, perché con la conversione in legge prevista per i primi di agosto (ma il Dls cade il 18 agosto) il decreto dovrebbe arrivare per la metà di settembre, ma anche il passaggio in conferenza Stato-Regioni.

Una volta individuati i parametri per distinguere le prescrizioni "corrette" da quelle "sbagliate", dovrebbe poi entrare in gioco un doppio sistema sanzionatorio. Il primo colpisce in realtà l'assistito, che sarebbe chiamato a pagare di tasca propria la prestazione. Il secondo riguarda invece i medici, che se non forniranno «giustificazioni sufficienti» sulla propria scelta si vedrebbero tagliare il trattamento accessorio se è dipendente dal servizio sanitario nazionale, oppure le quote variabili della remunerazione se convenzionato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'anticipazione



Doppia sanzione

Sul Sole 24 Ore di martedì scorso la notizia dell'emendamento governativo al decreto legge sugli enti locali che taglia i compensi ai medici dalla ricetta facile, convenzionati o dipendenti. Penalità anche ai manager Asl che non puniranno i camici bianchi troppo "prescrittivi": perderanno punti di valutazione



I tecnici del Senato

Sanità, a rischio i 2,3 miliardi di risparmi previsti per quest'anno

ROMA Mentre il governo è a caccia di 10 miliardi per la spending review del 2016, il servizio Bilancio del Senato solleva pesanti dubbi sui tagli alla spesa sanitaria previsti per quest'anno. Si tratta di un risparmio già calcolato nella spending review 2015, un taglio netto di 2,3 miliardi sul Fondo sanitario nazionale, sfruttando le leve messe a punto dall'intesa tra Stato e Regioni. Uno dei punti è la rinegoziazione dei contratti con i fornitori. Per attuare le misure previste dall'intesa il governo ha presentato un emendamento al decreto enti locali in discussione al Senato. Ma i tecnici di Palazzo Madama segnalano come ci siano «difficoltà di conseguire un risparmio in corso d'anno». Visto che siamo già a fine luglio. Tra gli strumenti a disposizione delle Regioni ci sono, tra le altre cose, la definizione di standard qualitativi e la riduzione delle centrali del 118. Ma anche la «razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci», con una

riduzione su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti. Una misura che ha suscitato le proteste di Assobiomedica, le aziende che producono beni e servizi per la sanità, dalle siringhe alle tac. Dovrebbe portare un risparmio per l'anno 2015 di 788 milioni di euro e di 805 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016. Un taglio che però, visti i tempi, appare a rischio. Il dossier ricorda che anche la Ragioneria dello Stato ha evidenziato che gli effetti stimati per il 2015 potrebbero essere a rischio. Per non parlare della possibilità «dell'insorgere di contenziosi in materia» e che le aziende forniscano «prodotti di minore qualità». Dubbi sui risparmi per quest'anno vengono anche dalla riduzione dei ricoveri ospedalieri e delle prescrizioni diagnostiche inappropriate. Le associazioni dei medici protestano, anche perché la norma prevede il taglio degli stipendi per i camici bianchi inadempienti.

Melania Di Giacomo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

