



GYNECO È ALLA SUA 18^a EDIZIONE

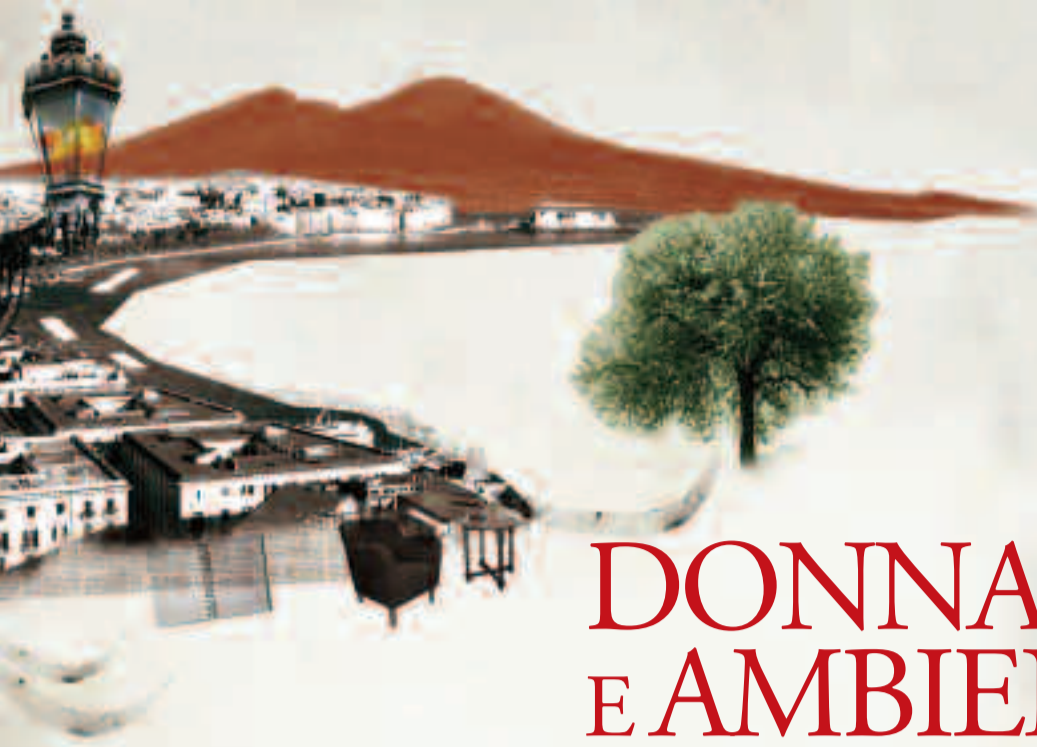
Nuovo look per i nostri primi 18 anni

■ **La malasanità e la realtà capovolta**
Lettera aperta ai cittadini
dei medici chirurghi italiani

■ **Scandalo ospedali:
la lezione dell'Umberto I**
Le nostre strutture sono malate?

■ **Intramoenia/1 ultima proroga**
■ **Intramoenia/2 le opinioni
di Silvio Garattini e Danilo Morini**

1
2007



83°



www.sigo2007.it

Congresso Nazionale SIGO 48° Congresso AOGOI 15° Congresso AGUI

Napoli, Mostra d'Oltremare, 14 - 17 ottobre 2007

DONNA E AMBIENTE

Antonio Cardone - Antonio Chiàntera

Cari colleghe e colleghi,

è con grande piacere che nel presentarvi l'83° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, vi invitiamo a Napoli.

Presentarvi Napoli ci sembra quasi superfluo. È una città nota fin dall'antichità, che ha mantenuto durante i secoli il suo nome sempre invariato, malgrado la grande varietà di popoli e civiltà che l'hanno abitata e dominata: dai greci ai romani, dagli etruschi ai normanni, dagli angioini agli aragonesi, dai francesi agli spagnoli. Ognuno di questi popoli l'ha amata e desiderata, attratto dalle sue ricchezze e dalla sua posizione strategica. Ma ognuno di essi, una volta a Napoli, è stato ammalato e soggiogato amalgamandosi con i popoli già presenti fondendosi in una comunità che ha mantenuto i tratti originali dando origine ad un popolo che è unico nella sua poliedricità. Napoli è una città contraddittoria dove è possibile la convivenza della scienza e dell'ignoranza, dell'onestà e della disonestà, del benessere e del male, della grande capacità organizzativa e dell'anarchia, della filosofia e della matematica. Il tutto inserito in un ambiente naturale tra i più belli e interessanti del mondo che nei secoli ha fatto innamorare

personaggi illustrissimi, da Virgilio che ha scelto qui di essere sepolto, a Boccaccio, a Goethe, S. Tommaso.

È forse per la varietà della nostra città che abbiamo scelto come tema del Congresso quello dell'ambiente onde vedere come l'ambiente possa influenzare la vita femminile nelle sue varie fasi: dall'adolescenza alla postmenopausa.

Abbiamo frequentato quasi contemporaneamente le aule dell'allora unica Facoltà di medicina, palestra per il passato di grandi uomini che hanno fatto la storia della medicina italiana, ed ancora impregnate della medioevale e grande Scuola Medica Salernitana che quest'anno ha ripreso ad essere Facoltà di Medicina.

Allevati da questa Scuola, la vita poi ci ha separati l'uno nella via universitaria, l'altro in quella ospedaliera, come anche tanti di voi hanno fatto, caratterizzandosi nelle funzioni specifiche proprie di questi settori.

Ma la Ginecologia anche se è organizzata in due settori, in realtà è unica.

Ed è per questo che dedichiamo il Congresso al Prof. Ugo Montemagno che oltre ad essere stato nostro maestro, appartenendo alla stessa scuola, è forse quello che nel passato recente si è più battuto perchè le due anime

della Ginecologia Italiana si fondessero completamente in un'unica struttura: la SIGO, pur mantenendo per certi versi la loro autonomia.

"Donna e Ambiente":

argomento affascinante che speriamo susciti il massimo interesse in voi che verrete a comunicare il frutto delle vostre ricerche e dei vostri studi che rappresenteranno, ne siamo certi, una tappa fondamentale del progresso della nostra ginecologia.

**Antonio Cardone
Antonio Chiàntera**

TOPICS

Il benessere nelle varie età della vita tra salute individuale, immaginario collettivo, proposte terapeutiche

- Adolescenza
- Climaterio
- Senescenza
- Perimenopausa e terapia ormonale sostitutiva
- Le terapie non farmacologiche

Influenza dell'ambiente sull'outcome gravidico

- Danno perinatale
- Polimorfismi genici e patologia della coagulazione
- Inquinamento dei liquidi biologici
- Ipertensione gestazionale
- Rottura prematura delle membrane

Inquinamento ambientale e riproduzione

- Oligoastenospermie
- Disturbi dell'erezione
- Abortività ripetuta
- Sterilità inspiegata: qualità di gameti ed embrioni
- Effetti sull'outcome in PMA

Modificazioni ambientali e patologie ginecologiche

- Ginecologia oncologica
- Endometriosi
- Patologia della statica pelvica
- Fibromatosi uterina
- Incontinenza urinaria

Promozione del parto spontaneo tra indicazioni mediche ed esigenze ambientali

- Nuovi modelli di parto attivo
- Il controllo del dolore in travaglio
- Il T.C. su richiesta
- L'ostetricia difensiva come risposta al timore delle implicazioni medico-legali
- Le emergenze ostetriche

La pianificazione familiare tra esigenze personali e interferenze ambientali

- Contraccezione ormonale e benessere della donna
- MST e desiderio contraccettivo
- L'infezione da HPV tra paure e speranza
- La contraccezione postcoitale
- La legge 194 oggi

Le nuove tecnologie al servizio della salute della donna

- Biotecnologie
- Nanotecnologie
- Telemedicina

L'idea del benessere in una realtà multi-etnica

- Il vissuto sessuale
- Il significato della maternità e del parto
- Le mutilazioni genitali femminili

Il Cuore e la Donna

- Benessere cardiovascolare nelle varie età della vita
- Ipertensione nelle donne: solo questione di età?
- Sindrome metabolica e correlati cardiovascolari
- HRT e Funzionalità cardiovascolare
- Cuore e gravidanza
- Osservatorio epidemiologico sull'ipertensione in perimenopausa

PRESIDENTI ONORARI

A. AMBROSINI
M. MOSCARINI
C. SBIROLI

PRESIDENTI

A. CARDONE
A. CHIÀNTERA
VICEPRESIDENTI
N. COLACURCI
F. SIRIMARCO

COMITATO SCIENTIFICO

R. ARIENZO
E. ARISI
C. BALBI
C. BENEDETTO
G. BUONANNO
M. CAMPOGRANDE
D. CASERTA
A. CIANCI
E. CIGINELLI
G. COBELLIS

D. DE ALOYSIO
G. DE PLACIDO
S. DESSOLE
A. DI LIETO
A. DI MEGLIO
L. DI PRISCO
G. FORTE
S. GIOVE
S. GREGGI
C. GUARINO
P. IACOBELLI
P. IERVOLINO

E. IMPARATO
A. IZZO
C. MALZONI
M. MALZONI
G. MANDRUZZATO
P. MARTINELLI
A. MELANI
E. MESSALLI
L. MINELLI
G. MONNI
C. NAPPI
N. NATALE

S. PANARIELLO
A. PERINO
F. PETRAGLIA
P. PUGGINA
C. RICCO
S. SCIORIO
R. TESAURO
A. TOLINO
P.L. VENTURINI
G. VITTORI
R. ZARCONE

SEGRETERIA
SCIENTIFICA
V. CHIÀNTERA
L. COBELLIS

SEGRETERIA SCIENTIFICA

V. CHIÀNTERA - L. COBELLIS

Dipartimento di Scienze Ginecologiche Ostetriche e della Riproduzione

Largo Madonna delle Grazie, 1 - 80138 Napoli

Tel: 081 - 5665602 / 5665599 Fax: 081 - 5665610 E-mail:

sigo2007.scient@tiscali.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

S.E.L. CONGRESSI & TRIUMPH CONGRESSI

S.E.L.: gestione sponsor, prenotazioni alberghiere, transfer

Via Arancio Ruiz, 107 - 80122 Napoli

Tel: 081 - 666733 Fax: 081 - 661013 E-mail: info@selcongressi.it

TRIUMPH: gestione relatori, iscrizioni, atti, ECM

Via Lucilio, 60 - 00136 Roma

Tel: 06 - 355301 Fax: 06 - 35340213 E-mail:

sigo2007@gruppotriumph.it



Editoriale

Nuovo look, tante idee

Questo primo numero di *GynecoAogoi* del 2007 si presenta con una nuova e piacevole veste grafica: un numero maggiore di pagine accoglie nuove rubriche per offrire più spazio alla presentazione e discussione di argomenti di interesse ginecologico.

Il nuovo "look" mira a rendere più agevole la consultazione e stimolante la lettura dei contenuti, che ci impegniamo a rendere sempre più completi e interessanti, sia per i nostri 5mila soci Aogoi, per i quali *Gyneco* è ormai (ci auguriamo) diventata una consolidata abitudine, sia per un più ampio, nuovo, numero di colleghi ginecologi universitari, consultoriali, territoriali e privati (circa 7mila) che insieme ad altri numerosi referenti di Istituzioni sociali e politiche riceveranno prossimamente il nostro giornale.

Come in passato *GynecoAogoi* ospiterà nelle sue colonne contributi di carattere scientifico e medico, in primo luogo, accanto a interventi che riguardano gli aspetti sociali, economici, etici, manageriali, sindacali e politici del mondo sanitario. Ma soprattutto cercherà di essere più incisivo e di stimolare il confronto e il dibattito a 360 gradi, in particolare stabilendo un "filo diretto" con tutti i soci, anche quelli più periferici, affinché partecipino con le loro idee, i loro suggerimenti e, perché no, anche con le critiche.

Ci auguriamo che questa nuova edizione, che segna il diciottesimo anniversario del giornale, incontri l'approvazione dei lettori, di cui comunque sollecitiamo l'opinione nell'apposito questionario pubblicato alla fine del giornale.

Questo nuovo impegno si inserisce nella tradizione della nostra grande Associazione scientifica, sempre attenta e aperta a tutto quanto possa riferirsi e giovare al benessere della paziente, della coppia, del nascituro e naturalmente sempre pronta a favorire, sostenere e tutelare il ginecologo, che a ciò si dedica con entusiasmo e professionalità.

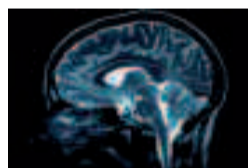
Giovanni Monni
Presidente AOGOI

Indice numero 1 - 2007



Pagina 16

Aperta la nuova campagna Aogoi per le iscrizioni 2007



Attualità

4 Finanziaria 2007: Ticket, ma anche fondi per investimenti strutturali, tecnologie e ricerca
di Ester Maragò

6 Il nuovo Codice deontologico
di Eva Antoniotti

7 Finalmente la Sardegna ha il suo Piano. Intervista a Nerina Dirindin
di Stefano Simoni

8 Gli ospedali nell'occhio del ciclone
di Lucia Conti

10 Rilancio dei rapporti italo-cinesi in sanità
di Alessia Romano

11 Come cambia diventare madri / I risultati dell'indagine Istat

12 Sconfiggerlo ora si può. L'Italia avvia la prima campagna vaccinale gratuita anti-Hpv in Europa
di Stefano Simoni

13 Il Programma dell'Aogoi per la gestione del rischio clinico

Ultimora

14 Lettera aperta dei chirurghi italiani ai cittadini
del Collegio Italiano dei Chirurghi

15 La delegittimazione della professione medica
Corsivo di Carlo Sbiroli

15 Nascono le aziende ospedaliero-universitarie

Aggiornamenti

18 Flussi mestruali abbondanti: le Raccomandazioni della Sigo
a cura di Emilio Arisi

Professione

19 Nella mente delle madri.
Della lectio magistralis di Massimo Ammaniti

20 Ultima proroga per l'intraoemia

21 Sulla libera attività professionale in ospedale
intervengono Silvio Garattini e Danilo Morini

22 La posizione della Fesmed sull'intraoemia

23 La perdita della verginità per colpa medica
di Pier Francesco Tropea

24 Cassazione: condotte e comportamenti per il direttore di struttura complessa
di Carmine Gigli

Rubriche

26 Libri / Mondo • 27 Lettere • 28 Avvisi

29 Cosa ti piace, Cosa cambieresti - Reader satisfaction survey

30 Congressi

GYNECO
AOGOI

NUMERO 1 - 2007
ANNO XVIII

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

Comitato Scientifico

Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli

Direttore Responsabile

Eva Antoniotti
Coordinamento editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoaogoi@hcom.it

Pubblicità

Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

Editore

Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228

Progetto grafico

Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Stampa

Tecnostampa srl
Via Le Brece, 60025 Loreto (Ancona)

Abbonamenti

Annuo: € 26 Prezzo singola copia: € 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane spa Sped. in abb. postale
D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n.

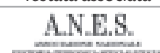
46) Art. 1, comma 1, DCB Ancona
Finito di stampare: febbraio 2007
Tiratura 9.000 copie

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Finanziaria 2007 di Ester Maragò

Ticket, ma anche fondi per investimenti strutturali, tecnologie e ricerca

La Finanziaria 2007, approvata con voto di fiducia alla Camera lo scorso 21 dicembre, è diventata legge. Tra le novità introdotte il ticket sui codici bianchi al Pronto soccorso e il taglio dei prezzi del 20% per la diagnostica di laboratorio



300 miliardi di euro a disposizione della sanità pubblica italiana da qui al 2009

Ticket da 25 euro sui codici bianchi al Pronto soccorso e un incremento di 10 euro per visite specialistiche e diagnostica. Tagli dei prezzi del 20% per la diagnostica di laboratorio e del 2% per le prestazioni specialistiche nelle strutture private accreditate. Multe anti-speco ai cittadini "distratti" e stretta per medici e farmacisti "truffatori". Blocco del prezzo dei farmaci di fascia C e "tracciabilità" dei pagamenti per le attività professionali.

Sono queste alcune delle principali novità introdotte dalla legge Finanziaria 2007 (la n. 296 del 27 dicembre 2006, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 299) entrata in vigore il 1° gennaio.

Una Finanziaria raccolta in un solo articolo composto da ben 1.364 commi e con il "capitolo sanità" concentrato in un solo comma, il 796.

Fiore all'occhiello della manovra 2007 è la dote finanziaria per la sanità. Il Ssn potrà contare, infatti, su un finanziamento triennale di 96.040 miliardi di euro per il 2007, 99.082 miliardi per il 2008 e 102.285 per il 2009. A cui si aggiungono per le Regioni con disavanzi elevati 1 miliardo di euro nel 2007, 850 milioni nel 2008, e 700 nel 2009. Non solo, altri 3 miliardi di euro sono destinati ad investimenti e tecnologie e 339,4 milioni di euro alla ricerca sanitaria.

Ci sono poi per la diffusione di screening oncologici nel Sud ed

Isole, 20 milioni di euro per il 2007, e 18 milioni per il 2008 e il 2009. Sono previsti anche 500mila euro per le attività di prevenzione delle mutilazioni genitali femminili.

Tirando le somme, come ha spiegato il ministro della Salute, Livia Turco: "Lo Stato metterà a disposizione della sanità pubblica italiana 300 miliardi di euro da qui al 2009, consentendo così alle Regioni di avviare una reale programmazione degli impegni e delle linee di sviluppo dei propri servizi sanitari senza l'assillo di una costante e permanente incertezza sui finanziamenti a loro disposizione".

Nell'ambito della manovra giocano un ruolo fondamentale le

fe delle prestazioni di laboratorio e specialistiche arriverà un risparmio di 310 mln di euro, sarà invece di 900 mln quello derivante dalla razionalizzazione della rete dei servizi e dal recupero di efficienza da parte delle Regioni impegnate nei piani di rientro. E ancora, le nuove procedure per l'acquisto dei dispositivi medici attraverso gare più selettive e competitive porteranno ad uno sconto per il Ssn di 40 mln di euro. Infine, sono attesi risparmi per 810 mln dal ticket di 10 euro sulla ricetta per prestazioni specialistiche e diagnostiche, e per 13 mln dal ticket sul pronto soccorso.

Sull'incremento di 10 euro per le prestazioni specialistiche e di diagnostica ci sono però dei cambiamenti in vista: il ministro Turco e gli assessori regionali alla Sanità hanno concordato, il 18 gennaio scorso, che la misura, poco gradita dalle amministrazioni locali, sarà rivista e corretta entro la fine di febbraio. In sostanza le Regioni potranno adottare in alternativa al ticket di 10 euro, altre forme di partecipazione alla spesa o di responsabilizzazione dei cittadini, purché abbiano effetti equivalenti in termini finanziari e di controllo dell'appropriatezza.

La Finanziaria approvata presenta alcune modifiche e integrazioni rispetto a quanto deciso il 21 settembre in occasione del varo da parte del Consiglio dei Ministri. Tra i principali cambiamenti, spicca la cancellazione del ticket sui codici verdi al pronto soccorso, mentre il taglio delle tariffe delle analisi di laboratorio è passato dal 50% al 20%.

È stata inoltre integrata la deroga per il pagamento delle parcelle dei professionisti mediante il bancomat sancita dal decreto Bersani-Visco (la cosiddetta tracciabilità dei pagamenti): con un decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze saranno individuate le categorie di soggetti che potranno continuare a pagare "cash" malgrado l'obbligo di legge.

Ha trovato poi spazio la proposta, avanzata dal presidente della Commissione Sanità del Senato, Ignazio Marino, di destinare il 5% dei finanziamenti per la ricerca in medicina a giovani scienziati sotto i 40 anni con l'obiettivo di avviare anche in Italia un sistema meritocratico che consenta ai ricercatori più giovani e più meritevoli di accedere ai finanziamenti.

La Finanziaria ha anche messo la parola fine al capitolo sulle incompatibilità per gli incarichi di direttore generale, direttore

di contenimento della spesa sanitaria. Secondo i calcoli del Governo dovrebbe prodursi un risparmio pari a 4,1 miliardi di euro tra riduzione del prezzo dei farmaci e delle tariffe di laboratorio, gare più selettive per l'acquisto di dispositivi medici e razionalizzazione della rete dei servizi. In particolare: dalla riduzione del prezzo dei farmaci e dal nuovo meccanismo di pay back da parte delle aziende farmaceutiche deriverà un risparmio totale di 2.006 mln di euro; dall'applicazione di norme sull'appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero di 24 mln di euro; dal taglio alle tariffe



scientifico, direttore amministrativo e direttore sanitario degli Irccs. La natura esclusiva di questi incarichi, si legge nel testo, "comporta l'incompatibilità con qualsiasi altro rapporto di lavoro pubblico e privato e con l'esercizio di qualsiasi attività professionale".

Vediamo, in sintesi, quali sono alcune delle principali norme contenute nella Legge.

Accreditamenti

Stop dal 1° gennaio 2008 agli accreditamenti transitori delle strutture private già convenzionate, mentre dal 1° gennaio 2010 scatteranno i provvedimenti regionali per garantire la cessazione degli accreditamenti provvisori. Quindi dal 1° gennaio 2008 i nuovi accreditamenti dovranno essere concessi solo sulla base di un provvedimento regionale di ricognizione e determinazione, e la scadenza è anticipata al 1° luglio 2007 per le Regioni impegnate nei piani di rientro del disavanzo.

Contributi all'Onaosi

L'obbligo di contribuzione all'Opera nazionale per gli orfani dei sanitari italiani è limitato ai soli professionisti sanitari dipendenti pubblici.

Dispositivi medici

La manovra ha dettato le tappe per razionalizzare il settore e garantire prezzi controllati. Dal 31 gennaio la Salute, avvalendosi della Cud e della Assr dovrà individuare le tipologie di prodotti per il cui acquisto la spesa superi il 50% di quella complessiva per i dispositivi medici effettuata dal Ssn. Entro il 15 marzo le Regioni dovranno trasmettere alla Salute i prezzi unitari corrisposti dalle Aziende sanitarie nel corso del biennio 2005-2006 (lo stesso faranno le Aziende produttrici per i prezzi praticati). Infine, con Dm della Salute e dell'Economia d'intesa con la Stato-Regioni saranno individuati, entro il 30 aprile, i prezzi dei dispositivi da assumere come base d'asta per le forniture al Ssn: si terrà conto dei più bassi prezzi unitari di acquisto da parte del Ssn secondo le rilevazioni degli Osservatori di settore.

Farmaci di fascia C

Il prezzo dei farmaci di fascia C non soggetti a prescrizione medica è bloccato per tutto il 2007 sui livelli del 2006. Spetta al farmacista o al titolare di esercizio in cui questi medicinali si possono vendere (corner nella grande distribuzione e parafarmacie) fissarne il prezzo, che deve essere esposto chiaramente al pubblico mediante listini o modalità equivalenti. Per i medicinali di fascia C per i quali è in-

vece necessaria la ricetta medica, i prezzi per il 2007 potranno aumentare rispetto al 2006 solo nel limite dell'indice Istat sul costo della vita.

Lavoro autonomo

Il compenso per ogni prestazione di lavoro autonomo medico e paramedico svolto nelle strutture sanitarie private viene incassato da queste, girato al prestatore d'opera, e registrato in appositi registri obbligatori. Le strutture sanitarie dovranno poi comunicare telematicamente all'Agenzia delle Entrate i compensi riscossi dai professionisti. Le disposizioni entreranno in vigore dal 1° marzo 2007.

Lea

È prevista la revisione dei Livelli essenziali di assistenza. Saranno inserite nell'assistenza ambulatoriale prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, integrate e modificate le soglie di appropriatezza delle prestazioni in Day hospital.

Linee guida per i percorsi diagnostico-terapeutici

Guidelines dovranno sostituire e aggiornare il sistema dei percorsi diagnostico-terapeutici introdotti con la Finanziaria del 1997. Le linee guida saranno adeguate periodicamente con Decreto della Salute d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, e condivise con il Comitato strategico di cui farà parte anche la Fnomceo.

Multe anti-spreco

Dal 1° gennaio tutti gli assistiti, esenti compresi, che non ritirano i risultati di visite o esami pagheranno per intero la prestazione di cui hanno usufruito. Spetterà ad ogni Regione definire quali sono le modalità più idonee per recuperare le somme dovute.

Norme anti-truffa

Per il sanitario con sentenza passata in giudicato per truffe ai danni del Ssn scattano le procedure per il "licenziamento". Il rapporto di lavoro o della convenzione con il Ssn è risolto di diritto per danni superiori a 50mila euro, anche senza costituzione in giudizio della parte civile. Il farmacista "truffatore" perde l'autorizzazione all'esercizio della farmacia.

Personale Ssn

Le spese del personale, per il triennio 2007-2009, non dovranno superare i costi sostenuti nel 2004 diminuiti dell'1,4% (nella Finanziaria 2006 era previsto l'1%). Un tavolo di monitoraggio verificherà il conseguimento degli obiettivi previsti, ed è considerata adempiente la Regione che assicura comunque l'equilibrio economico.

Ricette on line

I medici di famiglia entrano nel circuito della trasmissione tele-

matica delle ricette al ministero dell'Economia. Questa norma integra quanto già previsto in tema di "tessera sanitaria". Le modalità per la trasmissione dei dati saranno disciplinate, entro il 30 aprile, dall'Economia di

Spazio alla proposta di destinare il 5% dei finanziamenti per la ricerca in medicina a giovani scienziati sotto i 40 anni, avanzata da Ignazio Marino

concerto con i ministeri della Salute e Lavoro e Previdenza sociale, sentito il Garante della privacy. Il collegamento in rete di Mmg e Pls per la trasmissione delle ricette e delle certificazioni di malattia all'Inps dovrà essere garantito dall'Economia dal 1° luglio 2007. Per la trasmissione on-line dei dati delle ricette sarà riconosciuto ai medici convenzionati con il Ssn un contributo, per il 2008, di 10 milioni di euro. Il controllo sulle ricette corredate di codice fiscale viene esteso anche alle ricette relative all'assistenza protesica e integrativa e vengono coinvolte negli adempimenti le

strutture che erogano le prestazioni

Tariffe dei laboratori

I laboratori privati accreditati devono praticare uno sconto del 20% degli importi previsti per le prestazioni di diagnostica di laboratorio. Non solo, le strutture private accreditate devono applicare uno sconto del 2% sui prezzi di tutte le prestazioni specialistiche. Scopo della misura che interessa le prestazioni di diagnostica di laboratorio è ridurre il numero dei laboratori sostituendolo con una rete di "Punti di prelievo". Saranno però le diverse Regioni, con provvedimenti da emanare entro il 28 febbraio, a definire i termini della riorganizzazione di questi servizi.

Ticket per specialistica, diagnostica e Pronto soccorso

Il ticket per il Pronto soccorso per i non esenti sarà di 25 euro e riguarderà i codici bianchi. Restano esclusi i traumatismi e gli avvelenamenti acuti. La fascia degli esenti è estesa ai ragazzi fino ai 14 anni di età indipendentemente dal reddito della famiglia (prima erano esenti solo i bambini fino a 6 anni e gli over 65 con reddito familiare inferiore ai 36.151,98 euro). Non si toccano i ticket più elevati già introdotti dalle Regioni. Per la specialistica e la diagnostica resta inalterata la compartecipazione alla spesa con un tetto di 36,15 euro già prevista in tutte le Regioni, ma ci sarà in più una quota fissa di 10 euro per ricetta (otto prestazioni al massimo). Anche in questo caso sono esclusi gli esenti.

Tracciabilità dei pagamenti

Rispetto a quanto sancito dal Dl 223/2006 (Bersani-Visco) è stata introdotta una deroga alla "tracciabilità" dei pagamenti per attività professionali, ossia all'obbligo di pagamento delle parcelle dei professionisti mediante bancomat, carte di credito, assegni e bonifici bancari. Un'operazione che interesserà fino al 30 giugno 2008 le parcelle superiori ai 1.000 euro, fino al giugno 2009 quelle superiori a 500 euro, mentre dal 1° luglio 2009 si applicherà ai pagamenti superiori ai 100 euro. Con un decreto del ministro dell'Economia saranno individuate, entro il 31 gennaio 2008, le condizioni per consentire al soggetto tenuto al pagamento di derogare alle norme sulla tracciabilità. **Y**

Il nuovo Codice deontologico di Eva Antoniotti

L'etica medica ora riguarda anche il management

Tra i doveri professionali sono state introdotte anche la segnalazione degli errori medici e le scelte da compiere per la qualità della gestione del sistema. Attenzione al tema del "fine vita" e un rinnovato impegno a tutela dell'ambiente.

A completare il documento, sono state redatte due Linee guida, una dedicata al possibile conflitto di interesse nel campo della ricerca e l'altra alla pubblicità sanitaria

Il Codice di Deontologia medica era stato rivisto l'ultima volta nel 1998. Ma già da molto tempo si lavorava ad una nuova stesura, con riflessioni e consultazioni avviate già nello scorso triennio. Il progresso scientifico e i cambiamenti sociali e culturali, infatti, richiedono un continuo adeguamento di quella che può essere considerata la "Costituzione" della professione medica. "Non è una posizione relativista - sottolinea il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco - ma il Codice necessiterà sempre di rivisitazione e di aggiornamento, perché dinamico è l'evolversi delle situazioni che i medici si trovano ad affrontare".

A testimonianza di quanto questo sia vero, proprio nei giorni in cui è stato presentato il documento, l'opinione pubblica italiana era dilaniata intorno alla vicenda di Piergiorgio Welby e dunque molta attenzione si è concentrata sul modo in cui il Codice affronta i problemi di fine vita. "Non esistono migliaia di casi Welby - ha detto Bianco ai giornalisti riuniti il 16 dicembre scorso per la presentazione del Codice - esiste il caso Welby ed esistono migliaia di altri casi diversi da Welby. Ogni caso è a sé ed è impossibile trovare una risposta univoca. In questi giorni c'è stata anche una difficoltà di linguaggio con termini quali 'eutanasia strisciante', 'accompagnamento alla morte', 'cure palliative', termini che indicano cose diverse e che non possono essere confuse". A riguardo il Codice fissa due limiti negativi, facendo divieto al medico di ricorrere sia all'accanimento te-



rapeutico (articolo 16) che all'eutanasia (articolo 17), e richiamandolo "a risparmiare inutili sofferenze psico-fisiche" ai pazienti in fase terminale (articolo 39). Riassumiamo sinteticamente i contenuti e in particolare le novità del nuovo Codice di Deontologia Medica, che presto sarà inviato dalla Fnomceo a tutti i medici italiani.

Sessualità e riproduzione

A questa materia è dedicato l'intero Capo VII del Codice, contenente cinque articoli. Accanto ai principi generali, che vincolano il medico ad intervenire sempre "a salvaguardia del diritto alla procreazione cosciente e responsabile", è ribadito il divieto a praticare l'Ivg al di fuori dei casi previsti dalla legge e la possibilità per il medico di esprimere la propria obiezione di coscienza

relativamente a questi interventi. Riguardo alla fecondazione assistita, il Codice vieta ai medici di praticarla in quattro casi: nelle forme di maternità surrogata; nei casi "al di fuori di coppie eterosessuali stabili"; nelle donne in menopausa; dopo la morte del partner.

Importanti anche i limiti posti ai test predittivi, che dovranno essere espressamente richiesti "per iscritto" dalla persona interessata, e che comunque non dovranno mai essere eseguiti dal medico a fini assicurativi o occupazionali.

Salute e ambiente

Un articolo, il quinto, interamente dedicato alla tutela ambientale, perché il medico "è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determi-

nante della salute dei cittadini". L'invito è dunque a impegnarsi per la promozione di una cultura che utilizzi le risorse naturali in modo appropriato "anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile".

L'appropriatezza come questione etica

Innovativo anche l'articolo 6 che impegna il medico a tener conto "dell'uso appropriato delle risorse", prescrivendo anche che si adoperi affinché siano garantite a tutti i cittadini le stesse opportunità di "accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure". Questo richiamo all'impegno del medico nel sistema sanitario, e non solo nel rapporto individuale con il paziente, introduce nel Codice una moderna visione di governo clinico,

che si realizza anche nell'obbligo fatto al professionista di segnalare gli errori, affinché sia possibile realizzare interventi correttivi e tutelare così la sicurezza dei pazienti.

Onorari professionali

In seguito ai recenti interventi legislativi in materia ordinistica, che vietano i cosiddetti tariffari, è scomparso dal Codice il concetto di "minimo professionale", sostituito all'articolo 54 da una definizione più articolata, secondo la quale "l'onorario deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze e dei mezzi impegnati".

Esercizio abusivo della professione

L'articolo 67 vieta in forma esplicita al medico "di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire" chi esercita abusivamente la professione. Inoltre diventa un preciso obbligo deontologico segnalare all'Ordine casi di questo tipo di cui si venga a conoscenza. Una norma severa voluta soprattutto dalla componente odontoiatrica della professione, afflitta e danneggiata dal fenomeno del "prestanomismo".

Conflitto di interessi

Il Codice dedica a questo tema l'articolo 30, nel quale si richiede che il medico sia consapevole e prevenga il possibile conflitto di interesse che si realizzi nella sua attività, dichiarando al destinatario la situazione così che questi possa compiere una "valutazione critica consapevole". Su questo tema sono anche state messe a punto delle Linee guida che integrano e sviluppano le indicazioni contenute nel Codice.

Pubblicità sanitaria

Anche su questo tema sono state redatte delle Linee guida, che tengono conto della legge Bersani e delle direttive europee in materia e che risultano fondate su due elementi essenziali: da una parte, il diritto del cittadino ad essere informato, dall'altra, l'impegno dell'Ordine professionale affinché l'informazione sia regolata dai principi di veridicità, verità e trasparenza.

Conoscere il Codice

Far conoscere a tutti i medici il nuovo Codice e favorire lo sviluppo di una crescente cultura in materia deontologica. La disposizione finale del documento prevede esplicitamente che gli Ordini provinciali consegnino a tutti gli iscritti una copia del nuovo Codice e tengano "periodicamente corsi di aggiornamento e approfondimento in materia deontologica".

Psr Sardegna

Turco: una buona notizia



■ “Davvero una buona notizia”, così ha commentato il ministro Livia Turco (nella foto) apprendendo la definitiva approvazione da parte del Consiglio regionale della Sardegna del nuovo Piano sanitario regionale. “La sanità sarda attendeva da oltre vent’anni che vi fosse un Piano sanitario attraverso il quale indicare strategie e obiettivi di lavoro – ha dichiarato il ministro – e finalmente, grazie all’impegno paziente che l’assessore Nerina Dirindin ha avviato fin dal primo giorno del suo insediamento, questo traguardo è stato raggiunto. Sono certa – ha aggiunto la Turco – che non si tratti di un passaggio meramente burocratico, perché so che alla definizione del Piano si è arrivati attraverso l’ascolto e il coinvolgimento di tutti gli attori del mondo sanitario, dai rappresentanti dei medici, alle amministrazioni locali, alle associazioni dei pazienti e dei cittadini”. Il ministro ha voluto sottolineare anche il valore di alcune specifiche indicazioni contenute nel nuovo Psr sardo: “L’attenzione particolare rivolta ad alcuni temi, come la salute mentale, e l’impegno a riorganizzare i “percorsi nascita” mostrano come si voglia dare concretamente risposta ai problemi di salute più urgenti per la popolazione”.

Piano sanitario. Per quanto riguarda la dotazione di posti letto, è stata valutata rispetto al tasso di occupazione del 75%, e considerando la domanda sul territorio e la situazione nel resto d’Italia.

Sono previsti accorpamenti?
È possibile che ci siano, specie nei centri maggiori dove ci sono più ospedali e quindi più ginecologie. Ma questo è rinviato agli atti aziendali, a momenti successivi di ridefinizione dell’azienda.

Qual è la situazione dei consultori?

Qui c’era una rete storicamente buona che però è stata trascurata. Il Piano ne propone la riorganizzazione, promuovendo l’integrazione nell’ambito del Distretto. Si deve tener conto dei nuovi bisogni e di disagi differenti rispetto al periodo in cui sono stati strutturati i primi consultori. **Y**

Approvato il Psr 2006-2008 atteso da oltre vent’anni di Stefano Simoni

Finalmente la Sardegna ha il suo Piano

“Personalizzazione dei servizi e forte integrazione con il sociale” queste le parole d’ordine che hanno ispirato il Psr, così come ci spiega in questa intervista Nerina Dirindin, assessore alla sanità della Regione Sardegna che ha fortemente voluto il Piano



Nerina Dirindin, Assessore alla sanità della Regione Sardegna

Assessore Dirindin, partiamo dal lavoro che c’è stato dietro al Piano. È stato un iter lungo?

Il Piano è stato predisposto condividendolo con tutti i soggetti interessati, cittadini, professionisti, operatori, amministrazioni locali. È stato sviluppato in questo modo perché avevamo la necessità e la consapevolezza di coinvolgere, in un progetto nuovo, tutti coloro che potevano dare un contributo.

La Giunta l’ha approvato in via definitiva nel novembre 2005, è entrato in Commissione sanità a gennaio 2006 e la discussione è durata tutto il 2006. Esaurito questo passaggio, il Consiglio Regionale ha approvato il Piano, dopo una discussione in aula durata un mese, il 19 gennaio 2007.

Il Psr si riferisce al triennio 2006-2008. Ma già nel 2006 tutto quanto si poteva avviare, in attuazione di quanto già programmato, è stato avviato in modo da non ritardare le attività.

Nello specifico cosa avete cominciato ad attuare?

Tutto ciò che poteva essere liberato dalla Giunta e che non richiedeva il coinvolgimento del Consiglio regionale. Il piano di riqualificazione e di rientro delle Aziende sanitarie, la riorganizzazione e il potenziamento della radioterapia, gli interventi a favore delle persone con disturbi mentali, lo sviluppo degli screening oncologici, più alcuni interventi contenuti nel Piano. Non abbiamo per contro avviato la riorganizzazione della rete ospedaliera, materia di programmazione regionale, e che quindi deve essere approvata dal Consiglio.

Su questo punto ci sono state polemiche, dibattiti e tensioni perché la riconversione è piuttosto consistente. Abbiamo un eccesso di posti letto per acuti e una

forte carenza di posti letto per post acuzie. Da un lato si tratta di ridurre i posti letto totali, dall’altro di riconvertire parte dei posti letto attualmente destinati agli acuti verso la lungo degenza e la riabilitazione.

Il secondo riequilibrio è tra le grandi città e le aree interne, carenti di alcune specialità a larga diffusione. In Sardegna infatti, storicamente, la rete ospedaliera è polarizzata sulle due città principali, Cagliari e Sassari, mentre alcuni territori interni presentano importanti carenze.

Quali sono gli obiettivi di salute del Piano?

Il Piano, dopo tanti anni senza programmazione, non spazia in tutti i settori della sanità ma individua alcune priorità. Queste sono in primo luogo quelle specifiche della Regione, il diabete, la sclerosi multipla, la talassemia, le malattie rare, nonché la salute mentale, sulla quale abbiamo lavorato molto favorendo l’integrazione fra sanità e sociale, le malattie cardiovascolari e le malattie oncologiche, prevedendo la istituzione della rete oncolo-

gica. In generale l’obiettivo è la creazione di reti di servizi, con la previsione di poli di riferimento e centri collegati (secondo il modello hub&spoke).

Cosa prevede invece il Piano per quanto riguarda la ginecologia e la neonatologia?

Per la neonatologia abbiamo previsto che sia presente in tutte le Asl, e nel capitolo che riguarda l’assistenza territoriale distrettuale c’è un paragrafo sui percorsi nascita.

In Sardegna ci sono punti nascita molto diffusi sul territorio con un numero di parti estremamente ridotto, soprattutto nei piccoli ospedali. Questo è un problema per la Regione che ha una rete viaria e una conformazione geomorfologica particolare.

Ci sono molte ginecologie e ostetricie che fanno molti parti cesarei e pochi parti naturali e questo non può andare. Sappiamo che la riorganizzazione sarà difficile, comunque vogliamo applicare le indicazioni dell’Oms e le linee guida nazionali col riferimento al numero di

parti che devono essere effettuati nelle strutture che dovranno sopravvivere. Per ora non abbiamo indicato espressamente quante strutture dovranno essere chiuse, ma la tendenza è quella di riconvertire quei territori dove il numero di parti è bassissimo.

Dobbiamo scendere sotto i 500, tenuto conto di qualche specificità territoriale, ma non certo mantenere territori che hanno 90-100 parti l’anno, perché la qualità dell’assistenza sarebbe non adeguata.

Abbiamo anche previsto di sperimentare forme alternative laddove il punto nascita potrà essere riconvertito, sperimentando soluzioni per le pazienti che non sono a rischio, magari potenziando anche il parto a domicilio e prevedendo la continuità dell’assistenza alla madre, prima e dopo.

Sulla ginecologia invece?

Il Piano dedica ampio spazio alla tutela della donna e della maternità, partendo dal potenziamento delle attività di informazione ed educazione alla procreazione responsabile. Tra le altre cose, abbiamo inserito la riorganizzazione della rete dei servizi che svolgono attività di consulenza e di genetica clinica per coppie in condizioni di rischio o con malattie genetiche in famiglia. Come obiettivi abbiamo inserito l’attivazione di percorsi per il parto-analgia, la definizione di protocolli operativi per la riduzione del ricorso al parto cesareo, quando non motivato da esigenze cliniche o di sicurezza, il potenziamento della diagnosi precoce delle patologie congenite cardiache, l’attivazione di percorsi di supporto alla famiglia in caso di nascita di bambino con deficit. Sono solo alcuni degli interventi cui daremo attuazione con il

Degrado e infezioni degli ospedali di Lucia Conti

Gli ospedali nell'occhio del ciclone

Si è conclusa la prima fase dello "scandalo ospedali" scattato dopo la pubblicazione sull'*Espresso* dell'ormai nota indagine svolta da Fabrizio Gatti al Policlinico Umberto I di Roma. Un'indagine che ha avuto il merito di alzare l'attenzione sullo stato di abbandono degli ospedali italiani, anche se scatenando un livello di allarme superiore alla realtà. Soprattutto riguardo al rischio di contrarre infezioni ospedaliere a causa dello stato strutturale degli ospedali

L'indagine dei Nas dimostra che i cittadini possono fidarsi delle strutture del servizio sanitario nazionale. Lo ha affermato il ministro della Salute, Livia Turco, illustrando una situazione meno drammatica di quanto si potesse pensare dopo aver letto le pagine di Gatti sull'Umberto I. Certo i ratti, gli scarafaggi e gli escrementi non sono una garanzia di salute per i degenti. I problemi esistono e nessuno vuole negarli, neanche il ministro, che ha dato il via alle indagini dei Nas non appena emerso "il fatto". "L'incuria e il degrado vanno colpiti in maniera inflessibile", ha detto Turco, sottolineando però che i risultati delle indagini dimostrano che ci si può fidare delle strutture italiane e che il sistema di *governance* funziona ed è in grado di reagire e intervenire quando necessario. "Le denunce apparse sulla stampa e riferite da un lato alla situazione di alcuni reparti e servizi del Policlinico Umberto I di Roma e, più in generale, alla problematica delle infezioni contratte dai pazienti durante il ricovero in ospedale - ha aggiunto il ministro - pur se riferite a singoli casi che non rispecchiamo la realtà della stragrande maggioranza delle strutture sanitarie pubbliche italiane, che offrono prestazioni e servizi di ottimo livello, confermano in ogni caso la necessità di un'azione forte e immediata di verifica del rispetto delle indicazioni nazionali per la prevenzione delle infezioni ospedaliere e, più in generale, per l'adozione di metodologie e protocolli che garantiscano la sicurezza delle cure in ogni fase dell'intervento clinico".



Ospedali: situazione da migliorare, ma non critica

Tra l'8 e il 9 gennaio scorsi, su mandato del ministro della Salute, le squadre dei Nas hanno dato il via alle ispezioni in 321 strutture su 672 ospedali pubblici italiani, quasi la metà delle strutture che, per dimensioni e capacità operativa, assorbono oltre il 70% del totale delle attività assistenziali ospedaliere. Secondo il resoconto dei Nas, il 46% delle strutture non presenta alcuna irregolarità, il 36% ha fatto rilevare alcune violazioni puramente amministrative e il restante 17% irregolarità che prevedono in base alle normative vigenti la segnalazione all'autorità giudiziaria (vedi tabella).

Quindi, nessuna chiusura degli ospedali per gravi carenze. Secondo il ministro, ci sono però tre questioni da affrontare politicamente per risolvere le carenze di alcuni ospedali italiani assicurando continuità nei control-

li con le Regioni. Innanzitutto è necessario risolvere le disuguaglianze fra Regione e Regione, che di fatto comportano una differenza nelle cure garantite ai cittadini. Serve poi vigilare sul sistema degli appalti e sulla externalizzazione dei servizi. Infine, ha aggiunto il ministro, bisognerà sancire un patto "fra persone responsabili, dove ognuno deve fare la sua parte nell'ottica dell'innovazione delle strutture sanitarie e della loro manutenzione, perché non possono esistere mancanza di pulizia o strutture fatiscenti. Alle Regioni chiederemo una precisa catena di responsabilità per questo".

Nel frattempo, in un incontro dello scorso 18 gennaio con gli assessori regionali alla Sanità, il ministro Turco ha illustrato i dati relativi alla disponibilità dei finanziamenti stanziati dalla legge finanziaria per l'ammodernamento strutturale e tecnologico in sanità. La Finanziaria 2007 ha

elevato da 17 a 20 miliardi di euro i finanziamenti previsti a partire dalla legge 67/'88 sull'edilizia sanitaria. Le risorse spese finora sono 14,5 miliardi, per una disponibilità residua finale di 5,5 miliardi residui, con cui continuare a realizzare quei progetti di ristrutturazione e ammodernamento di cui il sistema sanitario ha bisogno.

Dal ministero un programma per combattere le infezioni ospedaliere

Le infezioni ospedaliere sono da anni costantemente sotto osservazione nel nostro Paese, che ha da tempo adottato linee guida dettagliate per ridurre al minimo i rischi di contrarre un'infezione durante le fasi del ricovero. Secondo i dati del ministero della Salute, il numero di infezioni ospedaliere in Italia appare da anni in linea con i dati registrati negli altri Paesi europei, con

Il "mostro"

Scandalo Umberto I sulle pagine dell'*Espresso*

■ Cicche di sigarette ovunque, laboratori incustoditi, sporcizia e addirittura escrementi, persino nel reparto di pediatria intensiva. È quello che ha trovato al Policlinico Umberto I il giornalista dell'*Espresso*, Fabrizio Gatti, che per un mese si è finto addetto delle pulizie e si è intrufolato nelle stanze del Policlinico più importante d'Italia, per constatarne lo stato. E il risultato è stato tutt'altro che positivo. È emerso quanto di peggio nascondono i meandri dei nostri ospedali, che hanno portato sdegno tra la politica e l'opinione pubblica. "L'elenco delle negligenze fotografate e filmate è impressionante", afferma Gatti nel suo reportage. "Dal 4 al 29 dicembre - racconta - il laboratorio di Fisica sanitaria resta più volte incustodito con i frigo e gli armadi aperti nonostante la presenza di sostanze radioattive. Il deposito di colture batteriche e virali del Dipartimento di malattie infettive e tropicali non ha serratura: senza sorveglianza, il congelatore con le provette a rischio contagio è sempre accessibile a chiunque. Per tre giorni nessuno pulisce gli escrementi che la notte di Santo Stefano un cane randagio ha lasciato nel corridoio sfruttato per trasferire i pazienti da un reparto all'altro. Infermieri e portantini spesso fumano anche quando spingono gli infermi su lettighe e carrozzelle". "Questo poi non è un ospedale qualunque", continua il giornalista. "È il Policlinico Umberto I di Roma, il più grande d'Italia, uno dei più grandi al mondo. L'ospedale modello dell'Università La Sapienza che con i suoi professori, assistenti, ricercatori, medici, infermieri, allievi è, o dovrebbe essere, l'eccellenza dello Stato. Invece è l'esempio di come la sanità pubblica si stia suicidando. Non solo per la sporcizia e la carenza di manutenzione grazie ad appalti che nessuno controlla. Ma anche per l'abitudine al degrado che sta inesorabilmente contagiando le persone. A cominciare dagli studenti, il futuro della medicina, costretti a formarsi in una realtà nella quale o ci si rassegna o si scappa". Una situazione dura da accettare e da risolvere. Perché non bastano le risorse economiche, ma occorre un impegno personale di tutti gli attori del sistema che, come affermato da Gatti, appare difficile ritrovare in una società che si sta assuefacendo al degrado. L'inchiesta dell'*Espresso* ha certamente dato un forte input, a cui il ministro della Salute ha prontamente risposto. Il futuro è tutto da vedere.

“Mani pulite”

Quando serve che una mano lavi l'altra

■ A margine della conferenza stampa sui primi risultati delle ispezioni condotte dai Nas negli ospedali italiani, ai giornalisti è stato consegnato il materiale della campagna Oms “Clean care in safer care”, veicolato in Italia dal Ccm, il Centro per il Controllo delle Malattie coordinato da Donato Greco. Non si può negare che, sfogliando il materiale, a molti sia sfuggito un sorrisetto: la campagna, infatti, è interamente centrata sulla necessità per gli operatori sanitari di lavarsi le mani. Ed è sembrata fuori dal tempo, considerando le immagini truculente circolate sui media per descrivere la situazione del Policlinico di Roma.

L'operazione “mani pulite”, che sembrerebbe banale, è descritta dettagliatamente negli opuscoli messi a punto dall'Oms, con una ventina di illustrazioni che spiegano, passaggio per passaggio, come lavarsi le mani con acqua e sapone oppure con la più moderna soluzione alcolica e anche in quali circostanze è indispensabile svolgere questa manovra.

Tutti sanno che le terribili setticemie post partum, che falciavano le puerpere fino al secolo scorso, sono state drasticamente ridotte proprio grazie all'introduzione di questa semplicissima misura igienica. Proprio per questo viene da chiedersi se davvero sia necessario ancora oggi che il massimo organismo mondiale di salute pubblica torni con una campagna sul tema, impegnando su questo molte risorse, come si può verificare visitando il sito www.who.int

Certo, i dati forniti dalla stessa Oms sulla diffusione delle infezioni associate alle cure sanitarie sono impressionanti. Ne riportiamo uno solo: per queste cause ogni giorno, nei paesi in via di sviluppo, muoiono 4.384 bambini. E allora non c'è proprio niente da ridere: impariamo di nuovo a lavarci le mani.

(Fonte: Il Bisturi n. 1/2007)

un'incidenza media tra il 4,5 e il 7% dei ricoveri (pari a circa 450.000/700.000 casi, con una mortalità dell'1%) a fronte del 3,6% della Germania e del 13% della Svizzera.

Si può stimare che ogni anno, in Italia, si verifichino dalle 450 mila alle 700 mila infezioni in pazienti ricoverati in ospedale.

Eppure, almeno il 30% di queste infezioni sarebbe facilmente evitabile con l'adozione di semplici regole igieniche che vanno dal lavaggio delle mani al rispetto di norme per la cura delle ferite e la pulizia del paziente durante l'assistenza. Anche al fine di ottimizzare tali interventi lo scorso 10 ottobre è stato attivato il *Progetto nazionale per le cure sicure*, varato in accordo con le Regioni dal ministero della Salute. Il Progetto prevede di sviluppare un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epi-

demie; di sviluppare sistemi di monitoraggio delle infezioni associate alle diverse forme di assistenza sanitaria e socio-sanitaria residenziale e domiciliare e costruire un quadro epidemiologico delle infezioni associate all'assistenza sanitaria a livello nazionale; di definire requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni; di promuovere l'adesione a pratiche assistenziali basate su valide e convalidate conoscenze scientifiche attraverso la diffusione di Linee guida e la definizione di programmi formativi per il personale addetto al controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria; di realizzare programmi di comunicazione e gestione del rischio relativamente alle infezioni in strutture sanitarie e socio-

sanitarie e nei programmi di assistenza domiciliare. Il progetto rientra nell'iniziativa dell'Organizzazione mondiale della Sanità Sfida alla salute globale del paziente (Global Patient Safety Challenge), che riguarda l'impegno di garantire la salute del paziente attraverso il controllo delle infezioni ospedaliere.

■ **Simpios: come l'organizzazione del sistema influisce sui rischi di infezione**

L'igiene ospedaliera è un problema rilevante che riguarda in particolare la pulizia delle superfici, lo smaltimento dei rifiuti, l'utilizzo corretto delle divise, l'accessibilità controllata ad alcune aree particolarmente a rischio. Certamente il corretto governo di questi aspetti e l'applicazione delle normative specifiche esistenti sono re-

quisiti fondamentali, la cui applicazione è giudicata obbligatoria dal legislatore per qualificare una struttura come sanitaria.

Tutti questi interventi però hanno una influenza limitata sul fenomeno delle infezioni ospedaliere, che sono un fenomeno complesso e il risultato dell'interazione tra diversi fattori legati al paziente, alla tipologia di procedura utilizzata e ai comportamenti degli operatori che la praticano: è la combinazione di questi aspetti che determina o meno il possibile insorgere di un'infezione.

A sottolinearlo è la Società italiana multidisciplinare per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie (Simpios), che a seguito dello scandalo ospedali ha voluto proporre delle riflessioni per meglio comprendere il fenomeno delle infezioni e i rischi legati alle



Quadro di sintesi delle irregolarità rilevate dai Nas

Tipologia irregolarità per cui è prevista segnalazione all'Autorità giudiziaria	Regione	Numero irregolarità* (una struttura può presentare più irregolarità)
Gravi carenze igienico strutturali in depositi di presidi medico chirurgici e materiali vari non aperti al pubblico (i locali sono stati chiusi)	Sicilia	2
Carenza igiene, pulizia e conservazione ambienti	Sicilia (12), Lazio (7), Calabria (4), Campania (1)	24
Carenza requisiti minimi strutturali	Calabria	8
Carenza impianti prevenzione infortuni e/o incendi	Calabria	14
Mancata certificazione prevenzione incendi	Calabria	3
Mancata esposizione cartellonistica vie d'uscita e d'emergenza	Piemonte	1
Assenza maniglioni antipánico	Lazio (1), Emilia Romagna (1)	2
Uscite d'emergenza parzialmente ostruite	Lazio	1
Impianti elettrici non a norma	Lazio	1
Mancata manutenzione periodica estintori	Toscana	1
Farmaci scaduti (in tutto 277 confezioni)	Basilicata (2), Friuli V.G. (2), Abruzzo (1), Campania (1), Lazio (1), Sicilia (1)	8
Reagenti per diagnostica scaduti (in tutto 58 confezioni)	Puglia	1
Irregolare tenuta dei registri farmaci stupefacenti	Sicilia (4), Lombardia (1), Basilicata (1), Calabria (1)	7
Disfunzioni smaltimento rifiuti speciali	Sicilia (1), Calabria (1)	2
Cattivo stato o alterazione alimenti	Sicilia	1
Mancata tutela privacy	Lombardia	1
Abusivismo professionale	Calabria	2
Assenteismo	Sicilia	2

*Nota: le irregolarità segnalate all'Autorità giudiziaria sono in tutto 81 rilevate in 56 strutture su un totale di 321 strutture ispezionate (Fonte: ministero della Salute, Indagine Nas, gennaio 2007)

strutture ospedaliere. Secondo la Simpios, quello delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali è più un problema di tutta l'organizzazione che non dei singoli professionisti. E per contrastare questa situazione, Simpios ritiene essenziale che al-

meno i seguenti punti trovino immediata e completa applicazione a livello nazionale: presenza in tutte le strutture sanitarie di un gruppo dedicato al controllo del rischio infettivo; formazione e presenza di personale qualificato addetto al controllo delle infezioni ospedaliere; partecipazione di ogni struttura a programmi di sorveglianza del fenomeno; adozione di standard di comportamento comuni a tutto il territorio nazionale (es. lavaggio mani, isolamento pazienti infetti, pulizia, disinfezione e sterilizzazione, procedure per l'utilizzo dei devices-cateteri ecc., profilassi vaccinale); sistematica adozione e attuazione di programmi di sorveglianza e controllo da parte di tutte le Regioni e la pubblicazione periodica dei risultati. Queste misure devono essere accompagnate anche da interventi edili impiantistici per rendere le strutture più adeguate ai moderni standard di assistenza. ■

La Global Patient Safety Challenge dell'Oms

■ Il 13 ottobre 2005 l'Organizzazione mondiale della Sanità ha lanciato la Campagna contro le infezioni associate all'assistenza sanitaria. L'obiettivo generale è quello di incoraggiare i diversi Paesi ad organizzare eventi a livello nazionale con il tema “Una cura attenta all'igiene è una cura più sicura”. Sono stati i ministri della Salute in prima persona, o un loro rappresentante, ad assumere ufficialmente l'impegno a sostenere questa campagna, firmando una dichiarazione con la quale affer-

mano di voler valorizzare e promuovere iniziative a livello nazionale volte a ridurre le infezioni legate all'assistenza sanitaria.

Una sfida, come dice il titolo della campagna, che i Paesi aderenti saranno chiamati ad affrontare e vincere attraverso tre strategie:

- campagne globali e nazionali per la promozione della campagna Oms;
- dichiarazione del Paese che si impegna a sostenere l'iniziativa;
- diffusione dell'iniziativa nelle strutture sanitarie territoriali.

Per quanto riguarda l'Italia, sin dagli anni Ottanta sono stati prodotti documenti di indirizzo per contrastare le infezioni ospedaliere. Così come sono stati condotti numerosi studi di prevalenza e di incidenza. Non ultimo, il controllo delle infezioni è stato posto tra gli obiettivi del nuovo Piano sanitario nazionale.

Presso il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie, istituito presso il ministero della Salute, è stato avviato, inoltre, un importante progetto per lo sviluppo

di sistemi di monitoraggio delle infezioni che prevede la diffusione di Linee guida, programmi formativi, programmi di comunicazione del rischio infezione. Nell'assumere il proprio impegno a sostenere e promuovere in Italia la campagna contro le infezioni associate all'assistenza sanitaria, il ministero della Salute ha annunciato che provvederà a monitorare il profilo epidemiologico delle infezioni e a promuovere l'igiene delle mani come uno dei metodi di controllo efficace delle infezioni stesse.

Viaggio in Cina del ministro Livia Turco di Alessia Romano

Rilancio dei rapporti italo-cinesi in sanità

Contribuire, per la parte sanitaria, al rilancio dei rapporti bilaterali italo-cinesi. Questo l'obiettivo della visita di Stato in Cina del ministro della Salute Livia Turco. Tra i traguardi da raggiungere la formazione di medici specializzati in medicina tradizionale cinese e il controllo di qualità dei farmaci cinesi

L'incontro, avvenuto a Pechino dal 13 al 16 gennaio, segue quelli svolti nell'autunno scorso con le visite del presidente del Consiglio Romano Prodi e del ministro degli Esteri Massimo D'Alema, nell'ambito delle quali sono stati sottoscritti diversi accordi di collaborazione italo-cinese nei settori dell'economia, dell'ambiente, della cultura e della sanità. Per quanto riguarda quest'ultima, la collaborazione con la Cina si articola in diversi ambiti e con la visita del Ministro Livia Turco si è dato il via a una serie di iniziative. Tra le più importanti un accordo, sottoscritto da entrambi i ministri della Salute, in cui si stabilisce che il centro per il controllo delle malattie italiano e quello cinese potranno scambiarsi materiale prezioso (ceppi virali) per combattere eventuali epidemie. Si viene così a creare una forte intesa e collaborazione contro le malattie infettive.

Le informazioni che arriveranno dalla Cina saranno fondamentali per arricchire le banche genomiche, dove vengono conservati i dati che permettono di individuare e riconoscere i virus e i segmenti di questo in tempi brevissimi. Si è poi convenuto sulla possibilità di sviluppare la collaborazione in campo oncologico, promuovendo la realizzazione di materiali informativi di prevenzione e informazione sul cancro insieme alla Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt).

Il progetto, che ha come fine la realizzazione di un padiglione di oncologia pediatrica a Pechino, verrà messo a punto dagli esperti dell'ospedale Meyer di Firenze che metteranno a disposizione il know-how tecnologico. La partecipazione italiana al progetto cinese prevede inoltre la formazione del personale, il progetto



preliminare edilizio e la definizione del complesso parco tecnologico. Fra le novità c'è anche quella che l'ospedale italiano attiverà al suo interno un società per azioni come braccio operativo di questa iniziativa non gravando così sulle risorse pubbliche. Ma contro i tumori, questa volta per i cinesi che vivono in Italia, c'è anche un'altra novità. La Lilt, in collaborazione con l'associazione cinese contro il cancro, produrrà opuscoli in lingua per la prevenzione del cancro al polmone e al seno. I tumori in Cina sono una delle emergenze sanitarie di maggior rilievo. In Cina c'è anche un vero e proprio boom di malattie cardiovascolari legate molto spesso alle abitudini di vita sbagliate acquisite dagli abitanti delle grandi aree metropolitane in linea con il progresso economico.

Sul fronte della collaborazione scientifica si è poi dato il via alla

costituzione del primo laboratorio farmaceutico congiunto italo-cinese dove parteciperanno università e aziende italiane e cinesi, con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss) per la parte italiana e dell'Università di Tianjin per la parte cinese, sede del laboratorio.

Tra le finalità dell'iniziativa quella di sviluppare nuovi medicinali, in particolare per il cancro, le malattie cardiovascolari e quelle immunitarie, attraverso la ricerca su composti attivi estratti dalle piante e grazie a specifici programmi di sperimentazione clinica su standard europei; di curare la registrazione dei prodotti tradizionali della medicina cinese sul mercato europeo e di sviluppare eventuali medicinali per il mercato cinese. Il presidente dell'Iss Enrico Garaci, presente all'inaugurazione del laboratorio, ha dichiarato: "Le aree clini-

Un comitato paritetico avrà cura di verificare gli impegni e monitorare le diverse attività concordate

che su cui il progetto intende immediatamente iniziare a lavorare sono la riabilitazione post iclus, lo scompenso cardiaco e la gestione degli effetti collaterali delle chemioterapie attraverso l'agopuntura". Inoltre, ha commentato Garaci, "scopo principale del laboratorio è quello di modernizzare la medicina tradizionale cinese e utilizzare i nostri metodi di validazione per testarne l'efficacia.

È stato di conseguenza accelerato il progetto di collaborazione per la validazione di 16 medicinali cinesi di origine vegetale per rendere possibile la loro futura registrazione in Italia secondo canoni di sicurezza e verifica scien-

tifica della loro efficacia mentre le frontiere rimarranno chiuse per alcuni medicinali che rappresentano la parte più di colore della disciplina: scorpioni, serpenti o altro. Perciò, sono state stabilite, sul versante della politica farmaceutica e dei dispositivi medici, precise modalità per consentire un costante scambio informativo sulle rispettive norme regolatorie per una maggiore integrazione commerciale. In linea con il piano d'azione 2006-2009, si è convenuto sulla cooperazione per lo sviluppo della medicina rurale cinese, tuttora in via di sviluppo con il 50% dei contadini non ancora coperti da assicurazione sanitaria. Altre iniziative sono state concordate per lo sviluppo dei sistemi di emergenza sanitaria e pronto soccorso, anche in vista delle Olimpiadi che si svolgeranno in Cina nel 2008. "Ci si baserà su un sistema informatico di intelligenza artificiale - ha spiegato Donato Greco, direttore del dipartimento prevenzione del ministero della Salute - che è in grado di analizzare i dati su tutto ciò che avviene nelle zone in cui si svolge la manifestazione, riconoscendo se due eventi sono simili e segnalando agli operatori il rischio di un'emergenza sanitaria". Meccanismo considerato fondamentale per evitare, in situazioni come quelle in cui si concentrano milioni di persone, il propagarsi di virus o lo svilupparsi di focolai.

Per quanto riguarda l'interscambio formativo, è previsto il potenziamento dell'attività di formazione dei medici italiani nell'ambito della medicina tradizionale cinese, con l'ampliamento della durata dei corsi e l'articolazione dei programmi dei master su specifiche patologie. Attualmente sono già coinvolte le Università di Milano, Roma e Firenze con il fine di formare operatori competenti e accreditati, anche grazie alla collaborazione diretta delle Università statali cinesi. L'Italia inoltre ha offerto borse di studio ai ricercatori cinesi e la candidatura degli studenti della Repubblica popolare alle borse di studio europee Marie Curie. In

tema di sicurezza alimentare, è stato confermato l'intento delle autorità cinesi di sbloccare le importazioni di prodotti suini crudi (prosciutto tipo Parma e San Daniele). Per questo sono stati attivati da subito gli uffici preposti del Ministero della salute italiano e dell'Amministrazione per la quarantena e le ispezioni alimentari del governo cinese per definire a breve le apposite certificazioni di idoneità. Un nuovo aggiornamento sulla cooperazione nel settore della sanità tra Italia e Cina avverrà in occasione del viaggio in Italia del ministro della Sanità cinese in programma nella prima decade del prossimo mese di maggio. **Y**

Indagine Istat "Essere madri in Italia"

Come cambia diventare madri

Crisi della fecondità? Non è del tutto vero. Secondo uno studio Istat, le donne italiane mostrano un'elevata propensione a diventare madri. Anche se il modello familiare destinato a prevalere sembra essere quello del figlio unico

La diminuzione della fecondità è stata accompagnata da importanti mutamenti nelle modalità temporali scelte dalle coppie per avere dei figli. L'età media della madre alla nascita del primo figlio, che è stata per molto tempo abbastanza stabile intorno ai 25 anni, è andata progressivamente aumentando raggiungendo oggi la soglia dei 29 anni e il modello familiare destinato a prevalere sembra essere quello del figlio unico. Ma non è la voglia di aver figli che manca alle donne italiane. Nell'indagine *Essere madri in Italia - Anno 2005*, infatti, l'Istat rileva che il numero "atteso" di figli (indicatore calcolato sul numero di figli avuti più il numero di figli che si intendono avere in futuro, più 1 nel caso in cui la donna intervistata sia incinta) è di 2,19 nonostante il numero effettivo è stato nel 2005 di 1,33. Cercando di contestualizzare questo risultato vediamo come per le più giovani la componente progettuale dovuta alla fecondità futura pesa di più rispetto ai figli già avuti; andando avanti con le età, la quota di fecondità realizzata assume maggiore rilievo e l'indicatore tende a coincidere con il numero di figli effettivamente realizzato. Per le madri di età più avanzata, dunque, l'intenzione di avere un solo figlio può essere in alcuni casi una constatazione di fatto, maturata con l'approssimarsi del limite dell'età feconda, piuttosto che l'espressione di un progetto familiare predeterminato. Secondo l'indagine, condotta su un campione di circa 50 mila madri di bambini iscritti in anagrafe per nascita nel 2003, il numero di figli "atteso" è dunque superiore a due. Si propongono di avere almeno due figli sia le donne nate dagli anni '70 in poi, che hanno ap-

pena avviato la loro carriera riproduttiva, sia le donne nate prima del 1963, che al contrario l'hanno quasi conclusa. Il numero medio di figli "atteso" sembra comunque essere leggermente più alto per le generazioni meno giovani (2,35). Il modello familiare dominante risulta quindi essere quello con due figli (oltre il 61%). Troviamo anche però che la proporzione di donne che intende avere un solo figlio cresce rapidamente a partire dai 25 anni di età e per le donne con più di 40 anni è del 18%. Livelli elevati si registrano anche per le madri più giovani: il 15% delle donne con meno di 25 anni non ha intenzione di avere altri figli in futuro (erano l'11% nel 2002). Tuttavia il significato di queste proporzioni è diverso a seconda del momento della storia riproduttiva in cui vengono colte le donne.

Le ragioni per non volere altri figli

Le motivazioni per non avere un altro figlio possono ritrovarsi nella soddisfazione per aver raggiunto la dimensione familiare desiderata. Seguono i motivi economici, quelli di età, motivi di lavoro, motivi di salute, preoccupazione per i figli, fatica per gravidanza e cura dei figli. Il campione di madri è rappresentativo delle 536mila donne che hanno avuto un figlio nel 2003. Di queste madri il 51% ha avuto il primo figlio, il 38% è all'esperienza del secondo e l'11% ha avuto il terzo figlio o un figlio di ordine successivo. Le donne che non vogliono avere altri figli in futuro sono pari al 40% delle intervistate, in leggero aumento rispetto al 2002 (erano il 37%). Rispetto al 2002 si osserva, qualunque sia il numero di figli avuti, un aumento del numero delle madri che indica il costo dei fi-

gli come motivo prevalente per non volerne altri. Perciò, l'impatto con le difficoltà quotidiane, come il lavoro ma anche il prendersi cura del bambino, si traduce in una rinuncia ad avere ulteriori figli. Sempre più donne decidono di posticipare la nascita di un figlio mettendo in primo piano la realizzazione scolastica e lavorativa. Se da una parte questi cambiamenti sono fortemente positivi, dall'altra impongono alle madri di oggi il "moltiplicarsi" su più fronti, cercando di gestire il doppio lavoro, quello extradomestico e quello in casa.

Madri sempre più istruite

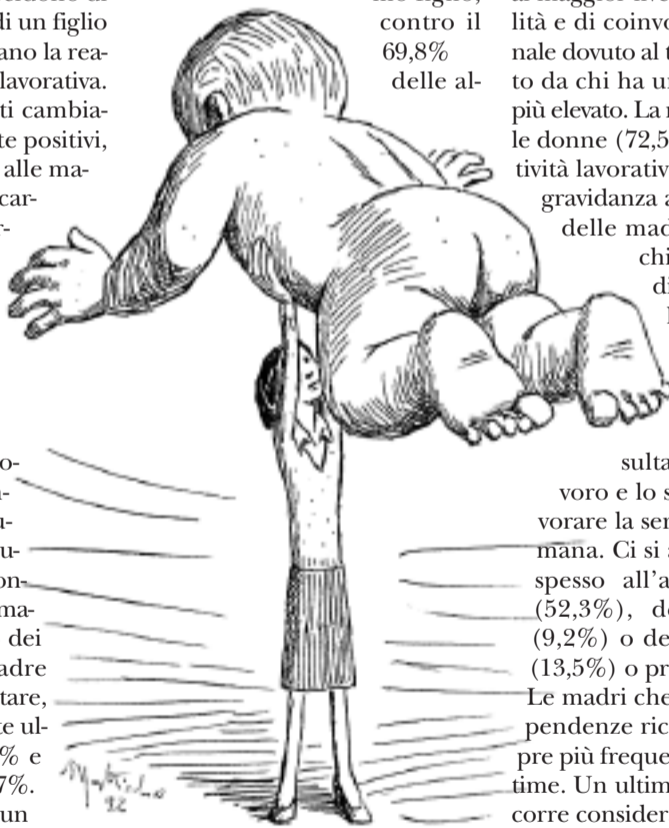
La diffusione della scolarizzazione ha comportato un forte aumento dei livelli di istruzione delle donne e, conseguentemente, delle madri: se nel 1980 il 40% dei nati avevano una madre con la licenza elementare, dieci anni dopo, queste ultime scendono al 14% e nel 2003 sono solo l'1,7%. All'opposto si osserva un considerevole aumento dei nati da donne con titolo di studio medio alto: le madri con diploma di scuola media superiore sono aumentate dal 19% del 1980 al 30% del 1990 fino a superare il 54% nel 2003. Nello stesso tempo le laureate sono quadruplicate passando dal 4 al 16%. Questo comporta anche uno spostamento in avanti dell'età nella procreazione del primo figlio, visti i tempi del-

lo studio soprattutto di livello più elevato.

Famiglia e lavoro

Se andiamo ad indagare l'ambito lavorativo notiamo che il 63,3% delle donne divenute madri nel 2003 aveva un lavoro, al momento del parto, o era in cerca di un'occupazione (erano il 57% nel 2000/2001). La maggioranza delle madri ha un contratto a tempo indeterminato (78,2%). Le principali motivazioni che spingono le donne a lavorare sono: per "contribuire al bilancio familiare" (54,5%); per il 21,9% delle madri lavoratrici, invece, il motivo principale per lavorare risiede nella gratificazione, mentre il 18,8% lavora per sentirsi indipendente. Sarebbe, pertanto, riduttivo concludere che le madri lavorano prevalentemente per necessità economica: la stessa motivazione "lavoro per contribuire al bilancio familiare" racchiude in sé anche un'idea della soddisfazione personale che hanno le donne nel poter apportare il loro contributo al benessere economico della famiglia. Perciò possiamo affermare che l'istruzione e l'occupazione delle donne hanno una forte influenza sulle loro scelte riproduttive. Il risultato più evidente è costituito dalla posticipazione della nascita del primo figlio. A 30 anni infatti, solo il 56,8% delle madri con un livello

alto di istruzione ha avuto il primo figlio, contro il 69,8% delle al-



Problemi economici, lavorativi e di età hanno fatto diventare il passaggio dal primo figlio a quelli di ordine successivo sempre meno frequente

tre. Non è facile riuscire a conciliare lavoro e famiglia: il 18,4% di tutte le madri occupate all'inizio della gravidanza non lavora più al momento dell'intervista. Il rischio di perdere o lasciare il lavoro dopo la nascita di un figlio presenta rilevanti differenze se si considera la ripartizione geografica di residenza delle donne, infatti il rischio di perdere il lavoro è più elevato al Sud. Un aspetto che sorprende è quello che riguarda il rientro anticipato al lavoro. La tendenza ad anticipare il rientro è tipica delle madri del Mezzogiorno. Circa il 60% di queste donne riprende a lavorare entro i 6 mesi di vita del bambino (contro il 32% delle madri del Nord). Emerge inoltre un comportamento diversificato per titolo di studio. La maggior parte delle donne rientra anticipatamente al lavoro per esigenze economiche (49,5% dei casi), anche se la percentuale si abbassa quando si parla di donne laureate, 39% contro il 58% delle donne con basso titolo di studio. Altro motivo indicato dalle madri per il ritorno al lavoro è "il mio lavoro richiedeva la mia presenza": si è espresso in questo modo il 31% delle laureate contro il 16% delle donne che hanno frequentato la scuola dell'obbligo. Queste differenze sono attribuibili, verosimilmente, sia al diverso status socio-economico familiare che spesso è associato al livello di istruzione, sia al maggior livello di responsabilità e di coinvolgimento personale dovuto al tipo di lavoro svolto da chi ha un titolo di studio più elevato. La maggior parte delle donne (72,5%) prosegue l'attività lavorativa che svolgeva in gravidanza anche se il 40,2% delle madri che lavora dichiara di avere delle difficoltà nel conciliare la vita lavorativa con quella familiare. Gli aspetti più critici del lavoro risultano l'orario di lavoro e lo svolgere turni, lavorare la sera o nel fine settimana. Ci si affida così molto spesso all'aiuto dei nonni (52,3%), delle baby sitter (9,2%) o dell'asilo pubblico (13,5%) o privato (14,3%). Le madri che lavorano alle dipendenze ricorrono così sempre più frequentemente al part-time. Un ultimo aspetto che occorre considerare nel valutare il carico di lavoro che grava sulle madri riguarda il lavoro domestico. La divisione del lavoro familiare nel nostro paese è molto sbilanciata nei confronti delle donne, anche quando queste lavorano fuori casa, infatti, il 63% delle madri occupate dichiara di non ricevere alcun aiuto per i lavori in casa; nel 52% dei casi viene aiutata da una collaboratrice domestica; nel 25% si ha di nuovo il coinvolgimento dei nonni e nel 17% del partner. **Y**

Tumore del collo dell'utero di Stefano Simoni

Sconfiggerlo ora si può

La campagna vaccinale italiana contro il tumore della cervice uterina, la prima gratuita in Europa, potrebbe partire già in primavera: a beneficiarne 280 mila ragazze di 12 anni. La spesa a carico del Ssn sarà di 75 mln di euro l'anno

Il tumore all'utero uccide solo in Italia ogni anno 1800 donne: il responsabile nella grandissima parte dei casi è il *papillomavirus* contro il quale arriverà in primavera un vaccino a cui l'Aifa ha dato il suo via libera i primi di febbraio. L'Italia sarà il primo paese europeo a registrarlo e fornirlo gratuitamente; a beneficiarne saranno da subito le 280 mila ragazze che hanno 12 anni.

La campagna vaccinale, la prima in Europa gratuita contro il tumore della cervice uterina, è stata annunciata dal ministro della Salute Livia Turco nel corso dell'incontro organizzato dall'Osservatorio sulla salute della donna (Onda), svoltosi a Roma a fine gennaio, al quale hanno partecipato le 28 parlamentari che hanno aderito all'impegno di combattere il cancro dell'utero. La vaccinazione riguarderà in Italia le ragazze di 12 anni che saranno chiamate ad una prima vaccinazione con una dose iniziale e a due richiami entro i sei mesi dalla prima. La spesa a carico del servizio pub-

blico è valutata in 75 milioni di euro l'anno. Livia Turco ha anche aggiunto che le informazioni scientifiche oggi disponibili parlano di "un vaccino sicuro, ben tollerato e in grado di prevenire la quasi totalità dei casi di insorgenza di un'infezione persistente dei due ceppi virali responsabili attualmente del 70% dei casi di questo tumore".

I pareri del Consiglio superiore di sanità e della commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco avevano indicato la necessità di intervenire in via prioritaria, offrendo il vaccino gratuitamente proprio alle ragazze in età prepuberale (12 anni), prima dell'ingresso nell'età sessualmente attiva. Successivamente, ha anche aggiunto il ministro, la strategia prevede l'allargamento dell'offerta del vaccino ad altre donne tra i 25 e i 26 anni, preferibilmente in coincidenza con il primo invito all'esecuzione del Pap test. Il vaccino, al di fuori dei programmi organizzati che prevedono l'inserimento di questa offerta all'interno dei livelli essenziali di assistenza, sarà comunque disponibile a pagamento in farmacia con la pre-

Pensare oggi alla salute di domani

■ L'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna - Onda (www.ondaosservatorio.it) è una onlus nata per stimolare la ricerca sulle principali patologie che colpiscono l'universo femminile e le loro implicazioni economiche, politiche e sociali, contribuendo alla diffusione di informazioni medico-scientifiche e promuovendo culturalmente il ruolo sociale della donna nella valorizzazione della ricerca e della conoscenza scientifica. I referenti di Onda sono le Istituzioni, le società scientifiche, le associazioni di categoria, gli istituti di ricerca, le Università, gli organi di comunicazione, le associazioni di pazienti.

scrizione del medico, ed è indicato per le donne che non hanno ancora contratto l'infezione. I benefici di questa immunizzazione arriveranno però solo fra qualche anno. Per questa ragione non bisogna abbassare la guardia con le armi a disposizione: Pap test e il test anti Hpv. L'invito è quindi di non trascurare

la prevenzione nei confronti di questo tumore. Il Pap test resta, infatti, lo strumento attualmente privilegiato per prevenire la malattia nelle donne adulte. Nella primavera dello scorso anno è stata condotta una rilevazione dei programmi di screening alla cervice in Italia, condotti nell'anno precedente. Il numero di donne tra i 25 e i 64 anni che sono residenti in zone con programmi di prevenzione attivi è salito da 5 milioni nel '99 a 11 milioni nel 2005. Solo nel 2005 sono state invitate dai programmi organizzati oltre 2 milioni 800mila donne, ma ci sono troppe differenze tra le Regioni. Il tumore del collo dell'utero è al secondo posto come frequenza dopo quello della mammella, specie nei paesi in via di sviluppo. In Europa uccide 15.000 donne l'anno, solo in Italia 1.800. Il 98% di questo tipo di carcinomi è causato dal *papillomavirus*. Questo virus a Dna è l'unico agente patogeno che fino a questo momento si è dimostrato direttamente responsabile dello sviluppo di una forma tumorale. Dei 120 diversi tipi di Hpv che infettano l'uomo 30 sono trasmessi comunemente per via sessuale. Di questi circa 12 provocano il tumore e due (denominati 16 e 18) sono quelli riconosciuti come responsabili del 70% di tutti i carcinomi cervicali.

Le infezioni da Hpv sono estremamente diffuse, e in molti casi asintomatiche: alcuni studi sostengono che il 75% delle donne sessualmente attive sia stata contagiata da una qualche forma del virus. La grande maggioranza di queste infezioni è destinata a scomparire spontaneamente nel corso di pochi mesi, ma una parte sviluppa il tumore maligno del collo uterino. Il rischio di contrarre una infezione da Hpv aumenta con il numero dei partner sessuali, ed è massimo nell'età più giovanile (20-35 anni). Le lesioni da Hpv del

collo uterino possono essere riconosciute mediante Pap test, la colposcopia o tecniche di patologia molecolare. Per quanto riguarda l'incidenza del tumore sulla popolazione mondiale, si stima che ogni anno siano almeno 500mila le donne colpite dal tumore della cervice, di cui l'80% nei Paesi in via di sviluppo. In Italia, grazie all'attuazione dei programmi di screening, l'incidenza di questa malattia è in diminuzione, ma si registrano comunque ogni anno 3.500 nuovi casi e 1.700 decessi. Dagli studi che sono stati avviati 15 anni fa in Germania, il vaccino si è dimostrato efficace nel prevenire il cancro alla cervice provocato da tipi di virus del papilloma umano. Gli studi clinici condotti fino ad ora e che hanno costituito il dossier di registrazione hanno riguardato complessivamente 25.000 donne in 33 paesi in tutto il mondo. L'efficacia rilevata dura 5 anni ma i ricercatori si attendono che sia di gran lunga superiore. Molti Paesi Ue hanno già messo a disposizione delle donne il vaccino. "Quest'anno - spiega Francesca Merzagora, presidente dell'Onda - metteremo in atto un piano di comunicazione per sensibilizzare le donne attraverso convegni, campagne stampa e uno spot televisivo. Si parlerà dell'importanza dei programmi di screening, dei test di prevenzione e dell'arrivo di nuovi vaccini, armi che congiuntamente consentiranno di sconfi-ggere questo tumore. L'impegno è anche europeo. Proprio ieri a Bruxelles è stato presentato dall'Associazione europea per la lotta al cancro della cervice uterina un manifesto che impegna i paesi membri a fare della lotta a questo tumore una priorità nelle politiche sanitarie nazionali. I numeri sono impressionanti: ogni anno in Europa 33.500 donne si ammalano per questo tumore e ne muoiono 15.000".

"Le parlamentari italiane di tutti gli schieramenti politici - aggiunge la senatrice Laura Bianconi - hanno raccolto l'impegno di Onda nei confronti del cancro al collo dell'utero nella convinzione che solo un'azione congiunta di tutte le forze politiche possa concorrere alla sconfitta di questo tumore analogamente a quanto è stato fatto in passato nei confronti del tumore al seno. La Commissione Igiene e Sanità del Senato ha presentato un ordine del giorno che impegna il governo a sensibilizzare le donne su questo tipo di tumore, a diffondere i programmi di screening, a facilitare l'accesso a nuove tecnologie di diagnosi (Hpv test) e a programmi di prevenzione primaria (vaccinazioni)". Anche la senatrice dell'Ulivo Paola Binetti si è detta favorevole: "ad una maggiore attenzione nei confronti della prevenzione ma con un occhio particolare agli aspetti psicologici nella comunicazione alle donne".



Il Programma Aogoi per la gestione del rischio clinico di Carmine Gigli

Sostegno, Protezione legale e Formazione:

Per combattere gli errori professionali e arginarne le conseguenze

La possibilità di commettere un errore fa parte della natura umana, per questo si richiede la massima attenzione da parte di ognuno, ma dobbiamo tener presente che l'errore si annida soprattutto nelle organizzazioni complesse. Gli ospedali, e le organizzazioni sanitarie in genere, sono certamente delle organizzazioni complesse e proprio perché trattano un bene prezioso come la salute devono strutturarsi in modo tale da limitare il numero degli errori e le loro conseguenze. Per la gestione dei rischi, e a tutela della sicurezza dei pazienti, il ministero della Salute ha pro-

■ **Le denunce di errori medici in Italia sono in aumento, benché la loro quantificazione sia opinabile e probabilmente lo resterà sino a quando l'Osservatorio del ministero della Salute non comincerà a fornire dei dati. Quel che preoccupa la maggior parte dei medici non è tanto il numero complessivo delle denunce, ma la possibilità di essere accusati per aver commesso un errore professionale**

mosso il I° Forum Risk Management in Sanità, che si è tenuto ad Arezzo dal 29 novembre al 2 dicembre 2006. Si è trattato di un appuntamento importante per tutte le figure professionali afferenti al mondo della sanità. Interesse e attenzione sono stati riservati dai partecipanti alla presentazione del Programma M.A.M.M.A. Aogoi e alla polizza Protezione legale Aogoi, per

il sostegno che offre agli associati, garantendo loro una forma di assistenza che solo poche Associazioni sono in grado di fornire. Il programma dell'Aogoi per la gestione del rischio clinico, tuttavia, non si è limitato solo a queste iniziative e, grazie alla collaborazione con la Janssen-Cilag Italia, è stato organizzato il corso itinerante "Risk management in sanità", del qua-

le si sono già tenute due edizioni: la prima presso il Castello di Casiglio, a Erba (Como), il 13 e 14 ottobre 2006, la seconda al Centro Congressi Hotel Su Gologone di Oliena (Nuoro), il 22 e 23 Ottobre 2006.

Si tratta di un corso propedeutico alla formazione di futuri "risk manager", particolarmente orientati sui rischi specifici che presenta la professione del-

lo specialista in ostetricia e ginecologia nelle strutture sanitarie. A entrambe le manifestazioni ha preso parte un nucleo di docenti, affiancati da prestigiosi esperti residenti nella regione dove si è svolto il corso. Ciò ha reso possibile l'apporto delle esperienze di magistrati, direttori generali, specialisti in medicina legale e clinical risk manager, tutti radicati nel territorio di provenienza dei partecipanti e conoscitori della realtà locale.

L'interesse dei partecipanti è stato molto alto e si è manifestato con vivaci discussioni con i docenti, soprattutto in occasione del corso svoltosi in Lombardia, mentre un'attenta e instancabile partecipazione dei corsisti ha proiettato il convegno di Su Gologone ben oltre l'orario stabilito. La possibilità di discutere con i docenti, anche fuori dall'aula e persino nei momenti conviviali, è stata certamente una delle caratteristiche che ne ha favorito il successo.

A testimoniare la riuscita del Corso, la programmazione di altre quattro edizioni che si svolgeranno a partire dai primi mesi del 2007. **Y**



M.A.M.M.A. AOGOI
 Movement Against Medical Malpractice and accident
 of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

WWW.GINECOLOGIAFORENSE.IT

Questo modulo può essere utilizzato per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI". Dopo averlo compilato, dovete ritagiarlo ed inoltrarlo alla Segreteria nazionale AOGOI, via G. Abamonti, 1 - 20129 Milano, per posta, oppure via fax (02.29525521). In maniera più semplice, potrete compilare il modulo "on line", andando al sito



www.ginecologiaforense.it, nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta di assistenza. E anche possibile telefonare alla Segreteria nazionale AOGOI (tel. 02.29525380) ed esporre a voce il problema.

SOCIO nome _____ cognome _____ indirizzo _____
 città _____ provincia _____ cap _____ sede di lavoro _____
 e-mail _____ mobile _____ telefono _____ fax _____

TIPO evento sanitario avverso atti della magistratura contenzioso amministrativo

EVENTO _____

descrivere in modo sintetico l'evento per il quale si richiede assistenza

ASSISTENZA parere legale parere sindacale o amministrativo altro parere di esperto clinico verifica della linea difensiva già in atto

DESCRIZIONE _____

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

CONTATTO telefono e-mail fax mobile *Indicare la modalità con cui si preferisce essere contattati*

CONSENSO il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni generali di funzionamento del servizio di "tutela legale" pubblicate sul sito www.aogoi.it e sulla rivista dell'associazione "Gynecoagoi"

data _____ il socio _____

I chirurghi italiani denunciano una campagna di attacco in una lettera aperta. L'iniziativa presa dal CIC, il Collegio Italiano dei Chirurghi, che raggruppa 48 società scientifiche, tra cui l'Aogoi

■ “La verità è ben altra e non intendiamo nasconderla”

I disservizi e le deficienze strutturali degli Ospedali non sono imputabili al disimpegno e all'incuria dei medici, ma sono il “frutto malato” di scelte politiche e manageriali legate a una visione miope ed economicista della salute. Lo hanno affermato, con decisione, i chirurghi italiani denunciando “i tentativi di delegittimazione del-

la loro professionalità e di gestione totalmente politica della Sanità”. Di seguito la lettera-appello ai cittadini, pubblicata su La Repubblica lo scorso 8 febbraio, a firma del Collegio italiano dei chirurghi, cui aderiscono 48 delle oltre 50 società di chirurghi con varie specializzazioni, tra cui la nostra Associazione

Lettera aperta dei Chirurghi Italiani ai Cittadini

I Chirurghi italiani di tutte le specialità sono attualmente sottoposti ad un attacco che tende ad attribuire loro tutti i disservizi e le deficienze strutturali degli Ospedali. Si è arrivati persino a sostenere che negli Ospedali italiani si prelevano clandestinamente organi da cadaveri nei sotterranei, un orrore che lascia attoniti, e che le infezioni ospedaliere, in Italia nettamente inferiori a quelle di molti paesi europei, siano determinate dall'incuria e dal disimpegno dei Medici.

La verità è ben altra e non intendiamo nasconderla.

Ai Medici è stata tolta ogni possibilità di gestire risorse umane e materiali negli Ospedali. Tutti gli appalti per l'edilizia, vitto, pulizie, farmaci, presidi medici, vigilanza, assicurazioni ed i concorsi, sono di pertinenza esclusiva degli Amministratori, nominati direttamente dal potere politico: in Italia 297 Direttori Generali gestiscono circa 560.000 dipendenti, di cui poco più di 100.000 sono medici, ed amministrano circa 100 miliardi di euro all'anno. Nell'ultima finanziaria, inoltre, è stato sottratto ai Medici specialisti ogni giudizio di

qualità sugli acquisti di attrezzature medicali. Malati gravi non ricoverati per mancanza di posti letto, lunghe liste di attesa per scarsità di risorse umane, dimissioni troppo rapide senza un'adeguata assistenza sul territorio, sono il frutto malato di scelte che considerano la salute merce, il tempo della cura un semplice strumento di produzione, la corsia una catena di montaggio e l'obiettivo finale la restrizione dei costi ed il risparmio finanziario.

I Medici di tutte le specialità chirurgiche degli Ospedali, il 95% dei quali è in

rapporto esclusivo con il S.S.N. seguendo regole Aziendali, svolgono ogni giorno la loro attività nelle Sale Operatorie della Nazione, gravati da enormi responsabilità, senza strumenti di partecipazione né di controllo sulla qualità organizzativa e gestionale dell'assistenza ospedaliera. Nonostante alcuni episodi negativi ed errori di cui sentiamo pienamente la responsabilità, nonostante molti Ospedali siano stati letteralmente abbandonati e depredati negli ultimi cinquanta anni, nonostante lo Stato Italiano destini alla Sanità una

percentuale del PIL nettamente inferiore a quella degli altri Stati Europei, i Medici italiani sono i primi artefici della realizzazione di un Sistema Sanitario ai vertici nella classifica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Deve essere chiaro che, al di là di ogni accusa, i Chirurghi Italiani rimangono al servizio dei Pazienti e del Sistema Sanitario Nazionale e si rivolgono direttamente ai Cittadini per denunciare i tentativi di delegittimare la loro professionalità e per combattere la gestione totalmente politica della Sanità.

costituito da:

- Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani: G. Melotti.
- Associazione Ginecologi Universitari Italiani: M. Moscarini.
- Associazione Italiana Ripotesizzazione: G. Randelli.
- Associazione Italiana di Traumatologia e Ortopedia Geriatria: C. Lazzarone.
- Associazione Ostetrici Ginecologi Italiani: G. Monni.
- Associazione Otorinolaringoiatri Ospedalieri Italiani: A. Camaioni.
- Associazione per lo Studio e l'Applicazione del Metodo di Ilizarov e dei Fissatori Esterni: M. Catagni.
- Associazione Universitaria Otorinolaringologi: A. Rinaldi Ceroni.
- Associazione Urologi

A cura di Claudio Cordiano Collegio Italiano dei Chirurghi

- Ospedalieri: M. Gallucci.
- Collegio dei Professori Associati di Chirurgia Generale: V. D'Andrea.
- Collegio dei Professori Ordinari di Chirurgia Generale: E. Lezoche.
- Gruppo Italiano per lo Studio della Chirurgia Radioguidata e dell'Immunoscintigrafia: S. Sandrucci.
- International College of Surgeons Sezione Italiana: N. Basso.
- International Epato-Bilio-Pancreatic Association: A. Cavallari.
- Ortopedici e Traumatologi Ospedalieri d'Italia: N. Pace.
- Società di Chirurgia del Mediterraneo: G. Bracale.
- Società di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare: G. Bracale.
- Società Italiana Endoscopia di area chirurgica: M. A. Pistoia.
- Società Italiana di Chirurgia

- R. Tersigli.
- Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery: A. Gaspari.
- Società Italiana di Cardiocirurgia: E. Vitali.
- Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale: D. Altomare.
- Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e Nuove Tecnologie: E. Lezoche.
- Società Italiana di Chirurgia Maxillo Facciale: R. Cocchi.
- Società Italiana di Chirurgia Oncologica: A. Mussa.
- Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità: P. Forestieri.
- Società Italiana di Chirurgia nell'Ospitalità Privata: F. Rendano.
- Società Italiana di Chirurgia Pediatrica: A. Di Benedetto.
- Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica: G. Molea.
- Società Italiana Chirurgia

- Tecnologica e Computer Assistita: P. Spaggiari.
- Società Italiana di Chirurgia Universitari: E. Triggiani
- Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma: A. Cennamo.
- Società Italiana di Chirurgia Odontostomatologica: M. Gabriele.
- Società Italiana di Endocrinocirurgia: G.C. Biliotti.
- Società Italiana di Fisiopatologia Chirurgica: G. Di Gesù.
- Società Italiana Ginocchio Artrosopia Sport Cartilagine Tecnologie Ortopediche: M. Marcacci.
- Società Italiana di Chirurgia Geriatrica: G. Persico.
- Società Italiana di Chirurgia Vertebrale: G. De Giorni.
- Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia: A. Ambrosini.
- Società Italiana di Neurochirurgia: M. Collice.

- Società di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale: M. De Benedetto.
 - Società Italiana di Patologia Apparato Digerente: A. Mussa.
 - Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia: L. Del Sasso.
 - Società Italiana Trapianti di Organi: D. D'Amico.
 - Società Italiana di Ortopedia Traumatologia Pediatrica: V. Riccio.
 - Società Italiana di Urologia: V. Mirone.
 - Società Italiana Unitaria di Colonproctologia: R.D. Villani.
 - Società Oftalmologica Italiana: C. Balacco Gabrieli.
 - Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi: F. Catena.
 - Club delle Unità di Endocrinocirurgia Italiane: M.R. Pelizzo
- E-Mail sic@sichirurgia.org

La delegittimazione della professione medica

In un altro momento avrei provato a dire la mia su alcuni argomenti di cui ci occupiamo in questo numero del giornale, come ad esempio lo "scandalo ospedaliero" (vedi articolo alle pagine 8-9), scoppiato sulla scia dell'ormai nota inchiesta giornalistica sul Policlinico Umberto I di Roma; o l'"attività libero-professionale intramuraria" (vedi articoli di Silvio Garattini e Danilo Morini alle pagg. 20-21), tema molto sentito da noi ospedalieri e tornato d'attualità per la scadenza della proroga nel prossimo luglio. Entrambi infatti sono argomenti che mi "stuzzicano" da un punto di vista politico e professionale, come ginecologo, impegnato al Policlinico di Roma, prima, e poi negli ospedali di questa stessa città. Invece, voglio spendere qualche parola su un'altra questione che in questi giorni ha tenuto banco su alcune testate giornalistiche: la delegittimazione della professione medica. Le campagne denigratorie contro la classe

"Ai medici è stata tolta ogni possibilità di gestire risorse umane e materiali negli ospedali"

medica non sono certo una novità degli ultimi mesi, i medici, le organizzazioni sindacali e le istituzioni ordinistiche l'hanno a più riprese denunciata negli anni, anche con forza. Un elemento di novità forse sta nella diffusa e crescente consapevolezza nei medici della

necessità di reagire ai prolungati e martellanti tentativi di mistificazione della realtà. In ballo non c'è solo la dignità di una categoria. La posta in gioco è ben più alta. Minare la fiducia dei cittadini nell'affidabilità del nostro lavoro e, più in generale, del nostro Ssn è un atteggiamento irresponsabile, di certo è un cattivo servizio reso alla collettività. Tutto fa brodo: il degrado strutturale degli ospedali, le migliaia di morti per errori medici, le infezioni ospedaliere per le carenze igieniche del personale sanitario, le lunghe liste d'attesa... L'elenco, anche questo, è davvero lungo. Senza volersi "chiamare fuori", senza arroccarsi in difese corporative, ma assumendoci tutte le responsabilità che ci competono, credo però utile, oltretutto necessario dire: basta. La misura è colma. La lettera aperta, qui accanto pubblicata, ha significato far sentire la nostra voce ai cittadini, denunciando una realtà forse ovvia, perché è sotto gli occhi di tutti, ma non per questo da sottacere. Mi rammarica che i media questa volta non l'abbiano amplificata a sufficienza.

Ferma è stata anche la protesta dell'Ordine dei Medici di Roma che ha chiesto ai colleghi di tutta Italia "una decisa reazione ad una situazione non più sostenibile di delegittimazione della professione".

Chiedersi i perché di tanto accanimento, di tanta superficialità nel denunciare le carenze vere del sistema, senza però poi indicarne le vere cause, è legittimo se pur scontato.

La classe medica è un comodo e facile paravento per le malasanità vere e presunte – assai spesso vere – del nostro sistema. Un Ssn che patisce anni di sottofinanziamenti, di scelte programmatiche e investimenti inadeguati, di politiche sbagliate e che, però, ciononostante, funziona.

E anche bene, visto che la più alta istituzione mondiale deputata alla nostra salute, lo considera tra i primi tre migliori al mondo. Il merito, almeno in parte, sarà pure delle persone che al suo interno vi lavorano. O no? Siamo diventati il capro espiatorio di tutti i disservizi e le deficienze strutturali degli ospedali quando ci "è stata tolta ogni possibilità di gestire risorse umane e materiali negli ospedali", quando: "in Italia 267 Direttori Generali gestiscono circa 560mila dipendenti, di cui solo poco più di 100mila sono medici, ed amministrano circa 100mila miliardi di euro all'anno".

La gestione della Sanità Italiana è diventata ormai di pertinenza esclusiva degli amministratori, nominati direttamente dal potere politico e tutto questo non può non ripercuotersi sulla professione medica in senso stretto, perché oggi non è pensabile che la clinica possa fare a meno della tecnologia che viene "distribuita" secondo le logiche perverse degli amministratori. I recenti scandali che si sono avuti nel mondo della Sanità italiana sono stati riferiti a politici o amministratori da loro nominati, pochissimi sono stati i medici in qualche modo sospettati.

Come ben sottolinea il Comitato centrale Fnomceo in una sua nota: "Non vogliamo negare che vengano commessi errori ma dobbiamo rilevare che, soprattutto in alcune aree del Sud, i medici stessi sono le altre vittime di un sistema diffuso caratterizzato da arretratezze culturali, tecnologiche e strutturali, tentativi pervasivi di ingerenza di gruppi e comportamenti malavitosi". "Nel riaffermare la nostra solidarietà convinta e sentita a tutti i cittadini che ricevono danni da pratiche sanitarie e ai loro parenti, vogliamo affermare con forza che ci assumiamo tutte le nostre responsabilità ma non accettiamo giudizi sommari perché questo gioco al massacro, alla fine, vedrà vittime gli stessi cittadini disorientati". Sparare nel mucchio serve a vanificare anche le buone azioni di denuncia. La democrazia ha certamente i suoi pregi: possiamo esprimere le nostre opinioni, possiamo fare le nostre critiche, ma accade quasi sempre che nessuno stia ad ascoltare. Speriamo che almeno questa volta qualche buon orecchio abbia prestato ascolto.

Più fondi per la lotta al rischio clinico e agli errori in ospedale

Policlinici addio, nascono le aziende ospedaliero-universitarie

La maggiore integrazione tra Ssn e Università e il passaggio degli immobili dal Demanio all'Azienda sono al centro del disegno di legge approvato lo scorso 2 febbraio dal Consiglio dei Ministri, su proposta dei ministri della Salute Livia Turco e dell'Università e Ricerca Fabio Mussi. Nel provvedimento, anche un aumento di fondi per migliorare la sicurezza delle cure e la prevenzione degli errori e delle infezioni ospedaliere

Stabilire la completa integrazione tra attività assistenziale, didattica e di ricerca attraverso la realizzazione delle aziende integrate ospedaliero-universitarie, favorendo una più intensa e proficua collaborazione tra sistema universitario e sistema sanitario. Questo l'obiettivo della riforma dei Policlinici universitari contenuta nel disegno di legge Turco-Mussi, che passerà all'esame delle Camere dopo aver ottenuto il via libera del Consiglio dei Ministri lo scorso 2 febbraio.

Quello dei Policlinici è solo una delle questioni affrontate nel Ddl e, per certi versi, si tratta di un provvedimento che aggiunge poco a quanto già contenuto nel decreto legislativo 517/99 in relazione ai Policlinici. Se non per la volontà di vederlo realmente realizzato. La proposta di creare "aziende ospedaliero-universitarie", infatti, non nasce oggi, ma era già stata prevista nel Dlgs varato dall'allora ministro della Sanità, Rosy Bindi. Parole, tuttavia, rimaste finora sulla carta, ritardando

quell'integrazione tra Atenei e Servizio sanitario nazionale che, da più parti, è ritenuta essenziale per favorire una reale e proficua integrazione e collaborazione tra

Quello dei Policlinici è solo una delle questioni affrontate nel Ddl

tutte le strutture che, seppur diverse tra loro, fanno tutte parte di quella grande sistema che è il Servizio sanitario nazionale. D'altra parte, la volontà di confermare la validità del Dlgs 517/99 era stata chiaramente espressa da Turco e

Mussi nel corso degli incontri organizzati lo scorso gennaio per elaborare il disegno di legge. Secondo i ministri, dunque, la necessità non è riformulare i provvedimenti passati, bensì una loro compiuta e definitiva applicazione. In sintesi, il disegno di legge Turco-Mussi prevede la costituzione delle Aziende integrate ospedaliero-universitarie, che assicurino la piena integrazione tra attività assistenziali e quella didattica e di ricerca, attraverso le modalità che dovranno essere stabilite nei protocolli di intesa tra Università e Regioni. Una seconda disposizione, inoltre, prevede il trasferimento a queste Aziende delle proprietà dei beni immobili appartenenti allo Stato già in uso dalle Università per le Facoltà di medicina. Tali beni, spiega il provvedimento, saranno trasferiti alle Università, a meno che non esistano ragioni

di interesse culturale sui beni stessi. In tal caso i beni saranno concessi in uso gratuito e perpetuo e il concessionario, cioè l'Università, che ne eserciterà i diritti del proprietario assumendosene gli oneri nei limiti imposti dalla natura de-



maniale del bene. "Con queste disposizioni, che chiariscono la titolarità dei beni, si pongono le premesse per l'avvio dei lavori di ristrutturazione previsti, in particolare per il Policlinico Umberto I di Roma per il quale è già pronto un apposito progetto finanziato", ha spiegato il ministro Turco a margine del Consiglio dei Ministri. Ma c'è di più. Al fine di garantire la sicurezza delle cure, la prevenzione degli errori e degli eventi avversi connessi a procedure diagnostiche e terapeutiche e di limitare il rischio delle infezioni ospedaliere, il ddl autorizza la spesa di 200.000 euro per il 2007 e di 1 milione di euro a decorrere dal 2008 per promuovere l'adozione di misure specifiche di controllo e gestione del rischio clinico in tutte le strutture del Ssn.



L'AOGOI, l'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani, è nata nel 1949 e oggi è forte di 4.702 iscritti.

Da organizzazione rivolta prevalentemente al settore ospedaliero, dal 2000 l'AOGOI ha esteso l'iscrizione anche ai colleghi ginecologi extraospedalieri, così come previsto dall'art. 5 del nuovo Statuto. In breve tempo l'AOGOI è così divenuta anche la più rappresentativa organizzazione italiana dei ginecologi liberi professionisti, consultoriali e universitari, capace di cogliere le loro istanze e di affrontare i loro problemi professionali e sindacali. Si è trattato di una scelta decisiva nella vita dell'Associazione, un'iniziativa importante nella direzione dell'arricchimento professionale e dell'unitarietà della professione. Nostro fermo convincimento, infatti, è che solo se sarà unita la categoria saprà adeguatamente affrontare questo nuovo millennio ricco di cambiamenti culturali, scientifici, demografici, sindacali e normativi. Anche quest'anno la Segreteria nazionale AOGOI, insieme a tutti i Segretari regionali e provinciali e ai membri del Consiglio direttivo, ha promosso la "Campagna Soci 2007" con l'obiettivo di portare nuovi iscritti all'Associazione. Con la loro adesione, i nuovi Soci, da una parte, contribuiranno a rendere l'AOGOI sempre più forte e autorevole nel rappresentare gli interessi della categoria e, dall'altra, potranno usufruire di tutti i vantaggi che l'Associazione offre e che è costantemente impegnata ad arricchire.

L'IMPEGNO DELL'AOGOI

L'AOGOI è presente in ogni Regione e Provincia, tramite coordinatori eletti, per essere sempre vicina ai bisogni di ogni Socio. Formazione, aggiornamento professionale, tutela sindacale, medico-legale e assicurativa sono i punti più qualificanti del suo impegno

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Sin dalla sua fondazione, l'AOGOI ha promosso, organizzato e coordinato numerosi Corsi di aggiornamento di elevato livello scientifico in ogni branca specialistica dell'Ostetricia e Ginecologia, oltre a Congressi nazionali e internazionali e Progetti di ricerca scientifici. Ricordiamo

inoltre le innumerevoli collaborazioni dell'Associazione con Ministeri e altri importanti organismi istituzionali sia per la difesa dell'intera categoria, così come richiesto dalle diverse realtà professionali degli iscritti, sia per la promozione di iniziative volte a migliorare il servizio diagnostico-terapeutico offerto alle donne.

TUTELA MEDICO-LEGALE

M.A.M.M.A. AOGOI. In questo periodo di forte tensione per la professione medica, la nostra Associazione ha varato una nuova iniziativa denominata Movement Against Medical Malpractice and Accident, che ha lo scopo di diffondere tra tutti gli associati le conoscenze nell'ambito della ginecologia forense e di fornire assistenza agli iscritti coinvolti in contenziosi giudiziari per problematiche attinenti l'esercizio della professione. www.ginecologiaforense.it. È il sito web, attivo dal settembre 2004, che permette di accedere alle ultime notizie in materia di ginecologia forense, a un archivio delle sentenze di maggior interesse per lo specialista ostetrico-ginecologo, alle risposte degli esperti alle domande più frequenti su problematiche legali e sindacali, agli articoli della rivista Ginecologia Forense e anche ai Forum di discussione sugli argomenti di maggior interesse per la professione. Per i soci coinvolti in contenziosi giudiziari vi è la possibilità di compilare on-line il modulo per richiedere l'assistenza di M.A.M.M.A. AOGOI e ulteriori informazioni.

L'UFFICIO LEGALE e l'UFFICIO STAMPA

Sono i due principali strumenti per tutelare i diritti degli associati e dar voce alle istanze della categoria. Due esempi, per citare gli ultimi in ordine di tempo, sono esemplificativi della loro preziosa attività: l'uno del 2006, quando, grazie all'operato dell'ufficio legale, fu sventato il tentativo di clinicizzazione dell'Ospedale di Pistoia;

COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

L'iscrizione all'AOGOI dà diritto all'abbonamento gratuito alle quattro riviste dell'Associazione: GynecoAOGOI, mensile d'informazione; la Rivista di Ostetricia Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale; Risveglio Ostetrico; Ginecologia e Ostetricia Forense. Su queste riviste gli iscritti potranno pubblicare gratuitamente i loro lavori scientifici. Tutti i soci, inoltre, riceveranno gratuitamente i volumi della collana "I Libri dell'AOGOI" che annualmente vengono pubblicati.

AOGOI: UNI

CHI È AOGOI

PERCHÈ ISCRIVERSI

L'Aogoi è la più antica e rappresentativa Associazione scientifica e sindacale della Ginecologia italiana

L'Aogoi, è l'unica associazione di categoria che rappresenta tutte le componenti del mondo ginecologico ospedaliero ed extraospedaliero italiano

L'Aogoi è impegnata in grandi battaglie sul fronte legislativo, professionale e sindacale a sostegno dell'intera categoria



TI SI VINCE

L'Aogoi garantisce a tutti i suoi iscritti una forte tutela sindacale e medico-legale. Una polizza assicurativa gratuita, tra l'altro, copre fino a 25 mila euro di eventuali spese legali e peritali in caso di contenzioso

L'Aogoi offre ai suoi soci un aggiornamento e una formazione di elevato contenuto scientifico

L'Aogoi persegue l'unitarietà della professione per meglio far fronte alle nuove sfide della società e della sanità

Con i suoi **4.702 iscritti**, L'Aogoi rappresenta la quasi totalità dei ginecologi che operano nelle strutture pubbliche e la grande maggioranza di quelli del settore privato: **3.359** ospedalieri, **1.343** extraospedalieri suddivisi tra **1.144** liberi professionisti, **166** nei consultori e **33** universitari

l'altro, dello scorso 17 gennaio, a opera dell'Ufficio stampa (al quale era pervenuta la segnalazione di un Socio) il cui intervento ha permesso la riabilitazione dell'immagine di un collega, uno dei tanti accusati ingiustamente e poi assolti, sulle pagine del "Corriere della Sera".

POLIZZA ASSICURATIVA GRATUITA

Tutti i Soci AOGOI acquisiscono, con la semplice iscrizione, il diritto a una polizza che prevede la copertura per le eventuali spese legali e peritali in caso di contenzioso, fino a 25.000 euro. Tale copertura vale anche per i contenziosi di natura amministrativa che dovessero insorgere nei riguardi delle Amministrazioni.

NORMATIVA SULLA COLPA PROFESSIONALE

Per tutelare maggiormente i suoi iscritti, l'AOGOI ha sollecitato un progetto di legge che verrà a breve presentato agli organismi istituzionali competenti.

TUTELA SINDACALE

L'AOGOI, insieme ad altre organizzazioni mediche, ha fondato la FESMED, Federazione Sindacale Medici Dirigenti, che ha raggiunto la significatività sindacale prevista dalle direttive della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Pertanto, ogni socio Aogoi è automaticamente iscritto alla Fesmed, che tutela i colleghi ospedalieri ed extraospedalieri, così come doveroso data la diversa estrazione professionale dei Soci Aogoi.

COLLABORAZIONI SCIENTIFICHE

Nel campo scientifico, l'AOGOI è federata con l'AGUI, l'Associazione Ginecologi Universitari Italiani, in seno alla Federazione SIGO. Quest'unico polo ginecologico italiano, che abbraccia colleghi universitari, ospedalieri ed extraospedalieri, confluisce a livello

internazionale nella FIGO, alla quale tutti gli iscritti AOGOI sono automaticamente associati attraverso la SIGO.

L'AOGOI ha inoltre affiliato, condividendone l'indirizzo scientifico, le seguenti Società: SIGITE (Società Italiana di Ginecologia della Terza Età), AMAMI (Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente), AIUG (Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico) e SIDIP (Società Italiana di Diagnosi Prenatale e Medicina Materno-Fetale).

NUOVE SINERGIE NEL CAMPO DELLA STERILITÀ E CONTRACCEZIONE

L'AOGOI ha creato per tutti i Soci che si occupano in particolare di sterilità, RMA e contraccezione:

■ la SIOS, Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità. Aperta a tutti i Soci, e in particolare ai liberi professionisti, intende offrire loro adeguate opportunità di crescita e di rappresentatività anche nel settore della diagnosi e della terapia della sterilità involontaria, condividendo e/o facendosi artefice di linee guida e percorsi di aggiornamento che li coinvolgono attivamente.

■ La SMIC, Società Medica Italiana per la Contraccezione. Creata insieme alla SIMG, Società Italiana di Medicina Generale, è dedicata in particolare ai medici ginecologi che operano nei consultori familiari d'Italia. La SMIC vuole unire l'azione, gli intenti, la cultura, le professionalità di tre fondamentali attori di questo settore, rappresentati nella fattispecie dai ginecologi ospedalieri, da quelli consultoriali e dai medici di medicina generale. Gli obiettivi principali sono: un confronto sulle realtà internazionali del family planning, valorizzando la salute riproduttiva e i diritti sessuali, favorendo lo sviluppo di standardizzazione delle procedure, nella cultura dell'accoglienza e del counselling; il consenso sulle linee guida nel vasto campo della contraccezione e, non ultime, alcune questioni riguardanti differenti interpretazioni medico-legali, dalla sterilizzazione, alle minorenni, alla contraccezione d'emergenza. Il golden goal è dar vita a una cultura comune nel campo della contraccezione, capace di una sollecita modernizzazione del sistema family planning, così da rispondere alle nuove sollecitazioni che i tempi richiedono e all'esigenza delle donne di effettuare scelte consapevoli anche in questo campo.



Approccio diagnostico terapeutico ai FMA a cura di Emilio Arisi*

Flussi mestruali abbondanti: le Raccomandazioni della Sigo

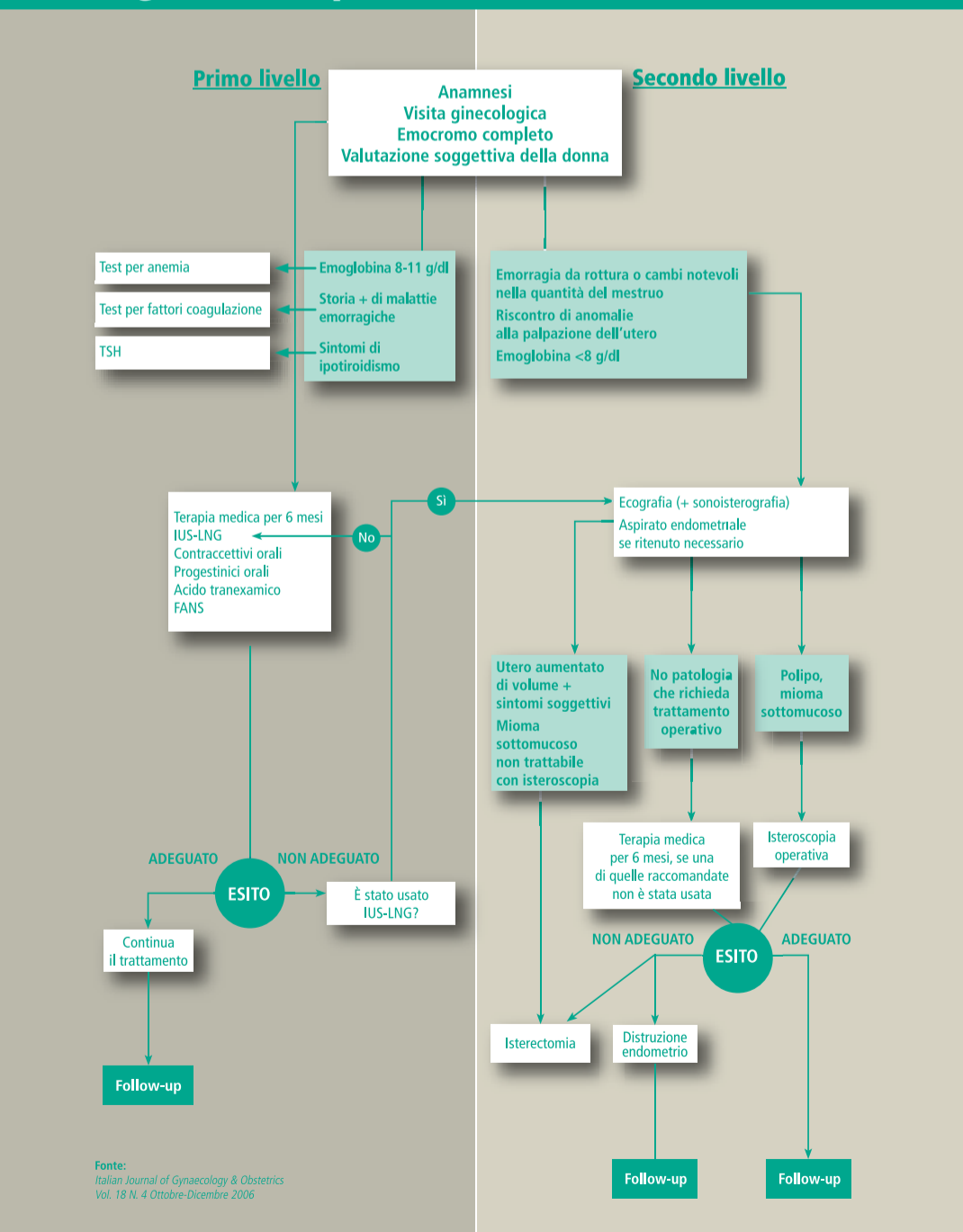
I flussi mestruali abbondanti (Fma) sono una condizione comune, che può riscontrarsi in varie situazioni della pratica clinica. La sua incidenza è elevata e i risvolti fisici, medici, psicologici e sociali sulla salute della donna sono di notevole rilievo. È per questo che la Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (Sigo) ha attivato un gruppo di specialisti con competenze specifiche perché ognuno esaminasse questa problematica, ne tracciasse i connotati, e potesse proporre una serie di raccomandazioni

Non c'è dubbio che un flusso mestruale abbondante sia un elemento di osservazione comune nell'ambito della pratica ginecologica quotidiana. È altresì evidente come sia importante che il ginecologo abbia a disposizione linee comportamentali, suggerimenti farmacologici, possibilità chirurgiche, capaci di modulare al meglio questa condizione per migliorare la qualità della vita della donna, che talora viene compromessa in modo drammatico (anemia, astenia, necessità di chirurgia fino alla isterectomia). In realtà la mestruazione è un fenomeno fisiologico,

Fma: i dati epidemiologici riportati in letteratura sono estremamente limitati

saldamente controllato ed altamente sincronizzato, confinato in alcuni giorni del ciclo. Il volano fondamentale di tutto ciò è costituito dagli estrogeni e dal progesterone, che agiscono a livello endometriale coordinando l'espressione di una ampia varietà di eventi molecolari (anche a livello di espressione di geni e di loro azioni), che permettono lo sfaldamento e la ricostruzione completa dell'endometrio e dei suoi vasi con un andamento ciclico di circa 28 giorni al cui centro sta l'ovulazione. Quando questo equilibrio si rompe osserviamo una patologia della mestruazione. L'espressione più frequente di questa patolo-

L'iter diagnostico-terapeutico ai Flussi mestruali abbondanti



gia è appunto un flusso mestruale abbondante, uno tra i problemi ginecologici più comuni delle età di frontiera della vita femminile, quali la pubertà e la perimenopausa, ma non infrequente nemmeno nella età fertile centrale della donna. La Sigo (Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia), in collaborazione con le sue componenti fondamentali la Aogoi e la Agui, cogliendo l'importanza del fenomeno nei suoi risvolti sulla salute della donna, incluse le sue conseguenze più eclatanti come la necessità di asportare l'utero, ma anche consapevole del suo ruolo propositivo tra i professionisti della salute femminile, ha voluto attivare un gruppo di lavoro che affrontasse tutti gli aspetti del problema, dalla epidemiologia, agli aspetti diagnostici a quelli terapeutici. Ne è risultato un documento "Raccomandazioni sui flussi mestruali abbondanti", che è stato alla fine presentato, discusso e validato nel recente Congresso Nazionale Sigo di Roma lo scorso ottobre. Il documento (pubblicato sull'*Italian Journal Of Gynaecology & Obstetrics*, volume 18, n. 4, ottobre-dicembre 2006, organo ufficiale della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia, e disponibile anche sui siti www.sigo.it e www.aogoi.it) ha l'intento di poter aiutare il ginecologo, ma anche il medico di medicina generale, in un approccio di primo livello e indirizzarlo poi a ulteriori livelli diagnostico-terapeutici se del caso, come schematizzato nella flow-chart delle Raccomandazioni qui proposta. Il tutto con l'intento di evitare terapie inutili o non adeguate, e soprattutto di evitare sovratratte-

La terapia medica deve essere sempre il primo tipo di approccio

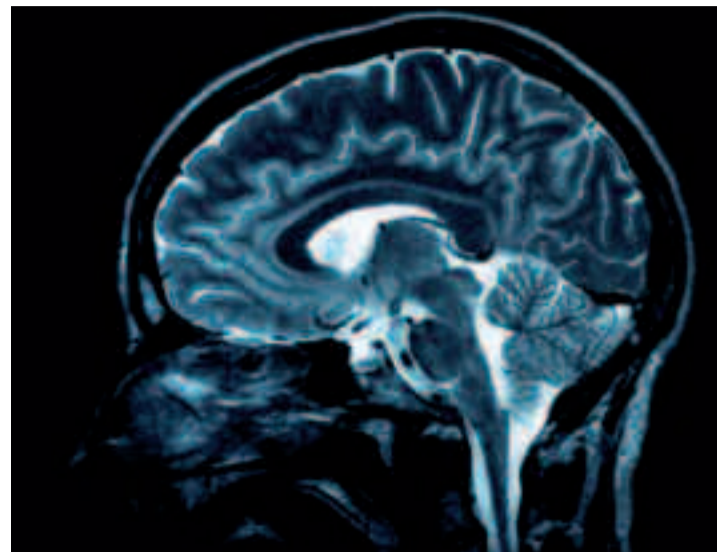
chirurgici così frequenti fino a tempi recenti. Infatti la terapia medica deve essere sempre il primo tipo di approccio, e va condotta con decisione prima di ogni approccio invasivo. All'interno delle terapie mediche un ruolo particolare spetta oggi a quella intrauterina con levonorgestrel. La diffusione e la integrazione operativa di queste raccomandazioni sarà certamente di grande utilità per il medico e per la donna.

* Coordinatore del Gruppo di lavoro che ha elaborato le "Raccomandazioni per l'Approccio Diagnostico-Terapeutico ai Flussi Mestruali Abbondanti"

Il circuito cerebrale materno in gravidanza di Massimo Ammaniti

Nella mente delle madri

Durante la gravidanza avvengono dei grandi cambiamenti nella mente delle madri, anche a livello cerebrale. Sotto la spinta degli ormoni il loro cervello migliora le sue prestazioni, addirittura i neuroni diventano più grandi



Gustave Courbet, *L'origine del mondo*, Musée d'Orsay - Parigi

■ Del meraviglioso circuito cerebrale materno che si attiva in gravidanza ha parlato Massimo Ammaniti al recente Festival delle Scienze di Roma, in una seguitissima lectio magistralis di cui vi proponiamo una sintesi

Se nel famoso e discusso quadro del pittore francese Gustave Courbet *L'origine del mondo* la creazione umana viene collocata nel corpo o meglio nei genitali femminili, la ricerca psicologica e neurobiologica più recente ha spostato l'attenzione sulla mente e sul cervello delle madri. Nella storia della specie umana la maternità è profondamente cambiata, con tutta probabilità con l'acquisizione della posizione eretta, che ha favorito la cura e l'allevamento dei figli. Infatti, a differenza di altri primati, con la posizione eretta il

contatto e lo scambio visivo tra madre e figlio sono divenuti quanto mai determinanti nella comunicazione e nella condivisione dei reciproci stati d'animo, confermato anche dal fatto che nell'occhio umano si può cogliere la direzione dello sguardo in quanto la pupilla e l'iride sono ben distinguibili. Queste particolari capacità umane sono divenute via via più importanti per l'allevamento dei figli, dal momento che i lattanti, se sono relativamente immaturi sul piano motorio, sono allo stesso tempo precoci nello sviluppo delle competenze comunicative, requisito indispensabile per far parte della comunità umana. Per tale motivo le madri e i padri si preparano per molto tempo a prendersi cura e a interagire con i figli fin dalla nascita accompagnandoli fino alle soglie dell'età adulta. Già Freud nel suo scritto del 1914 *Introduzione al narcisismo*

aveva parlato della tendenza dei genitori "ad attribuire ogni perfezione al figlio" che viene al mondo, con la missione di mettere in atto i sogni e i desideri irrealizzati dei genitori, in altri termini un amore fortemente contrassegnato dal narcisismo. Ma nella maternità, come ha messo in luce la ricerca più recente di Daniel Stern, vi è anche un profondo cambiamento psichico in ogni donna, ca-

ratterizzato dall'emergere della costellazione materna. Dopo la fecondazione ogni donna, in modo più o meno consapevole, si comincia a chiedere se sia in grado di mettere al mondo un figlio e farlo crescere, se saprà amarlo rispondendo alle sue esigenze psicologiche e infine se sarà come la propria madre o addirittura più brava. Durante la gravidanza si creano le condizioni perché una donna diventi anche madre e si prepara a pensare per due, ossia per quando di dovrà occupare del figlio ormai nato. In modo quasi sotterraneo ogni donna si comincia a vedere come madre e si costruisce un'immagine mentale del figlio, che in questa fase è solo una presenza all'interno del proprio corpo via via più evidente. Naturalmente ogni donna ha un suo percorso personale guidato da una sorta di navigatore mentale che ha preso corpo nei primi anni della sua vita, costituito dai legami di attaccamento con i propri genitori che adesso sono il riferimento essenziale nel diventare madre. Va segnalato che i legami di attaccamento che una donna ha avuto con i propri genitori permettono di predire, addirittura con una probabilità del 75%, l'attaccamento del figlio a un anno, una trasmissione intergenerazionale che costituisce una sorta di deriva tipica di ogni famiglia.

Negli ultimi mesi di gravidanza il pensiero di ogni donna si focalizza sempre più sul figlio, uno stato mentale caratterizzato da preoccupazioni insistenti sullo stato di salute del figlio che obbligano la donna ad occuparsi del figlio e di se stessa e verificare che tutto proceda nel migliore dei modi. Si tratta di uno stato psichico specifico - "quasi una malattia" - descritto dallo psicoanalista inglese Winnicott, ossia la preoccupazione materna primaria. Si è parlato sino ad ora esclusivamente della madre, ma anche il padre partecipa, oggi ancora di più rispetto al passato, all'attesa e alla nascita del figlio, e anche lui manifesta le stesse preoccupazioni anche se meno intense. Proprio in queste ultime fasi della gravidanza e subito dopo la nascita del figlio vi è il rischio che queste modificazioni psichiche comportino uno scivolamento verso la patologia: non è infrequente che compaiano disturbi ossessivi oppure depressivi, che possono riguardare il 10% delle madri. La cronaca ha raccontato negli ultimi anni i comportamenti di madri che hanno colpito anche con violenza i figli, spesso senza che le persone di famiglia si rendessero conto della presenza di queste difficoltà. Se questo avviene nella mente delle madri, anche a livello del cervello avvengono grandi cam-

Chi è Massimo Ammaniti

■ È nato a Roma nel 1941. Ha conseguito la Laurea in psicologia presso la facoltà di Magistero dell'Università "la Sapienza" di Roma e, presso lo stesso ateneo, ha intrapreso la carriera di ricercatore nel campo della psicologia clinica. Sempre a Roma insegna tuttora Psicopatologia Generale e dell'età evolutiva all'Università "la

Sapienza". È padre di Niccolò, giovane scrittore, autore di romanzi pulp e a soggetto giovanile. Per il nutrito curriculum della sua attività scientifica e didattica: <http://www.unirsm.sm/masterdisagio2/docenti/Ammaniti.htm>
Tra le sue pubblicazioni, ricordiamo: *La gravidanza tra fantasia e real-*

tà (Roma 1991). *Nascita del sé* (Bari 1994). *Psychoanalysis and development* (New York, 1994). *Nel nome del figlio* (coautore, assieme a Niccolò Ammaniti, Mondadori, 1995). *Crescere con i figli. Le nuove regole dell'educazione* (Mondadori 1997).

La recente scoperta dei neuroni a specchio a livello cerebrale apre interessanti sviluppi per studiare il comportamento delle madri

biamenti durante la gravidanza, come viene raccontato nel libro "The mommy brain" di Katherine Eleison. Tramite questi cambiamenti il cervello delle madri sotto la spinta degli ormoni migliora le sue prestazioni, addirittura i neuroni diventano più grandi. In campo animale sono state effettuate delle prove mettendo a confronto il comportamento

bo nascosto in uno dei bracci e mentre le topoline vergini ci mettevano 7 giorni a scovarlo, le topoline madri ci impiegavano solo tre minuti.

Occuparsi dei figli obbliga ad aguzzare l'ingegno per farli sopravvivere, questa conclusione potrebbe ribaltare il luogo comune che avere figli ostacola la realizzazione femminile ad esempio in campo lavorativo. Ma passiamo ora alle madri nella specie umana. Durante la gravidanza si attiva quello che è stato definito il circuito cerebrale materno, che indubbiamente facilita la comunicazione col figlio neonato e permette di focalizzare su di lui tutte le proprie energie.

Anche la recente scoperta dei neuroni specchio a livello cerebrale apre interessanti sviluppi per studiare il comportamento delle madri. Infatti le madri anche osservando il comportamento del figlio, ad esempio se questo pianga o rida, entrano in risonanza emotiva col figlio come se stessero anche loro provando le stesse emozioni. Naturalmente le madri non si limitano ad osservare i comportamenti dei figli, sono anche in grado - come abbiamo messo in luce tramite le nostre ricerche - di attivare le aree cerebrali che predispongono le risposte motorie quando il bambino pianga o manifesti un malessere.

Se l'uomo è riuscito a sopravvivere anche in condizioni difficili e addirittura avverse questo è dipeso dalle sue grandi capacità di adattamento e comunicazione, che si cominciano a sviluppare fin dalla nascita con l'aiuto dei genitori e della famiglia. La ricerca sta illuminando il mondo della maternità e dello sviluppo infantile, ma non dimentichiamo che - come Freud annotò, scrittori e artisti hanno spesso intuito, anche molti secoli prima, quello che stiamo scoprendo oggi: basta guardare il disegno di Raffaello *Le teste della Madonna e del bambino* in cui vengono colte con grande intensità le espressioni emotive di una madre e del figlio nell'unicità del loro incontro".

(Sintesi tratta da La Repubblica di venerdì 19 gennaio 2007) **Y**

delle topoline che avevano avuto da poco una cucciolata con topoline ancora vergini. Messe all'interno di un labirinto le topoline dovevano

trovare il cibo nascosto in uno dei bracci e mentre le topoline vergini ci mettevano 7 giorni a scovarlo, le topoline madri ci impiegavano solo tre minuti.

Cultura scientifica

Quando la scienza incontra i cittadini

"Le età della vita" al centro della seconda edizione del Festival delle Scienze di Roma 2007

Cronico sottofinanziamento alla ricerca, fuga di cervelli, costante calo degli iscritti alle facoltà scientifiche... ma il popolo di poeti e navigatori è davvero così refrattario ai temi della cultura scientifica?

Il successo di pubblico per le recenti manifestazioni legate al mondo della scienza nel nostro Paese sembrerebbe dimostrare il contrario. Il segreto di questo rinnovato interesse, forse, è quello di Pulcinella: scendere dalla cattedra o uscire dai laboratori per svelare le meraviglie di questo universo, oltre la coltre di numeri, simboli e formule che lo rende spesso inaccessibile ai non addetti ai lavori. Un universo dove confluono filosofia, arte e musica.

In questa chiave si è svolta anche la seconda edizione del Festival delle Scienze di Roma (15-21 gennaio, Auditorium Parco della Musica di Roma) il cui filo conduttore è stato il susseguirsi delle fasi della vita e lo sviluppo dell'individuo con l'insieme dei cambiamenti che si verificano nella biologia, nelle capacità e nel comportamento con il procedere dell'età, dall'infanzia fino alla senescenza. Temi affascinanti, tanto per la scienza quanto per la filosofia, l'arte e la letteratura, sui cui si sono confrontati prestigiosi scienziati e filosofi italiani e internazionali.

Il 31 luglio scatta lo stop all'intramoenia allargata negli studi

Ultima proroga per

Lo ha dichiarato il ministro della Salute in due audizioni alle Commissioni Affari Sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato. Mentre è stato annunciato il ripristino dell'esclusività di rapporto, legata alla durata dell'incarico e quindi reversibile, per il dirigenti medici di struttura

complessa e il personale docente con incarichi apicali, che verrà contemplato nel nuovo Dl sul governo clinico e per l'ammodernamento del Ssn. Ma sull'intramoenia è in corso tra gli operatori un dibattito del quale riportiamo due voci autorevoli, quella del

farmacologo Silvio Garattini, fondatore e direttore del "Mario Negri" di Milano e quella dell'avvocato Danilo Morini, già Direttore generale degli ospedali al Ministero della Sanità e attualmente presidente del Comitato di Indirizzo del Policlinico di Modena

Turco: "Subito gli spazi per l'intramoenia"

Si utilizzino i fondi non ancora spesi

"Saremo inflessibili con le Regioni e le aziende sanitarie sulla realizzazione degli spazi per l'intramoenia e sull'utilizzo dei fondi non ancora spesi". Lo ha affermato il ministro Livia Turco, lo scorso 23 gennaio, nelle audizioni alla Commissione Affari sociali della Camera e alla Commissione Igiene e sanità del Senato "sugli orientamenti programmatici" del suo dicastero per il 2007.

Il ministro della Salute, insieme alle iniziative in favore dell'intramoenia, ha annunciato ai parlamentari anche un'indagine conoscitiva sul rispetto delle regole e dei protocolli di sicurezza e igiene negli ospedali italiani e il disegno di legge "sul governo clinico e l'ammodernamento del sistema sanitario", realizzato con il coinvolgimento delle Regioni e degli Ordini professionali. Inoltre, saranno prese iniziative anche per la riduzione delle liste d'attesa, l'uso terapeutico della cannabis e per l'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da emotrasfusioni.

Per quanto attiene alle norme relative all'esercizio della libera professione all'interno delle strutture sanitarie (intramoenia) il ministro Turco ha ritenuto opportuno segnalare, in particolare, due aspetti. "Il primo riguarda lo stato dell'arte della realizzazione degli spazi preposti a tale attività nelle

Aziende sanitarie e ospedaliere. In proposito, a seguito della emanazione del Dl 4/7/2006 n. 223, che ha previsto la proroga di un anno della possibilità di esercitare la cosiddetta intramoenia allargata, le Regioni sono state chiamate a presentare entro il 31 gennaio i relativi programmi per la realizzazione dei suddetti spazi, usufruendo degli appositi finanziamenti previsti e ancora non utilizzati per la somma complessiva di 327,847 milioni di euro". "È bene sottolineare che - ha aggiunto Turco - in occasione della suddetta proroga, è stato anche stabilito che il monte quantitativo di prestazioni sanitarie erogate in regime di libera professione intramoenia non può superare quello relativo all'attività ordinaria e ciò anche al fine di scongiurare impropri allungamenti dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini.

"Tale attività - ha ricordato il ministro - è oggetto di costante confronto con le categorie professionali interessate al fine di addivenire a soluzioni operative condivise che consentano di salvaguardare in ogni ca-

so il diritto alla libera professione intramoenia quale opportunità per il professionista ma anche a garanzia di una maggiore disponibilità di offerta da parte del servizio pubblico nei confronti del cittadino".

"Il secondo aspetto - ha proseguito Turco - attiene invece all'obiettivo di ripristinare l'esclusività di rapporto, legata alla durata dell'incarico e quindi reversibile, per i dirigenti di struttura complessa del Ssn (ex primari e attuali capi dipartimento), mantenendo comunque per queste figure la possibilità di svolgere attività libero professionale ma solo in regime di intramoenia".

Oltre 327 mln di euro di finanziamenti non ancora utilizzati

"Su tale obiettivo ha convenuto anche il Ministro della Università e della Ricerca Fabio Mussi. Questo provvedimento, già oggetto di confronto con le organizzazioni professionali e sindacali di categoria, sarà compreso all'interno del disegno di legge sul governo clinico". A questo disegno di legge, che sarà trasmesso al Parlamento tra fine marzo e inizi di aprile, stanno lavorando in questi giorni i tecnici del ministero della Salute che stanno incontrando anche le Regioni e i rappresentanti sindacali e ordinistici delle professioni sanitarie interessate. "Si tratta di un provvedimento - ha dichiarato Turco - non di riforma, ma di miglioramento della precedente legge, con l'apporto di Governo e Regioni insieme, all'insegna della nuova stagione di corresponsabilizzazione che ha condotto alla sigla del Patto per la salute".

L'intramoenia

Garattini: "Atto coraggioso"

Abolire l'intramoenia

di Silvio Garattini*

Intramoenia è un nome difficile utilizzato per definire l'attività privata che i sanitari possono realizzare all'interno degli ospedali facendo pagare i cittadini.

In altre parole, se la lista d'attesa per fare un determinato esame è troppo lunga, la si può evitare, sopportandone la spesa sulla base di un prezzario prestabilito.

In questo modo il Servizio sanitario nazionale, a suo tempo concepito come un sistema universale che non doveva fare distinzioni fra i cittadini, assume caratteristiche di un servizio a due marce, una veloce per chi può pagare e una lenta per i tanti che hanno poche risorse disponibili. Purtroppo le liste d'attesa per molte prestazioni sono ancora molto lunghe anche nel Nord Italia che include le Regioni più efficienti.

Quanto può valere l'intramoenia

Per dare alcuni esempi si può dire che un esame "ecocolordoppler" viene effettuato entro 60 giorni solo sul 50% di coloro che lo richiedono, mentre la percentuale scende al 15% per una esofago-gastro-duodenoscopia e a meno del 5% per una TAC del capo.

E vero che spesso non esiste un'urgenza per questi esami e che perciò non si corre alcun rischio aspettando; ma non vi è dubbio che vi sono ancora troppi casi per cui la lista d'attesa non permette interventi tempestivi con probabili danni irreparabili per la salute. Nasce anche il sospetto che le liste d'attesa rimangano lunghe per permettere che au-

mentino gli interventi intramoenia. Non va dimenticato che se le liste d'attesa fossero corte non vi sarebbero richieste di attività intramoenia, i cui proventi vanno per oltre l'ottanta per cento a vantaggio del personale sanitario.

Purtroppo i dati sull'attività intramoenia sono relativamente scarsi, ma si può avere un'idea della situazione attraverso un recente rapporto della Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

La spesa sostenuta dai cittadini per l'intramoenia è aumentata del 27% fra il 2001 ed il 2002 e del 12,8% dal 2002 al 2003.

Gli ultimi dati disponibili ci dicono che i pazienti hanno speso nel 2003 la cifra di 893.829.000 euro pari a circa 1800 miliardi di vecchie lire.

Tuttavia si tratta di cifre ampiamente sottostimate perché mancano tutti i dati degli Ircs, dei Policlinici, delle Università e degli Ospedali classificati, nonché tutti gli esami e gli interventi eseguiti presso cliniche private.

Utilizzando questa cifra totale ampiamente sottostimata, si è documentato che la spesa pro-capite riguardante l'intramoenia è di 21,25 euro per il Nord, di 18,94 euro per il Centro e di 5,72

euro per il Sud, con una media nazionale di 15,54 euro. Agli estremi troviamo la Toscana con 25,74 euro e la Calabria con 2,85 euro.

Un atto di coraggio

Non è ben chiaro se si tratti di cifre assolute o se invece il basso livello di spesa della Calabria non sia dovuto al fatto che molti calabresi, quelli che possono, migrano al Centro o al Nord per avere prestazioni che non possono ottenere nella loro Regione. Della cifra totale di circa 900 milioni di euro solo 100 milioni di euro vanno alle aziende sanitarie. Se ipotizziamo che la prestazione media in intramoenia abbia un costo per il cittadino di circa 100 euro se ne desume che sono stati eseguiti in intramoenia circa 9 milioni di prestazioni. Purtroppo non è possibile entrare nei dettagli perché non sono disponibili i dati che riguardano le prestazioni per le singole specialità, né i relativi costi, né tantomeno la media dei guadagni per gli operatori sanitari.

La trasparenza in questo campo certo non eccelle, considerando anche che contrariamente alle regole, solo 19 su 97 aziende ospedaliere e 27 su 195 aziende sanitarie riportano sul loro sito web la durata delle liste d'attesa. Fra l'altro anche le grandi istituzioni sono carenti di informazioni: infatti solo il 16% degli Ircs e il 36% dei Policlinici fanno conoscere ai cittadini le rispettive liste d'attesa.

Sarebbe bene che il nuovo Governo riconsiderasse questa situazione per garantire a tutti i cittadini lo stesso tipo di trattamento in armonia con lo spirito del Servizio sanitario nazionale. Eliminare l'intramoenia richiede un atto coraggioso ma in questo caso il coraggio è necessario per realizzare un minimo di equità.

(Fonte: Negri News n. 3 ottobre 2006)
*Farmacologo, Fondatore e Direttore dell'Istituto di Ricerche farmacologiche "Mario Negri"

Morini: "Regalo alle Case di Cure private"

Il "Socialismo reale" di Garattini contro l'intramoenia

di Danilo Morini*

Pur riconoscendo a Silvio Garattini i tanti meriti che ha, e da tanti anni, a favore di una corretta ricerca farmacologica, non è possibile condividere il suo pensiero in merito all'abolizione dell'intramoenia negli Ospedali del nostro Ssn.

È noto che l'esercizio della libera professione intramoenia non era previsto negli ospedali dell'est Europa quando erano governati in base ai principi del cosiddetto socialismo reale.

È al fallimento inglorioso di quei regimi e dei loro sistemi di assistenza sanitaria che Garattini vuol ricondurre anche il nostro Ssn?

Spero proprio che Garattini, pur recentemente confermato dal ministro Turco quale componente del Consiglio Superiore di Sanità, non venga esaudito in questa sua assurda richiesta. L'Italia, è ben noto a tutti, è un Paese ad economia di mercato, e questo per scelta della nostra Carta Costituzionale; pertanto, se venisse accolta la proposta di Garattini, si farebbe un rilevante regalo alle Case di Cure private.

Dovrebbe essere noto a Garattini che è in aumento il numero di persone che si dotano, a loro carico, di coperture assicurative per poter remunerare l'eventuale ricorso a prestazioni sanitarie a pagamento, senza per questo rinunciare alle prestazioni gratuite del Ssn che loro spettano in quanto cittadini italiani.

È vero che esistono liste d'attesa per accedere alle prestazioni del Ssn; per visite specialistiche e per indagini diagnostiche ambulatoriali, va rilevato, e tutti lo sanno, che esiste una rilevante richiesta impropria di queste prestazioni che, in merito, è all'origine delle liste d'attesa.

Per le prestazioni di ricovero le liste d'attesa talvolta sono determinate anche dalla qualità o dall'eccellenza di una struttura ospedaliera: vedasi in proposito il caso dell'ortopedico Rizzoli che ben conosco.

In realtà le liste d'attesa sono dovute all'incapacità programmatica di molte regioni: vedasi al riguardo il mantenimento per ragioni campanilistiche o clientelari di mini strutture ospedaliere.

Ho quarant'anni di esperienza di gestione a diverso titolo di istituzioni ospedaliere pubbliche: da Carpi a Pavia, dal Rizzoli di Bologna al Policlinico di Modena; mi sono sempre battuto perché in questi Ospedali venisse consentita e concretamente praticata la libera professione dei medici ospedaliere che avessero esercitato la scelta del tempo pieno a favore dell'ospedale, contrastando nel contempo le scelte di quei medici che volevano servire due padroni, e cioè la Casa di Cura privata oltre all'Ospedale Pubblico.

Nel contempo non ho mai riscontrato che in questi ospedali pubblici l'attività assistenziale istituzionale, e in particolare per i casi più gravi e urgenti subisse ritardi per l'esercizio della libera professione.

Sono ben altri i problemi attuali del Ssn e non si risolvono certo con la cura da socialismo reale proposta da Garattini.

Avanzo qualche esempio: chi avrà il coraggio di affrontare l'insufficiente quantità e qualità di prestazioni assistenziali, male che affligge le strutture ospedaliere pubbliche delle regioni meridionali ed insulari costringendo quelle popolazioni a disagevoli migrazioni verso gli ospedali del centro nord?

Chi avrà il coraggio di riproporre e di finanziare un piano straordinario, da realizzarsi anche con strumentazioni straordinarie, di investimenti strutturali ospedaliere, come avviò il ministro Donat Cattin nel 1988?

*Avvocato, Presidente Comitato di Indirizzo Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, già Direttore generale degli ospedali al Ministero della Sanità e già Commissario straordinario degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna



La posizione della Fesmed di Carmine Gigli*

La libera professione intramoenia è un diritto dei medici

■ I suoi cardini normativi si trovano nelle leggi e nei contratti di lavoro. Ma è anche un diritto per il cittadino, che può scegliersi lo specialista di fiducia, ottenendo in tempi brevi la prestazione che l'Azienda non potrebbe fornirgli con la stessa celerità

È imbarazzante citare se stessi e lo faccio solo per ricordare che quando scrisi sul numero 7/2006 di questa rivista, a proposito del dibattito fra favorevoli e contrari alla libera professione allargata, non pensavo di dover registrare un illustre ricercatore, come il prof. Silvio Garattini, fra coloro che si erano spinti "sino a mettere in dubbio l'eticità della libera professione per i medici dipendenti del Servizio sanitario".

Nel suo articolo, ricco di dati statistici, il prof. Garattini avanza il sospetto che le liste d'attesa "rimangano lunghe per permettere che aumentino gli interventi intramoenia". A sostegno di questo suo asserto riporta gli ultimi dati disponibili per l'intramoenia, dai quali risulta che "i pazienti hanno speso nel 2003 la cifra di 893.829.000 euro pari a circa 1.800 miliardi di vecchie lire". Il prof. Garattini si rammarica perché "della cifra totale di circa 900 milioni di euro solo 100 milioni di euro vanno alle aziende sanitarie", pari ad una spesa pro-capite media di 15,54 euro, per l'intramoenia. L'illustre ricercatore conclude affermando che: "eliminare l'intramoenia richiede un atto coraggioso ma in questo caso il coraggio è necessario per realizzare un minimo di equità".

Prescindiamo per un momento dai diritti acquisiti, dagli impegni presi e dai contratti sottoscritti a favore della libera professione dei medici e affrontiamo la questione sul campo etico-gestionale. La libera professione intramoenia è esercitata al di fuori dell'orario di servizio, verso i pazienti che la richiedono liberamente. Sui proventi i medici pagano le tasse, versano una quota a favore dell'Azienda e un'altra per i sanitari che non possono esercitare quest'attività. L'illustre detrattore dell'intramoenia non ci dice chi erogherà i nove milioni di prestazioni che oggi vengono garantiti dalla libera professione intramoe-

nia. Dovrebbero andare ad allungare le liste di attesa? Oppure, queste prestazioni sarebbero gentilmente offerte all'assistenza privata? Non so quale di queste due alternative possa considerarsi più etica e quale più conveniente per il Servizio sanitario nazionale. Lascio al professor Silvio Garattini la coraggiosa scelta.

Ma non lasciamoci distrarre dalla querelle sulla liceità della libera professione intramoenia, che a parer mio serve solo a distrarre l'attenzione dalla questione più impellente, e per noi anche più rilevante, della libera professione allargata agli studi medici.

Nel luglio scorso, la libera professione "intramoenia allargata" ha beneficiato, a tempo scaduto, di un emendamento inserito nel "Decreto Bersani", che ne ha prorogata la scadenza di dodici mesi, con l'obbligo per le Aziende di completare gli interventi strutturali necessari. L'obiettivo di completare gli interventi in un periodo tanto esiguo ci è apparso da subito velleitario. Non ci hanno convinto neppure le roboanti dichiarazioni del ministro della Salute Livia Turco, rilasciate in occasione dell'audizione in Commissione Affari sociali della Camera, dello scorso gennaio: "Saremo inflessibili con le Regioni e le aziende sanitarie sulla realizzazione degli spazi per l'intramoenia e sull'utilizzo dei fondi non ancora spesi".

La questione che la Fesmed pone è la seguente: cosa accadrà se la maggior parte delle Aziende non dovesse provvedere alla realizzazione degli spazi per la libe-



Cosa accadrà se la maggior parte delle Aziende non dovesse provvedere alla realizzazione degli spazi per la libera professione intramoenia entro il 31 luglio?



ra professione intramoenia, usufruendo dei finanziamenti non ancora utilizzati, pari a 327,847 milioni di euro. Cosa succederà se il 31 luglio nella maggior parte delle aziende non sarà cambiato nulla. La Turco conferma l'intenzione di non concedere "un'ulteriore proroga, ma di vo-

2000 autorizza l'esercizio dell'attività libero professionale ambulatoriale anche negli studi medici, nel rispetto delle stesse norme che regolano l'attività "intramoenia", quando l'Azienda non dispone degli spazi "separati e distinti" previsti dalla legge. Le Aziende garantiscono e regolamentano il diritto dei medici all'esercizio della libera professione in tempi contingentati e documentati, con tariffe concordate e calmierate, con regole rigide definite contrattualmente. Inoltre, il Contratto di lavoro stabilisce che i volumi di attività libero-professionale intramoenia, comunque, non possono superare i volumi di attività istituzionale. Nello stesso tempo viene garantito il diritto dei pazienti di scegliersi lo specialista di fiducia, scelta che costituisce di per sé uno strumento terapeutico nel rapporto medico-paziente, oltre a costituire una concreta possibilità offerta all'utente per ottenere in tempi brevi il servizio che egli richiede, servizio che altrimenti l'Azienda non sarebbe in grado di fornirgli con la stessa celerità.

La Fesmed ritiene che la più volte invocata relazione negativa tra intramoenia e tempi d'attesa esiste solo in una visione "truffaldina" dell'attività professionale medica. Visione che non rispecchia la realtà e che volutamente tende ad ignorare le cause che alimentano le liste di attesa. Chi mette in relazione la libera professione dei medici con le liste di attesa, spesso dimentica che il Sistema sanitario italiano non è strutturato per rispondere autonomamente alla domanda di salute dei cittadini e non si è dotato di strumenti efficaci per governare la domanda di prestazioni diagnostiche. In questa situazione, la lista d'attesa è nello stesso tempo una patologia del sistema ed il meccanismo che porta ad un'autolimitazione della domanda.

La Fesmed chiede di non far ricadere sui medici le inadempienze delle Aziende. Nei casi in cui, alla scadenza del 31 luglio 2007, nelle Aziende non dovessero essere disponibili idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio della attività libero professionale intramuraria, si dovrà continuare a fare riferimento a quanto prevedeva il Dpcm 27 marzo 2000: "i direttori generali prevedono specifiche disposizioni transitorie per autorizzare il personale della dirigenza sanitaria a rapporto esclusivo ad utilizzare, senza oneri aggiuntivi a carico dell'azienda sanitaria, studi professionali".

* Presidente coordinatore Fesmed (Federazione Sindacale Medici Dirigenti - Acoi - Anmco - Anmdo - Aogoi - Femepa - Sedi - Sumi)



Contenzioso medico-legale / Sentenze di Pier Francesco Tropea

La perdita della verginità per colpa medica

La perdita dell'integrità dell'imene, compromessa per l'accertata colpa di un ginecologo nel corso dell'esecuzione di un pap test, può configurarsi come danno morale, oltre che biologico, risarcibile? Le argomentazioni svolte in questa sentenza forniscono lo spunto per un interessante commento in chiave giuridica e sociale

La verginità femminile, connotata dall'integrità anatomica dell'imene, è tuttora considerata un "bene" che la donna è portata a custodire gelosamente e soprattutto possiede ancora un significato morale in quanto espressivo del valore della persona?

Questo interrogativo presupponeva, fino ad alcuni decenni fa, una risposta obbligatoria in quanto, nei tempi ormai largamente trascorsi, la perdita della verginità fisica nella donna prima del matrimonio comportava, da parte della società, un giudizio negativo sulla "onorabilità" della persona, tant'è che il concetto di moralità si identificava con l'integrità della membrana imenale che serviva ad escludere che quel dato soggetto avesse avuto precedenti esperienze sessuali. Nell'ultimo cinquantennio il costume sociale è profondamente mutato al punto che oggi è ormai acquisito che, al raggiungimento della maggiore età (ma spesso molto prima), la donna decida consapevolmente di iniziare una regolare attività sessuale comportante necessariamente la rottura della membrana imenale.

È ben vero peraltro che, limitatamente ad una fascia nettamente minoritaria di giovani donne appartenenti a gruppi integrati in organizzazioni religiose, è stato oggi nuovamente valorizzato il principio della verginità fisica, nel contesto di un esercizio alla "continenza", quale espressione di una personalità strutturata in un certo tipo di "valori". Il mutamento profondo dei costumi in ambito sessuale ha avuto una sua rispondenza



giuridica alcuni anni fa nella cancellazione del reato di adulterio e soprattutto nell'eliminazione del cosiddetto "delitto d'onore" che, attraverso il riconoscimento di alcune attenuanti di particolare valore sociale e morale, consentiva al parente offeso nel proprio onore per un tradimento operato da uno stretto congiunto, di beneficiare di una cospicua riduzione delle pene previste.

Le norme attuali quindi, che non prevedono più il delitto per causa d'onore e l'adulterio, rispecchiano evidentemente, in tema di costume sessuale, l'orientamento della società attuale, la quale, equiparando la donna all'uomo sotto il profilo della legittimità di un'attività sessuale praticata anche al di fuori di una relazione coniugale o co-

munque indipendentemente da una vita di coppia, non attribuisce un particolare significato al concetto della conservata integrità fisica della donna, vista come "valore".

Da quanto premesso, assume particolare interesse una sentenza di merito (Tribunale di Napoli, Sezione di Casoria, 10 gennaio 2005) che si segnala, non soltanto per la rarità del caso in esame, ma anche per le argomentazioni svolte che forniscono lo spunto per un commento in chiave giuridica e sociale. Il caso concerne l'esecuzione ambulatoriale di un pap test che ha comportato in una "virgo" la rottura della membrana imenale conseguente all'introduzione incongrua in vagina di uno speculum allo scopo di effettuare il prelievo del secreto

cervico-vaginale. A seguito del danno subito, la paziente ha convenuto sia la struttura sanitaria che il ginecologo, chiedendo il risarcimento del danno biologico e patrimoniale e di quello morale conseguente alla lesione dell'integrità sessuale patita dall'attrice.

Da una perizia d'ufficio all'uopo disposta veniva accertata l'effettiva lesione dell'imene che è stata ritenuta conseguente (in relazione causale) all'introduzione incongrua di uno speculum nella vagina della paziente.

Si è giunti alla dimostrazione del nesso causale tra l'uso dello speculum e la rottura della membrana imenale sulla base del dolore e del sanguinamento genitale provocati dall'immissione dello strumento, di tali elementi esistendo numerose e precise prove testimoniali al riguardo.

Sotto questo profilo è stata affermata la piena responsabilità del ginecologo per aver utilizzato uno strumento in modo inadeguato e cioè senza accertarsi, attraverso un opportuno interrogatorio della paziente e mediante un'ispezione accurata dei genitali esterni del soggetto, dello stato di eventuale integrità imenale della paziente stessa.

A seguito della perizia del Ctu, il Giudice ha stabilito l'esistenza di un danno all'integrità fisica e di un danno biologico per reazione ansioso-depressiva posttraumatica quantificabili in una certa misura economica.

La richiesta dell'attrice di un danno morale risarcibile, nella fattispecie meglio classificabile come danno esistenziale, è stata oggetto di approfondita analisi critica da parte del Giudice il quale non ha tuttavia considerato tale voce come meritevole di tutela per le considerazioni che andremo ad esporre.

Posto che esistono nel nostro ordinamento alcuni interessi della persona che sono meritevoli di tutela, il che legittima un diritto della persona ingiustamente danneggiata di essere risarcita in caso di lesione di tale diritto, la lacerazione dell'imene non può essere considerata, a giudizio del Magistrato, come una lesione dell'integrità sessuale e come tale suscettibile di una tutela.

Infatti, secondo le motivazioni presenti in sentenza, l'integrità sessuale potrebbe ritenersi compromessa nel caso in cui si configurasse l'incapacità alla procreazione o l'impossibilità di espletare una normale attività sessuale, evenienze che in tutta evidenza non vengono pregiudicate dall'integrità o meno dell'imene.

A conforto della propria tesi, il Giudice si sofferma sul concetto della verginità femminile, sottolineando la non rilevanza che la

Società di oggi attribuisce a tale condizione anatomica nei riguardi di un giudizio sulla reputazione del soggetto, per la qual cosa "la verginità della donna non assume più alcun connotato, positivo o negativo che sia, ai fini della valutazione della sua personalità".

La conclusione giuridica tratta da tale ragionamento è che il danno morale sofferto dalla persona a causa della perdita dell'integrità imenale non appare meritevole di tutela da parte dell'ordinamento, in quanto trattasi di un "mero interesse di fatto", dalla cui lesione non nasce alcun diritto ad un risarcimento.

Pertanto all'interessata viene riconosciuto un danno morale correlato alla persona e quindi quantificabile nella misura di un terzo del danno biologico "quale limitato patimento sofferto dalla danneggiata", calcolato in euro 215,19.

Il risarcimento

La somma complessiva relativa al risarcimento del danno subito dall'attrice è stata quindi quantificata in euro 1.377,21.

La sentenza, pregevole sotto l'aspetto dell'analisi attenta della problematica in oggetto, non può non suscitare qualche perplessità in ordine al significato attribuito all'integrità anatomica dell'imene, nella fattispecie pregiudicata per accertata colpa del ginecologo.

Il punto discutibile della pronuncia qui illustrata risiede nella considerazione che un danno alla persona non deve essere considerato ingiusto se non venga percepito come tale dalla Società. Orbene, nel caso in specie, è del tutto evidente che deve essere ritenuta preminente la percezione che la persona ha di sé stessa ed il valore che il soggetto danneggiato attribuisce alla propria integrità fisica, indipendentemente da una difforme interpretazione da parte della Comunità sociale.

Sotto questo profilo, il danno esistenziale riconosce alla sua radice proprio lo stato d'animo della persona che non riesce a mantenere una normale vita di relazione in conseguenza del danno morale patito, dunque una condizione psicologica soggettiva del tutto indipendente dai giudizi o dai comportamenti del contesto sociale.

Appare pertanto opinabile che, a fronte di un pregiudizio fisico conseguente ad una colpa accertata, non sia stato riconosciuto il diritto alla tutela psicofisica della persona danneggiata, attraverso il riconoscimento di un danno morale, oltre che biologico, la cui essenza deve essere ricercata nel vissuto personale di ciascuno di noi. **Y**

Cassazione: condotte e comportamenti per il direttore di struttura complessa di Carmine Gigli*

I doveri del primario

Laddove il legislatore lascia spazio a dubbi interpretativi e discrezionalità è poi il potere giudicante che, a partire da casi concreti, deve fare chiarezza “dettando le regole”. In questo caso, a delineare con maggior precisione il confine “sfumato” delle attribuzioni e prerogative spettanti ai profili della dirigenza sanitaria è una recente sentenza della Cassazione, che individua per il direttore di struttura complessa una serie di responsabilità di ordine tecnico-professionale che molti ritenevano dover esser attribuite al dirigente medico



Al Direttore di struttura viene riconosciuto il “potere-dovere di verifica, vigilanza ed eventuale avocazione”

Il “decreto Bindi”⁽¹⁾, oltre a stabilire un unico ruolo e un unico livello per la dirigenza sanitaria, nel modificare il D.Leg. 502/1992, ha provveduto a ridefinire le attribuzioni e le prerogative dei dirigenti medici, ai quali viene riconosciuta una maggiore autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità. Nello stesso tempo, il “decreto Bindi” ha riservato al dirigente con incarico di direzione di struttura complessa le funzioni programmatiche e di indirizzo sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo).

L’attribuzione di una maggiore autonomia al dirigente medico è stato interpretato da alcuni come un riconoscimento di indi-

pendenza dal direttore della struttura e, complici le consuetudini locali, in alcune Aziende i confini fra i due poteri si sono andati sfumando nel tempo. Forse, anche perché il “decreto Bindi” non aveva provveduto a dettagliare le attribuzioni riconosciute a questi due incarichi, come aveva fatto in passato l’articolo 63 del Dpr 761/1979. Quando il legislatore non si esprime con la dovuta chiarezza, prima o poi, interviene il potere giudicante e detta le regole. La Sezione IV penale della Suprema Corte di Cassazione è intervenuta di recente sulle attribuzioni del Direttore di struttura complessa, river-

sando su di lui una serie di responsabilità di ordine tecnico-professionale, che molti ritenevano dovessero rientrare fra le attribuzioni del dirigente medico, in virtù di quella autonomia tecnico-professionale riconosciutagli dal citato “decreto Bindi”.

L’occasione per la Cassazione si è presentata quando la IV Sezione Penale è stata chiamata a giudicare su quanto era accaduto ad un uomo ricoverato in

un reparto di ortopedia per fratture all’arto inferiore riportate a seguito di incidente stradale. Il paziente venne sottoposto, dopo 4 giorni, a due interventi: uno ortopedico di “osteosintesi femore con K. endomidollare” e uno di chirurgia vascolare, con “asportazione di 1 cm di arteria femorale e sutura TT”. Si instaurò uno stato settico, che peggiorò sino alla necrosi della coscia e della gamba. Dopo 28 giorni dal ricovero, trascorsi senza che il direttore della struttura “nulla abbia saputo delle condizioni del paziente”, fu deciso di procedere all’amputazione dell’arto. Il paziente inizialmente rifiutò e dette il suo consenso solo alle ore 15,00 del giorno successivo. Alcune ore dopo

l’intervento si verificò l’exitus per scompenso cardiocircolatorio. Con la sentenza n. 47145, del 23 dicembre 2005, la Corte ha riconosciuto ai “sanitari collaboratori” la capacità di “risolvere direttamente una pluralità, e certamente la maggior parte dei casi clinici sottoposti alla loro attenzione”, ma ha stabilito altresì che esistono delle circostanze da porre sotto la responsabilità del direttore della struttura, perché configurano delle “situazioni che assumono particolare importanza, o perché trattasi di patologie non frequenti, e che richiedono una particolare conoscenza della professione medica, o perché vi è grave pericolo per la salute del ricoverato”. Sulla base di questo, la Corte ha individuato una serie di condotte e di comportamenti doverosi per il dirigente responsabile di struttura complessa. Nel dettaglio: “... tre condotte vanno attribuite al dirigente con funzione apicale in una divisione ospedaliera, per evitare un suo possibile coinvolgimento in una attività omissiva del sanitario collaboratore:

- il potere-dovere di fornire preventivamente le informazioni di carattere programmatico per un efficiente svolgimento dell’attività sanitaria, e quindi l’esercizio di direttive tecnico-organizzative;

- in conseguenza di ciò, il potere c.d. di delega per quei casi sicuramente risolvibili in base all’espletamento dei poteri organizzativi di carattere generale; un potere-dovere di verifica, vigilanza ed eventuale avocazione. L’interpretazione letterale e logica dell’art. 15 del più volte citato decreto n. 502 del 1992 è quella di contemperare la peculiarità della tutela della salute, costituzionalmente sancita dall’art. 32, con una gestione, se non di tipo spiccatamente azien-

Profili e qualifiche dei medici con posizione iniziale, intermedia e apicale

dale, sicuramente efficientistica, e i tre poteri-doveri appena citati sono espressi nella norma citata". Ha continuato la Corte: "Concretamente, poi, è evidente che un buon dirigente deve sapere indirizzare i programmi terapeutici di una divisione ospedaliera e intervenire direttamente nelle situazioni di maggiore difficoltà. A ciò va aggiunto il potere di verifica, che si esplica con il controllo e l'informazione costante del dirigente presso i suoi collaboratori.

A questo punto i Giudici della Cassazione sono passati ad esaminare i presupposti normativi che li hanno portati ad indicare quali sono i comportamenti virtuosi del buon Direttore di struttura. "Tale forma, che può apparire un po' rigorosamente gerarchica, è dettata da varie esigenze. La riduzione dal 1992 a due livelli dei medici ospedalieri e poi dal 1999 ad un solo livello, non ha comunque abolito l'esistenza di un dirigente sanitario con funzione apicale, che deve indicare le regole cautelari, in modo che il collaboratore possa positivizzare le "istruzioni" ricevute. D'altronde, anche i criteri di ammissione alla semplice funzione di dirigente del ruolo sanitario, per così dire, ordinario, ovvero del dirigente del ruolo sanitario con funzione apicale nel reparto, nella divisione, o, come dice la legge, nella struttura, sono differenziati, in modo specifico nel decreto del 1992, e con maggiore affidamento a criteri di valutazione fissati dal piano programmatico e aziendale nel decreto del 1999 (art. 15 bis). Tale maggior cautela nell'attribuzione di funzioni dirigenziali deriva ovviamen-

■ Nel D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 "Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali", all'articolo 63, qui riportato, sono individuate le funzioni spettanti al medico della posizione iniziale, intermedia e apicale

Art. 63. Ascrizione dei profili professionali alle qualifiche funzionali e attribuzioni del personale (...) Per il personale medico le attribuzioni spettanti nelle singole posizioni funzionali restano determinate come segue: Il medico appartenente alla posizione iniziale svolge funzioni medico-chirurgiche di supporto e funzioni di studio, di didattica e di ricerca, nonché attività finalizzate alla sua formazione, all'interno

te dall'assunzione di maggiori responsabilità, e dalla costituzione di una posizione, non tanto, o almeno non solo, di preminenza professionale, ma di preposto all'organizzazione e alla programmazione dell'attività del reparto.

La contemperanza tra il vincolo alle direttive superiori e l'autonomia professionale operativa, già oggetto di una interessante decisione di questa Corte (Cass. sez. IV 17.11.1999-18.1.2000 n. 556), in presenza di una visione efficientistica e concretamente produttiva (sotto il profilo sanitario) del servizio, non può che trovare soluzione liberatoria per il dirigente in posizione apicale

dell'area dei servizi alla quale è assegnato, secondo le direttive dei medici appartenenti alle posizioni funzionali superiori. Ha la responsabilità per le attività professionali a lui direttamente affidate e per le istruzioni e direttive impartite nonché per i risultati conseguiti. La sua attività è soggetta a controllo e gode di autonomia vincolata alle direttive ricevute.

Il medico appartenente alla posizione intermedia svolge funzioni autonome nell'area dei servizi a lui affidata, relativamente ad attività e prestazioni medico-chirurgiche, nonché ad attività di studio, di didattica, di ricerca e di partecipazione dipartimentale, anche sotto il profilo della diagnosi e cura, nel rispetto delle necessità del lavoro di gruppo e sulla base delle direttive ricevute dal medico appartenente alla posizione apicale.

Il medico appartenente alla posizione apicale svolge attività e prestazioni medico-chirurgiche, attività di studio, di didattica e di ricerca, di programmazione e di direzione dell'unità operativa o dipartimentale, servizio multizonale o ufficio complesso

dalla responsabilità omissiva, se non in situazioni concrete, quali ad esempio: l'aver adeguatamente formato il medico collaboratore per casi semplici o quanto meno non complicati, e non avervi adempiuto il sanitario; non esservi stato tempo materiale per l'informazione, dato che il collaboratore ha repentinamente ommesso il trattamento sanitario necessario, causando immediatamente l'irreparabilità delle lesioni o del decesso, senza possibilità materiale di intervento del dirigente apicale. Altri casi sono possibili, ma, in tema di reati colposi, è impossibile una codificazione precisa. Infine, il dovere di verifica si at-

affidatogli. A tal fine cura la preparazione dei piani di lavoro e la loro attuazione ed esercita funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, nel rispetto della autonomia professionale operativa del personale dell'unità assegnatagli, impartendo all'uopo istruzioni e direttive ed esercitando la verifica inerente all'attuazione di esse. In particolare, per quanto concerne le attività in ambiente ospedaliero, assegna a sé e agli altri medici i pazienti ricoverati e può avocare casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando l'obbligo di collaborazione da parte del personale appartenente alle altre posizioni funzionali. Le modalità di assegnazione in cura dei pazienti debbono rispettare criteri oggettivi di competenza, di equa distribuzione del lavoro, di rotazione nei vari settori di pertinenza. Le attività svolte dal medico della posizione apicale sono soggette esclusivamente a controlli intesi ad accertare la rispondenza dei provvedimenti adottati alle leggi e ai regolamenti; egli redige, altresì, una relazione annuale sull'attività svolta (...).

tua con due diversi comportamenti: il primo è di carattere generale, dovendo il dirigente di struttura informarsi della situazione generale del reparto; il secondo è di carattere specifico, in quanto, venuto a conoscenza, o comunque avendo la possibilità di venirne a conoscenza, di una situazione in cui le *leges artis* necessitano di una particolare competenza per la complicità del caso, sia essa dovuta alla difficoltà terapeutica ovvero al pericolo non trascurabile per la salute del paziente, deve fornire il proprio contributo determinante per la migliore assistenza medica che il caso richiede".

È opportuno che i dirigenti di struttura compressa prendano buona nota di quanto viene loro richiesto dalla sentenza della Corte di Cassazione. Il "potere-dovere di verifica, vigilanza ed eventuale avocazione", che questa sentenza riconosce al Direttore di struttura, in pratica torna ad attribuirgli tutti quei compiti già previsti per il Primario ("posizione apicale"), dal precedentemente citato art. 63, del Dpr 761/1979. Compiti che si riteneva potessero essere delegati ad altri dirigenti medici della struttura, almeno per la parte attinente le competenze professionali, anche in considerazione degli oneri per l'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite, che gli erano stati aggiunti alle competenze del direttore di struttura, dal D.Leg. 502/1992.

D'altra parte, la sentenza ridimensiona, non di poco, la "autonomia tecnico-professionale, prevista per il dirigente medico dall'articolo 15, del Decreto legislativo 502/1992, così come era stato modificato dal "decreto Bindi". Resta da chiarire se a questa riduzione dell'autonomia tecnico-professionale del dirigente medico si accompagnerà anche una riduzione delle sue responsabilità.

Il testo completo della sentenza n. 47145, del 23 dicembre 2005, è disponibile sul sito www.ginecologiaforense.it.

* *Presidente coordinatore Fesmed*

I Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n.229 - "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1, della legge 30 novembre 1998, n. 419". Gazzetta Ufficiale - Suppl. ord. n.132 del 16 luglio 1999

Mansioni e funzioni dei dirigenti sanitari

■ Gli articoli 15 e 15-bis del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, N. 502 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, modificato dal Dlgs 229/1999") delineano, ai commi di seguito riportati, le mansioni e le funzioni della Dirigenza medica e, in particolare, dei Dirigenti responsabili di struttura

Articolo 15 - Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie

...
Comma 3. L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello

svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multi-professionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impe-

gno orario superiore a quello contrattualmente definito.

....

Comma 6. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'effi-

cace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione

Articolo 15-bis - Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura
1. L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento o ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.
2. La direzione delle strutture e

degli uffici è affidata ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-ter. Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-sexies.

3. A far data dal 1° febbraio 2002, sono soppressi i rapporti di lavoro a tempo definito per la dirigenza sanitaria. In conseguenza della maggiore disponibilità di ore di servizio, sono resi indisponibili in organico un numero di posti della dirigenza per il corrispondente monte ore. I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di regolarizzazione dei rapporti soppressi.

Libri



La responsabilità professionale del ginecologo tra etica e diritto

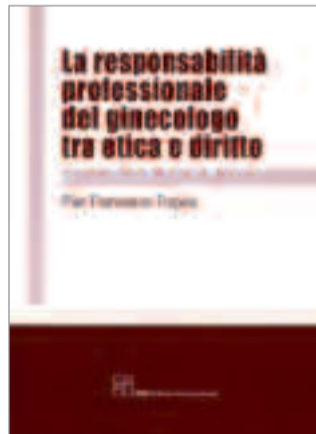
Le problematiche legate agli aspetti giuridici ed etici della responsabilità professionale del ginecologo rappresentano un aspetto di fondamentale importanza nella formazione e nelle conoscenze di un professionista. Pier Francesco Tropea ha approfondito questa materia con cura e dedizione pubblicando diversi articoli su vari giornali del settore, in particolare sulla rivista "GynecoAOGOI" e intervenendo sull'argomento durante numerosi congressi. Questo libro rappresenta, dunque, l'estensione e il completamento di un vasto lavoro portato avanti da molti anni e che, per questo motivo, riesce ad affrontare una materia ostica e piuttosto lontana dai nostri standard in modo chiaro, esauriente e facilmente comprensibile. Aspetto, quest'ultimo, che rappresenta, fra gli altri, il maggior pregio di quest'opera. È indubbio, infatti, che un'adeguata formazione del ginecologo anche in materia giuridica appare oggi estremamente sentita e questo rende il volume utile, concreto ed attuale.

Le diverse tematiche legate alla responsabilità del ginecologo nei momenti più impegnativi del suo lavoro sono affrontate e ordinate attorno ad alcuni punti cruciali e

di ampio respiro quali, ad esempio, il consenso informato, l'obiezione di coscienza, la libertà terapeutica del medico e il principio di autodeterminazione del soggetto di fronte alle cure. Tutti aspetti, questi, che contribuiscono a costruire quel delicato rapporto etico, morale e giuridico fra il medico e i suoi pazienti. Gli argomenti vengono trattati alla luce del mutamento che questo rapporto ha subito nel corso degli anni e del conseguente ruolo assunto dal malato nella gestione della propria salute: un'autonomia decisionale da cui scaturisce, ad esempio, la richiesta da parte del paziente di una prestazione medica specifica. È questo il caso del taglio cesareo e della sterilizzazione chirurgica, entrambi presi in esame e approfonditi con competenza dall'autore.

In qualsiasi circostanza il medico operi, è ormai prassi, consolidata da una copiosa giurisprudenza, che sia prevista la sottoscrizione, da parte del malato, di un consenso preliminare a qualsiasi atto medico. L'introduzione di questa procedura suscitò, circa 20 anni fa, non poche polemiche in ambito medico e ancor oggi non è accettata completamente. Pier Francesco Tropea spiega in modo semplice e lineare che il medico invece ha l'obbligo di

coinvolgere il malato informandolo sulla natura dell'intervento, sulle probabilità e possibilità dei risultati, sui rischi, gli effetti e le eventuali difficoltà con una informazione che sia completa, semplice e immediata e che permetta al paziente di poter entrare nel merito delle decisioni che riguardano la sua salute. Solo il consenso informato, unica manifestazione di volontà di disporre del proprio corpo, può escludere l'antigiuridicità dell'atto medico e renderlo in questo modo legittimo. L'attività sanitaria, soprattutto quella ospedaliera, viene svolta prevalentemente in équipe, per cui molto spesso si è di fronte al problema di individuare "il responsabile" della illiceità dell'atto medico. Si tratta di un aspetto non



secondario del gravoso problema della malpractice che difficilmente viene affrontato nella trattativa del settore. In questo libro l'Autore analizza con attenzione la complessa articolazione che impedisce, talvolta, una precisa individuazione dei "meriti" e, soprattutto, delle "colpe" tra gli operatori che lavorano in équipe. Ed è in questo contesto che Pier Francesco Tropea illustra come si sia affermato il principio dell'"affidamento", in virtù del quale il capo-équipe affida ad un altro sanitario lo svolgimento di precisi compiti della cui diligente attuazione risponderà personalmente. Questo si traduce nel confidare sulla professionalità e sulle competenze di ogni singolo membro del gruppo, tracciando i confini degli ambiti di competenza di ciascun medico anche se, è bene precisarlo, la differenziazione di competenze non esime il sanitario dal dovere di intervenire per riparare l'errore altrui e, per il capo-équipe, di sovrintendere all'operato di ogni componente sia nella fase operatoria che post-operatoria. La qualità delle prestazioni erogate non dipende, però, esclusivamente dagli operatori sanitari; sono di attuale e grande rilievo, infatti, le problematiche legate alla qualità ed alla disponibilità degli strumenti e

delle strutture sanitarie anche alla luce del profondo divario che, drammaticamente, esiste fra le realtà del Nord e del Sud. Il testo affronta il problema della responsabilità assistenziale nei confronti del paziente e illustra diverse dinamiche dovute all'inserimento della figura dell'Ente accanto a quella del medico. A questo tipo di responsabilità si ricollega un problema in più, angoscioso, per quei medici che operano in strutture ospedaliere periferiche, non fornite degli appropriati requisiti tecnici e che obbligano il ginecologo a prestare la propria attività nella consapevolezza di una inadeguatezza tecnologica e nell'esposizione al rischio di dover rispondere, nel caso di un danno al paziente, non solo di reato colposo ma anche dell'aggravante della consapevolezza della previsione del suddetto evento. Questo prezioso volume si dimostra di reale ed attuale interesse per tutti i ginecologi e gli operatori sanitari; offre un valido contributo di esperienze e di suggerimenti al medico affrontando la materia in modo chiaro e competente e, al contempo, favorendo quella "cultura della maggiore attenzione al paziente" che dovrebbe guidare tutta l'attività professionale e la formazione del ginecologo. (Carlo Sbiroli)

PIER FRANCESCO TROPEA

La responsabilità professionale del ginecologo tra etica e diritto

Pagine 200, euro 30,00

CIC Edizioni Internazionali, Roma 2006

Mondo



LOS ANGELES

Vince la Tv "medicalizzata"

Alla 64esima Edizione dei Golden Globes "Grey's Anatomy" è stata premiata dalla Hollywood Foreign Press Association come migliore serie Tv drama. I dottori del Seattle Grace Hospital si sono aggiudicati l'ambita statuetta sbaragliando avversari temibili come "Lost" e "24" in una delle più famose vetrine pubblicitarie per produttori e celebrità del mondo dello spettacolo cinematografico e televisivo. Miglior attore drammatico è stato Hugh Lurie, il popolare Dr House dell'omonima serie. Protagonisti principali di Grey's Anatomy (il titolo è giocato



sull'omofonia con uno dei testi sacri di anatomia, il Gray's Anatomy), sono cinque giovani medici in carriera, tre donne e due uomini, tirocinanti nel reparto chirurgia del Grace Hospital di Seattle, raccontati nelle loro ambizioni professionali e aspirazioni private, in un intreccio che mescola pratiche di trapianto, diagnosi cliniche, trasgressioni sessuali e sentimentali e problemi familiari. Un medical drama che ha per sfondo il meglio della sanità privata, immaginato come sede del più difficile tirocinio dopo Harvard.

Attrezzature state-of-the-art, specializzandi con il massimo dei voti, chirurghi da 2 milioni di dollari l'anno, un'unica mission: salvare una vita.

FRANCIA

Allarme ginecologi: "non visitate le musulmane"

Proteste, minacce e anche violenze in ospedale contro i ginecologi uomini che visitano le donne musulmane: in Francia sale la paura in corsia e adesso i medici chiedono l'aiuto della polizia dopo le ultime irruzioni di "integralisti" che non vogliono che le loro mogli, figlie e sorelle siano "toccate". L'ultima aggressione il 30 gennaio scorso a Strasburgo, dove il capo del dipartimento di ginecologia ostetrica Israel Nisand, era stato chiamato d'urgenza per stilare "un certificato di verginità ad una

Lettere



Ma perché bleffare?

Leggo il commento apparso su *GynecoAogoi* del n. 9/10 2006 dal titolo "Ma perché bleffare?" in cui a latere della pubblicazione comparsa sull'AJOG (n. 105, 886-7) relativa al giudizio di condanna di alcuni medici di questo Dipartimento per la falsificazione della tipologia di un lavoro presentato in occasione del Annual (gennaio 2006) Meeting della Society of Maternal Fetal Medicine (studio presentato come randomizzato prospettico e non come caso controllo, quale in realtà era) si asserisce che la pubblicazione della suddetta storia su *GynecoAogoi* "viene riportata non certo per una caccia alle streghe e tanto meno per colpevolizzare qualcuno. Semmai si dovrebbe parlare di disattenzione, superficialità, ingenuità. Nel campo della ricerca sono, comunque elementi negativi e deprecabili, ma fanno tirare un sospiro di sollievo perché

ridimensionano quanto cerca di far intuire nel suo articolo l'AJOG, Non vi è stata volontà di imbrogliare. Non vi è stato dolo". La parte conclusiva di tale commento tuttavia, prendendo spunto dalla storia riportata, verte tutta sugli illeciti economici che riguardano le ripercussioni di "ricerche pilotate dall'industria farmaceutica così che l'impressione che ne ricava il lettore è che nella deprecata vicenda ci siano stati anche illecite connivenze con settori dell'industria farmaceutica. Mi preme pertanto, per rispetto della verità evidenziare che, come ben si legge nell'"Announcement of inappropriate acts in the publication process" il giudizio di condanna espresso riguarda la mispresentazione della tipologia di lavoro ("The study was misrepresented as a prospective randomized study when it was not") e l'indagine condotta dai

membri dell'American Journal che ha portato al giudizio finale di condanna, non ha mai evidenziato alcuna connivenza degli Autori con il settore dell'industria farmaceutica. Tale precisazione mi sembra doverosa ed opportuna tesa non certo a ridimensionare il tenore della spiacevole e deprecata vicenda, ma a non gravarla ulteriormente di addebiti ancora più deprecabili, come tendenziosamente emerge dalla lettura globale del commento pubblicato su *GynecoAogoi*. Il giudizio di condanna deve rimanere confinato all'ambito identificato dall'AJOG; "Il lavoro è stato mispresentato come prospettico randomizzato quando non lo era". Sempre per amore della fedeltà nel riportare gli eventi mi preme anche sottolineare che questo Dipartimento come risulta da documentazione protocollata (carteggio immediato con la society Maternal Fetal Medicine,

accettazione delle dimissioni da parte del primo autore, assegnista di ricerca c/o il Dipartimento) si è adoperato nella definizione della veridicità dimostrando una profonda onestà nella ricerca della verità dell'accaduto, e che tale sforzo è stato ampiamente riconosciuto dall'AJOG che in nessun punto dell'"Announcement of inappropriate acts in the publication process" fa riferimento all'affiliazione degli Autori a questo Dipartimento e che non ha posto alcuna preclusione a questo Dipartimento per la presentazione di lavori scientifici. Prova ne è il fatto che in occasione dell'imminente Annual Meeting della stessa Society Maternal Fetal Medicine che si terrà a San Francisco verrà presentato un lavoro a nome di Di Tommaso et al., tutti membri affiliati a questo Dipartimento. Tengo infine a sottolineare ancora che questa precisazione, che prego la redazione di *GynecoAogoi* di voler pubblicare, per intero, a norma della legge sulla stampa, non ha certo lo scopo di ridimensionare il peso della gravità dell'accaduto, ma di riportarlo al suo reale significato, evitando che diventi terreno di tendenziose e disoneste

scorribande intellettuali. Tale mi sembra infatti la parte finale del commento apparso su *GynecoAogoi* in cui il messaggio silente che viene trasmesso è quello che nella vicenda condannata dall'AJOG ci siano state connivenze tra gli autori e l'industria farmaceutica. Ovviamente condiviso in pieno tutte le considerazioni fatte a proposito del rigore che deve esserci nella ricerca scientifica quando questa possa avere ripercussioni in campo economico e ritengo che le stesse Società Scientifiche debbano con molta cautela e rigore di quanto non facciano attualmente, prestare il proprio logo alle Case Farmaceutiche che nell'ambito di ricerche di marketing sono sempre più interessate a sdoganare, soprattutto sul mercato dei prodotti da banco, prodotti suggellati dalla dizione "...raccomandato dalla Società...".

Prof. **Mauro Marchionni**
Direttore del Dipartimento di
Ginecologia Perinatologia e
Riproduzione Umana,
Università degli Studi di Firenze

Prendiamo atto della "doverosa e opportuna precisazione" del professor Marchionni, "tesa non certo a ridimensionare il tenore della spiacevole e deprecata vicenda ma a non gravarla ulteriormente di addebiti ancor più deprecabili"; apprezziamo inoltre il comportamento del Dipartimento di Ginecologia dell'Università di Firenze, di cui Egli è direttore, pronto a definire la verità di quanto accaduto, come riconosciuto dall'AJOG. Non era nostro intento celare alcun messaggio tra le righe, offrendo il pretesto a "tendenziose e disoneste scorribande intellettuali". Crediamo però che vicende come questa, pur se non inquinate da legami economici, dia-

no comunque adito a dubbi e sospetti nell'opinione pubblica, danneggiando le società scientifiche e la categoria tutta. E questo, come ha ricordato anche il Direttivo Sigo nella nota di commento sul caso "Per una correttezza della ricerca e della comunicazione" (Sigo news, suppl. a Italian Journal of Gynecology & Obstetrics n. 4/06), dobbiamo cercare di evitarlo. Già in passato l'Aogoi ha denunciato da queste stesse pagine l'inadeguatezza delle regole che disciplinano questo particolare settore e si è spesso chiesta come mai l'ambiente scientifico si sia deteriorato al punto da esercitare uno scarso controllo sui dati scientifici che di volta in volta vengo-

no pubblicati. "Science", recente vittima di una grave frode scientifica, lo scorso dicembre sottolineava in un editoriale: "l'ambiente scientifico oggi presenta maggiori incentivi per la produzione di lavori intenzionalmente fuorvianti o distorti da interessi personali". Ora viene da chiedersi se tutto questo non sia dovuto, almeno in parte, allo stesso "prestigioso" ambiente scientifico che lo condiziona e al contempo lo vorrebbe moralizzare. Si deve ammettere che il problema è inquietante e va approfondito.

La redazione di *GynecoAogoi*

Mondo



bambina di undici anni". "Ho gridato la mia indignazione - racconta - ma quante minacce e quanti calci contro le porte dell'ufficio". Alla segretaria del medico, un po' di tempo prima, era andata peggio: presa a pugni, la testa sbattuta contro un tavolo. Un altro episodio di violenza risale al settembre scorso, quando un medico dell'ospedale Robert Debrè di Parigi, chiamato urgentemente ad intervenire su una donna maghrebina che aveva avuto un parto difficile, è stato aggredito e malmenato dal marito, poi condannato a sei mesi di prigione. Ma, se i fondamentalisti non vogliono che i medici uomini tocchino le loro donne, contemporaneamente sono sempre più frequenti le richieste di avere certificati di verginità da

parte delle loro fidanzate o delle spose promesse. L'elenco è lungo e la misura è ormai colma, ha avvertito l'Ordine nazionale dei ginecologi e ostetrici francesi. "Dovremo ormai - si sono chiesti i medici uomini in un comunicato - essere protetti dalla polizia per esercitare il nostro mestiere? Trent'anni fa le donne musulmane venivano nei nostri ospedali senza l'apprensione di essere esaminate da medici generalmente uomini, e non c'erano queste violenze. Perché questa aggressione?". Mentre cresce il disagio dei medici francesi, verrà pubblicata la Carta della laicità nei servizi pubblici preparata dall'Alto consiglio per l'integrazione. L'aveva chiesta un anno fa il primo ministro francese, Dominique de Villepin,

preoccupato per il fenomeno. L'organismo ha anche ascoltato il presidente del Consiglio francese del culto musulmano, Dalil Boubakeur, rettore della moschea di Parigi: è stato categorico nel rifiuto di una "talibanizzazione dell'islam francese".

HONG KONG

Parti più cari per le non residenti

Troppe cinesi vogliono partorire a Hong Kong dove i servizi sanitari sono decisamente migliori di quelli del resto della Cina, e così l'Amministrazione a statuto speciale ha imposto nuove regole per arginare l'ingresso delle donne

incinta provenienti dalla Cina. Dal 1° febbraio le non residenti che intendono partorire nella megalopoli, pur se sposate ad un residente, dovranno prenotare con



largo anticipo una visita e sottoporsi ai test preparto per poter usufruire delle maternità della regione. Inoltre, dovranno pagare più salato il pacchetto ospedaliero base di 3 giorni, 2 notti di travaglio: 39mila HK\$ se hanno effettuato la prenotazione, 9mila in più se non hanno seguito l'iter. L'avvenuto pagamento dell'importo, che dovrà essere versato al momento della prenotazione, e non verrà refuso in nessun caso, sarà comprovato da un certificato attestante la regolare prenotazione per il parto presso la struttura ospedaliera. Certificato che verrà loro richiesto dall'ufficio immigrazione che si è impegnato a controllare attentamente gli ingressi delle non-residenti in avanzato stato di gravidanza (dalle 28 settimane in poi).

Avvisi



Polizza protezione legale

Si ricorda a tutti i Soci che l'A.O.G.O.I. ha stipulato una polizza per la protezione legale al fine di tutelare gratuitamente tutti i Soci Ordinari in regola con il pagamento della quota associativa, pertanto chi avesse variato la propria posizione lavorativa è pregato di compilare la scheda in basso (disponibile anche sul sito www.aogoi.it cliccando su "come iscriversi") e ritornarla anche a mezzo fax alla Segreteria Nazionale A.O.G.O.I.



Patrocinio Aogoi

Si ricorda ai Colleghi che vogliono richiedere il patrocinio Aogoi di prendere visione del regolamento sottoesposto

REGOLAMENTO CONGRESSI CON PATROCINIO A.O.G.O.I.

- ✓ Premesso che l'unico organo autorizzato con i poteri dell'assemblea e del Consiglio Direttivo a concedere il patrocinio è il Presidente A.O.G.O.I.
- ✓ Premesso che le richieste di

patrocinio vanno presentate ai Segretari Regionali, da questi, per iscritto e con opportuna documentazione (tema del Congresso, elenco delle relazioni, nomi dei relatori), vanno inviate (anche via fax) al Presidente con il parere motivato del Segretario Regionale stesso

La concessione del Patrocinio A.O.G.O.I. da parte del Presidente dell'Associazione è subordinata alle seguenti regole:

1. Reale interesse dell'A.O.G.O.I. all'argomento trattato
2. Non coincidenza della

manifestazione in oggetto con Congressi A.O.G.O.I. (internazionali, nazionali, regionali) già programmati

3. Presenza tra i relatori prescelti di almeno il 30 per cento di Ospedalieri, iscritti A.O.G.O.I., purchè competenti sulla tematica congressuale
4. Nessun onere economico e amministrativo a carico dell'Associazione
5. Rubricazione del Congresso nel datario annuale elaborato dalla Segreteria Nazionale, e contestualmente alla concessione del patrocinio A.O.G.O.I.

Scheda iscrizione

via FAX, al numero (02.29525521)

via e-mail (previa scansione) all'indirizzo: aogoi@aogoi.it

Il/La sottoscritto/a Dr Prof

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Provincia _____

Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____

E-mail* _____

*N.B. Si prega di segnalare l'indirizzo e-mail per facilitare le successive comunicazioni

Qualifica TP TD

Ospedale _____ Asl _____

DIPENDENTE DEL SSN AUTORIZZA

L'amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile di 20,00 a favore dell'A.O.G.O.I., dichiara inoltre che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della richiesta;
 2. si intende automaticamente rilasciata nei confronti dell'Ente/datore di lavoro presso cui si otterrà eventuale trasferimento in futuro. Ai presenti fini l'Ente/Datore di lavoro di provenienza si impegna a trasferire la presente delega all'Ente di destinazione con gli altri documenti del fascicolo personale;
 3. può essere revocata con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'Associazione. L'effetto delle revoca decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, ai sensi della lettera C, comma 1, dell'art. 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali, DPCM 30/11/1995.
- Il sottoscritto chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati sul c/c n. 000000019863 ABI 06906 CAB 01600 CIN Y, intestato a A.O.G.O.I., presso la Banca Regionale Europea, sede Milano, ed in caso di variazione, secondo le modalità comunicate dalla stessa Associazione, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

CHIEDE

Nuova iscrizione AOGOI in qualità di:

- Libero Professionista 240 Pensionato 144 Specializzando 72

Modalità di pagamento:

- on-line con carta di credito collegandosi al sito www.aogoi.info
- vaglia postale intestato a AOGOI - Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano
- bonifico bancario su c/c n. 000000019863, intestato a AOGOI, Banca Regionale Europea, sede Milano, ABI 06906 CAB 01600 CIN Y

Firma _____ data _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative della A.O.G.O.I.

READER SATISFACTION SURVEY

RISPONDI A 13 DOMANDE PER AIUTARCI A MIGLIORARE GYNECOAOGOI

La redazione di *GynecoAogoi* Ti invita a compilare il questionario di gradimento (disponibile anche sul sito www.aogoi.it) e ad inviarlo via fax (02. 29525521), o e-mail (aogoi@aogoi.it) se lo hai scaricato dal sito, alla Segreteria Aogoi.

La Tua opinione, i giudizi critici e le proposte saranno molto utili per migliorare il nostro periodico. Ti ringraziamo per il tempo che ci hai dedicato

1 Ricevi regolarmente *GynecoAogoi*?

- Sì
- No

2 Altri colleghi (ginecologi) leggono la tua stessa copia?

- Sì
- No

3 Quando ricevi *GynecoAogoi*...

- Leggi sempre alcuni articoli
- Lo sfogli, ma raramente leggi qualcosa
- Lo cestini senza sfogliarlo

4 Sei soddisfatto dei temi trattati dalla rivista?

- Molto
- Abbastanza
- Per niente

5 Se non sei soddisfatto, a quali temi ritieni venga dato poco/troppo spazio?

Poco spazio a:

Troppo spazio a:

6 Quali altri argomenti/rubriche vorresti vedere ospitati all'interno della rivista?

Specifica quali:

7 Quali argomenti/rubriche della rivista leggi con più interesse?

Specifica quali:

8 Quali, tra i numeri pubblicati finora, ti sono sembrati più interessanti e meglio riusciti?

Specifica quali:

9 Ritieni che lo stile giornalistico utilizzato sia abbastanza chiaro?

- Sì
- No

10 Ritieni che gli argomenti siano trattati in maniera esauriente, o siano necessari maggiori approfondimenti?

- Esauriente
- Poco esauriente

11 Il formato di *GynecoAogoi* è di tuo gradimento?

- Sì
- No

12 La nuova veste grafica della rivista è di tuo gradimento?

- Sì
- No

13 Cosa suggeriresti per renderla più gradevole?

SOCIETÀ MEDICA ITALIANA PER LA CONTRACCEZIONE

Nel numero 0 di "Contracezione Sexualità Salute Riproduttiva" troverete il rationale della Smic e i suoi intenti principali, che sono soprattutto quelli di fare formazione sulla contraccezione e sulla salute sessuale e riproduttiva per i medici. Questa rivista è una delle iniziative di punta attraverso le quali la Smic si propone di aprire nella professione un ampio dibattito sulle tematiche

CONTRACCEZIONE SESSUALITÀ SALUTE RIPRODUTTIVA

"Ogni anno... una Società Italiana dedicata alla Contraccezione con un unico e innovativo periodico. Il Contraccettivo e la Salute Riproduttiva. E' l'unico rivista medica, professionalistica e pratica di riferimento per la contraccezione."

che ruotano attorno alla contraccezione: dalla sessualità alle malattie a trasmissione sessuale, dall'adolescenza alla andrologia, dalla interruzione volontaria di gravidanza alla omosessualità, in una visione olistica di sesso e riproduzione, anche attraverso la collaborazione con altre Società che abbiano interessi coincidenti.



Congressi



**10 marzo
Bologna**
**DISORDINI DELLA
COAGULAZIONE
IN GRAVIDANZA**
Segreteria organizzativa
Dolphin Organization
Strada Maggiore 90 - 40125
Bologna
Tel.: 051 - 6360801
Fax: 051 - 4292250
mail@dolphinorganization.com

**17 marzo
Siena**
**GIORNATE A.O.G.O.I.
TOSCANA
GRAVIDANZA A TERMINE
E OLTRE IL TERMINE**
Segreteria organizzativa
Quid Communications Srl
Via Vanini 5 - 50129 Firenze
Tel.: 055 - 4633701
Fax: 055 - 4633698
info@quidcom.com

**14 aprile
Firenze**
**GIORNATE A.O.G.O.I.
TOSCANA - PATOLOGIA
DELL'IMPIANTO**
Segreteria organizzativa
Quid Communications Srl
Via Vanini 5 - 50129 Firenze
Tel.: 055 - 4633701
Fax: 055 - 4633698
info@quidcom.com

**20-21 aprile
Cosenza**
**IL PERCORSO NASCITA
URGENZE-EMERGENZE IN
SALA PARTO**
Segreteria organizzativa

Cs centro servizi s.r.l.
Via Aldo Moro 8 - 87040
Castrolibero (Cs)
Tel.: 0984-853005
Fax: 0984-853005
centro.servizi@cs-cs.it

**5-6 maggio
Napoli**
**2° CORSO A.O.G.O.I.
DI AGGIORNAMENTO
PER OSTETRICHE**
Segreteria organizzativa
A.O.G.O.I.
Via G. Abamonti 1 - 20129
Milano
Tel.: 02/29525380
Fax: 02/29525521
aogoi@aogoi.it

**24-27 maggio
Villasimius (Ca)**
**7° CORSO
AOGOI DI
AGGIORNAMENTO
TEORICO PRATICO
IN MEDICINA
EMBRIO-FETALE
E PERINATALE**
Segreteria organizzativa
Imc Srl
Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari
Tel.: 070/273470
Fax: 070/273306
giorgia.imc@tin.it

**31 maggio - 1° giugno
Salerno**
**5° CORSO
TEORICO-PRATICO DI
CHIRURGIA E
RIABILITAZIONE DEL
PAVIMENTO PELVICO**
Segreteria organizzativa

S.P.I.G.C. - Dott. Davide De Vita
Via Palermo 29 - 84091
Battipaglia (Sa)
Tel.: 339-8503997
Fax: 0828-793297
davidedevita@tiscali.it

**8-10 giugno
Marina di Ostuni (Br)**
**4TH CONGRESS ON
ULTRASOUND IN
OBSTETRICS AND
GYNECOLOGY**
Segreteria organizzativa
Centro Italiano Congressi Cic
Via Escrivè 28 - 70124 Bari
Tel.: 080 - 5043737
Fax: 080 - 5043736
info@cicsud.it

**10-13 giugno
Carezza (Bz)**
**DALL'ANATOMIA
CHIRURGICA ALLA
CHIRURGIA ANATOMICA
IN GINECOLOGIA**
C.I.C. Sud
Via Camillo Rosalba - Trav. 47/e
28 70124 Bari
Tel.: 080/5043737
Fax: 080/5043736
cicsud@mclink.it

14-16 giugno, Milano
**19° CONGRESSO
NAZIONALE SIOG -
ADVANCES IN
GYNAECOLOGICAL
ONCOLOGY**
Endogroup International S.R.L.

Via Turati 7/E - 22036 Erba (Co)
Tel.: 031 - 646141
Fax: 031 - 646731
oncology2007@endogroupintern
ational.com

**14-17 ottobre
Napoli**
**83° CONGRESSO
NAZIONALE SIGO
48° CONGRESSO AOGOI
15° CONGRESSO AGUI**
S.E.L. Congressi & Triumph
Congressi
Via Lucillo 60 - 00136 Roma
Tel.: 06-355301
Fax: 06-35340213
sigo2007@gruppotriumph.it
sigo2007.scient@tiscali

ASSEMBLEA DEI SOCI FESMED 2007

Hotel Holiday Inn, Viale Vespucci 16 - Rimini
10 marzo 2007, ore 11.00

L'Assemblea dei soci Fesmed è convocata il 10 marzo 2007,
presso l'Hotel Holiday Inn, Viale Vespucci 16 - Rimini.



Prima convocazione: ore 5.00. Seconda convocazione: ore 11.00
Il Presidente coordinatore

7° Corso

**di Aggiornamento Teorico Pratico in
Medicina Embrio-Fetale e Perinatale**

24 - 27 Maggio 2007
Villasimius - Cagliari, Alghero - Torre Verde Village Resort

Programma

24 MAGGIO - Corso di Aggiornamento Teorico-Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale
25 MAGGIO - Workshop di Aggiornamento Teorico-Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale
26 MAGGIO - Corso di Aggiornamento Teorico-Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale
27 MAGGIO - Corso di Aggiornamento Teorico-Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale

ORGANIZZAZIONE DEL CORSO
AOGOI - ASSOCIATION OF GYNECOLOGICAL ONCOLOGISTS ITALY
SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

DIRIGENTE DEL CORSO
DOTT. DAVIDE DE VITA



Mirena®

20 microgrammi/24 ore
sistema a rilascio intrauterino
G03AC03 Levonorgestrel

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE.

MIRENA 20 microgrammi/24ore sistema a rilascio intrauterino

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.

Ogni sistema a rilascio intrauterino contiene: 52 mg di levonorgestrel e ha un rilascio di levonorgestrel pari a: circa 20 mcg/24h inizialmente, circa 11 mcg/24h dopo 5 anni, circa 14 mcg/24 h in media, per un periodo di 5 anni.

Il sistema a rilascio intrauterino è costituito da un corpo a T in polietilene con un cilindro che circonda l'asta verticale contenente una miscela di polidimetilsilossano e levonorgestrel. Il cilindro è ricoperto da una membrana di polidimetilsilossano che regola il rilascio intrauterino di levonorgestrel. Il cilindro contiene 52 mg di levonorgestrel.

3. FORMA FARMACEUTICA.

Sistema a rilascio intrauterino.

4. INFORMAZIONI CLINICHE.

4.1. Indicazioni terapeutiche. Contraccezione, menorragia idiopatica, prevenzione dell'iperplasia endometriale in corso di estrogenoterapia sostitutiva. **4.2. Posologia e modo di somministrazione.** Mirena viene inserito nella cavità uterina. Una singola applicazione è efficace per un periodo di 5 anni. In vivo il rilascio iniziale di levonorgestrel è di circa 20 mcg/24h e si riduce a circa 11 mcg/24h dopo 5 anni. Il rilascio medio di levonorgestrel è pertanto di circa 14 mcg/24 h per un periodo di 5 anni. In donne sottoposte a terapia ormonale sostitutiva, Mirena può essere utilizzato in associazione a preparati orali o transdermici a base di solo estrogeno. **4.3. Controindicazioni.** Gravidanza nota o sospetta, malattia infiammatoria pelvica in atto o ricorrente, infezioni del tratto genitale inferiore, endometrite postpartum, aborto settico nei tre mesi precedenti, cervicite, displasia cervicale, tumori maligni dell'utero o della cervice, anomalo sanguinamento uterino di origine non ancora accertata, anomalie dell'utero o della cervice congenite o acquisite comprendenti fibromi che deformano la cavità uterina, condizioni associate ad una aumentata predisposizione alle infezioni, malattie epatiche acute o tumore epatico, ipersensibilità verso i componenti di Mirena. **4.4. Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso.** Mirena dovrà essere usato con cautela solo dopo visita specialistica o dovrà essere presa in considerazione la sua rimozione, in caso siano presenti o si manifestino per la prima volta le seguenti condizioni: emicrania, emicrania focale con perdita asimmetrica della vista o altri sintomi indicativi di ischemia cerebrale transitoria, cefalea eccezionalmente intensa, ittero, spiccato aumento della pressione arteriosa, tumore ormono-dipendente noto o sospetto compreso il tumore mammario, gravi arteriopatie quali stroke o infarto del miocardio. Alcuni recenti studi epidemiologici hanno indicato, anche se i risultati non sono stati statisticamente significativi, la possibilità di un rischio leggermente aumentato di malattie venose tromboemboliche in donne che fanno uso di pillole contenenti esclusivamente progestinico. Qualora dovessero manifestarsi sintomi o segni di trombosi dovranno essere intraprese le opportune misure diagnostiche e terapeutiche. I sintomi di trombosi venosa o arteriosa possono comprendere: dolore e/o gonfiore unilaterale agli arti inferiori, forte dolore improvviso al petto irradiantesi o meno al braccio sinistro; dispnea improvvisa; tosse improvvisa; qualsiasi tipo di cefalea inusuale, grave, prolungata; improvvisa perdita completa o parziale della vista; diplopia; elquio inceppato o afasia; vertigine; collasso con o senza crisi epilettiche; debolezza o notevole insensibilità improvvisa di una parte o lato del corpo; disturbi motori; addome acuto. Sintomi e segni indicativi di trombosi retinica quali: parziale o totale inspiegata perdita della vista, inizio di esofalmo o diplopia, edema papillare o lesioni vascolari della retina. Non esiste un consenso generale sul ruolo delle vene varicose e della tromboflebite superficiale nei tromboembolismi venosi. Mirena deve essere usato con cautela in soggetti con malattie cardiache congenite o patologie delle valvole cardiache a rischio di endocardite infettiva. Questi soggetti devono essere sottoposti, a scopo profilattico, a terapia antibiotica al momento dell'inserimento e della rimozione del dispositivo intrauterino. Dosi anche basse di levonorgestrel possono influire sulla tolleranza al glucosio. E' pertanto opportuno controllare la glicemia in pazienti diabetici portatrici di Mirena. Sanguinamenti irregolari possono mascherare i sintomi e segni di una poliposi o di un tumore endometriale ed in tal caso sarà necessario prendere in considerazione tutte le misure atte a chiarire la diagnosi. Mirena non è il metodo di prima scelta né per una donna giovane nullipara, né per una donna in postmenopausa con avanzata atrofia uterina. **INSERIMENTO E RIMOZIONE/RIPOSIZIONAMENTO:** Prima dell'inserimento di Mirena, la donna deve essere informata sull'efficacia, sui rischi e sugli effetti collaterali. Deve essere effettuata una visita ginecologica completa (compreso il seno e lo striscio cervicale secondo Papanicolaou) e devono essere escluse una gravidanza in atto e malattie sessualmente trasmesse; eventuali infezioni agli organi genitali devono essere adeguatamente trattate fino alla guarigione. Devono essere determinate la posizione dell'utero e le dimensioni della cavità uterina. E' di particolare importanza il corretto posizionamento di Mirena nel fondo uterino per garantire l'uniforme diffusione del progestinico a tutta la mucosa endometriale, nonché per prevenire l'espulsione e ottimizzare l'efficacia. Pertanto le istruzioni per l'inserimento devono essere attentamente seguite. La donna dovrà essere visitata nuovamente dopo 4-12 settimane dall'inserimento e, successivamente, una volta all'anno oppure più frequentemente se necessario per ragioni cliniche. In donne in età fertile l'inserimento di Mirena nella cavità uterina deve avere luogo entro 7 giorni dall'inizio delle mestruazioni. Mirena può essere sostituito con un nuovo dispositivo in qualsiasi momento del ciclo. Il dispositivo può essere inserito immediatamente dopo un aborto entro il primo trimestre di gravidanza. Dopo un parto l'inserimento deve avvenire dopo almeno 6 settimane. Mirena non è idoneo ad essere impiegato come metodo contraccettivo post-coitale. Nella prevenzione della iperplasia endometriale durante estrogenoterapia sostitutiva Mirena può essere inserito in qualunque momento nei soggetti amenorroidici oppure negli ultimi giorni di mestruazione o di emorragia da sospensione. Poiché nei primi mesi dopo l'inserimento di Mirena è frequente la comparsa di sanguinamento irregolare o spotting, prima dell'inserimento deve essere esclusa la presenza di qualunque patologia endometriale. Se in donne portatrici di Mirena a scopo contraccettivo compaiono emorragie vaginali irregolari dopo l'inizio dell'estrogenoterapia, deve essere esclusa la presenza di patologie endometriali. Se si osservano sanguinamenti irregolari dopo che l'applicazione è avvenuta da tempo, è necessario un attento esame diagnostico. Mirena può essere rimosso tirando delicatamente i filamenti con una pinza da medicazione. Se i filamenti non sono visibili e il dispositivo è situato nella cavità uterina, esso può essere rimosso utilizzando una sottile pinza ad anelli. Può essere necessaria una dilatazione del canale cervicale. Il dispositivo deve essere rimosso dopo un periodo di cinque anni e contemporaneamente, se si desidera continuare l'uso, sostituito immediatamente con uno nuovo. Nelle donne in età fertile, se si vuole evitare una gravidanza è necessario rimuovere il dispositivo durante la mestruazione, sempre che vi sia un ciclo mestruale. Se il dispositivo viene rimosso a metà del ciclo e la donna ha avuto rapporti sessuali durante la settimana precedente la rimozione, esiste la possibilità di gravidanza a meno che non venga inserito immediatamente un nuovo dispositivo. L'inserimento e la rimozione del dispositivo possono comportare un po' di dolore e sanguinamento. Possono verificarsi episodi di svenimento dovuti ad una reazione vaso-vagale oppure convulsioni in pazienti epilettiche. **OLIGO/AMENORREA:** In donne in età fertile l'oligomenorrea e/o l'amenorrea si manifestano gradualmente in circa il 20% delle portatrici del dispositivo. Non è da escludersi una gravidanza nel caso non si verifichi la mestruazione entro 6 settimane dall'inizio della mestruazione precedente. Non sono necessari ripetuti test di gravidanza in donne amenorroidiche a meno di chiari altri segni di gravidanza. Quando Mirena viene utilizzato durante estrogenoterapia sostitutiva continua, nel corso del primo anno dopo l'inserimento, nella maggior parte delle donne, si sviluppa gradualmente un quadro di amenorrea. **INFEZIONI PELVICHE:** Il tubo di inserimento è in grado di proteggere Mirena da contaminazioni microbiche durante la manovra di applicazione e l'inserire è stato progettato per ridurre al minimo il rischio di infezioni. Nelle portatrici di dispositivi intrauterini al rame l'incidenza di infezioni pelviche è più elevata nel primo mese dopo l'inserimento e diminuisce nel tempo. Alcuni studi indicano una minore incidenza di infezioni pelviche in portatrici di Mirena rispetto a quella che si verifica in donne con dispositivi intrauterini al rame. Noti fattori di rischio per le infiammazioni pelviche sono i rapporti sessuali con più partners. Infezioni pelviche possono determinare una riduzione della fertilità ed aumentare il rischio di gravidanza ectopica. Il dispositivo deve essere rimosso in caso di episodi ricorrenti di endometrite o infezioni pelviche o nel caso di un'infezione acuta che non risponda al trattamento nel giro di pochi giorni. E' consigliato un esame batteriologico ed un attento controllo anche quando sono presenti sintomi discontinui indicativi di infezione. **ESPULSIONE:** Sintomi di una parziale o completa espulsione di qualsiasi dispositivo intrauterino possono comprendere sanguinamento e/o dolore. Comunque il dispositivo può essere espulso dalla cavità uterina senza che la donna se ne accorga. Una parziale espulsione può diminuire l'efficacia. Poiché Mirena induce una diminuzione del flusso mestruale, il suo aumento può essere indice di espulsione. Se il dispositivo non è in posizione corretta, deve essere rimosso e ne può essere inserito uno nuovo. La donna deve essere informata su come controllare la presenza dei filamenti di Mirena. **PERFORAZIONE:** I casi di perforazione o penetrazione del corpo dell'utero o della cervice da parte di un dispositivo intrauterino si verificano raramente e prevalentemente durante l'inserimento. In questi casi il dispositivo deve essere rimosso. **GRAVIDANZA ECTOPICA:** Donne con anamnesi di gravidanza ectopica, chirurgia tubarica o infezioni pelviche sono a maggiore rischio di sviluppare una gravidanza ectopica. La possibilità di una gravidanza extrauterina deve essere presa in considerazione in caso di dolori al basso ventre, specialmente in concomitanza con la scomparsa delle mestruazioni o nel caso di donne precedentemente amenorroidiche che inizino improvvisamente ad avere sanguinamenti uterini. La frequenza di gravidanze ectopiche con MIRENA è risultata di 0.05 per 100 anni donna, nettamente inferiore rispetto ai valori di 1,2- 1,6 stimati per le donne che non fanno uso di alcun metodo contraccettivo. **MANCATA INDIVIDUAZIONE DEI FILAMENTI:** Se i filamenti di rimozione non sono visibili nella cervice durante gli esami di controllo deve essere esclusa una gravidanza in atto. I filamenti possono essere stati trascinati all'interno dell'utero o del canale cervicale e possono riposizionarsi nel successivo periodo mestruale. Nel caso sia stata esclusa una gravidanza, i filamenti possono generalmente essere individuati con uno strumento idoneo. Se i filamenti non sono individuabili il dispositivo potrebbe essere stato espulso. Si può utilizzare l'ecografia per controllare il corretto posizionamento del dispositivo. Nel caso l'ecografia non fosse possibile o si dimostrasse inefficace, si potrà far uso della radiografia per individuare il dispositivo. **RITARDAZIONE ATRESIA FOLLICOLARE:** Poiché l'azione contraccettiva di Mirena è soprattutto dovuta ad un effetto locale, in donne in età fertile generalmente si hanno cicli ovulatori con rottura del follicolo. Talvolta l'atresia follicolare subisce ritardi e l'accrescimento del follicolo continua. Questi follicoli ingrossati non possono essere clinicamente distinti dalle cisti ovariche. In circa il 12% delle portatrici di Mirena è stata diagnosticata la presenza di follicoli ingrossati. Nella maggior parte dei casi i follicoli ingrossati sono asintomatici sebbene in qualche caso essi si accompagnino a dolore nella regione pelvica o dispareunia. Nella maggior parte dei casi i follicoli ingrossati scompaiono spontaneamente in 2-3 mesi. Se questo non dovesse verificarsi, si raccomanda un monitoraggio ecografico ed eventuali

altre misure diagnostico-terapeutiche. Raramente può essere necessario un intervento chirurgico. **4.5. Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione.** Gli induttori degli enzimi epatici quali il primidone, barbiturici, fenitoina, carbamazepina, rifampicina, oxcarbazepina e probabilmente anche la griseofulvina possono ridurre l'efficacia dei contraccettivi ormonali. L'influenza di questi farmaci sull'efficacia contraccettiva di MIRENA non è stata studiata, ma non si ritiene sia di particolare importanza dato il meccanismo di azione soprattutto locale di Mirena. **4.6. Gravidanza e allattamento.** **GRAVIDANZA:** MIRENA non deve essere utilizzato in caso di gravidanza nota o sospetta. In caso di gravidanza in donne con MIRENA inserito si raccomanda la rimozione del dispositivo poiché qualsiasi contraccettivo intrauterino lasciato in sede può aumentare il rischio di aborto spontaneo o di parto prematuro. La rimozione del dispositivo come anche l'esplorazione uterina possono determinare un aborto spontaneo. Se il dispositivo intrauterino non può essere rimosso bisogna prendere in considerazione la possibilità di interrompere la gravidanza. Nel caso la donna volesse portare a termine la gravidanza ed il dispositivo non potesse essere rimosso, deve essere informata sui rischi e le possibili conseguenze di una nascita prematura per il neonato. Inoltre la gravidanza dovrà essere strettamente controllata. Deve essere esclusa la presenza di una gravidanza extrauterina. Si deve raccomandare alla donna di segnalare tutti i sintomi indicatori di complicanze gravidiche quali dolori crampiformi addominali con febbre. Non si possono del tutto escludere rischi teratogeni (specialmente virilizzazione) a causa della somministrazione intrauterina ed il contatto locale con l'ormone. Con l'utilizzo di Mirena grazie alla sua alta efficacia contraccettiva, si sono raramente verificate gravidanze; tuttavia ad oggi non ci sono evidenze di anomalie fetali in donne portatrici di MIRENA che hanno condotto a termine una gravidanza. **ALLATTAMENTO:** La dose giornaliera e le concentrazioni plasmatiche di levonorgestrel conseguenti all'uso di Mirena, sono inferiori a quelle riscontrate con qualsiasi altro metodo contraccettivo ormonale. La presenza di piccole quantità di levonorgestrel è stata comunque determinata nel latte di donne portatrici di Mirena. La contraccezione ormonale non è consigliata come metodo contraccettivo elettivo durante l'allattamento, tuttavia i metodi a base di solo progestinico sono ritenuti i migliori dopo quelli non ormonali. Sembra infatti che non vi siano effetti nocivi su accrescimento e sviluppo del bambino quando contraccettivi a base di solo progestinico vengono usati iniziando l'impiego dopo 6 settimane dal parto. Essi non influenzano la qualità e la quantità del latte materno. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari.** Non noti. **4.8. Effetti indesiderati.** Gli effetti collaterali sono più comuni nei primi mesi successivi all'inserimento e diminuiscono nel tempo. I più comuni effetti collaterali di MIRENA sono costituiti dai problemi mestruali. Di seguito vengono elencati, in ordine di frequenza, gli effetti collaterali rilevati: cefalea, dolori al basso ventre, dolori alla schiena, problemi dermatologici, perdite vaginali, mastalgia o altra patologia benigna del seno, vaginite, depressione e altri disturbi dell'umore, nausea ed edema. Sono stati segnalati casi isolati di aumento ponderale, caduta di capelli, capelli untuosi, irsutismo. Sono stati segnalati gli stessi effetti collaterali nelle donne portatrici di MIRENA in corso di estrogenoterapia per il trattamento ormonale sostitutivo. Il più comune effetto collaterale di Mirena riguarda cambiamenti del flusso mestruale, con la possibilità che si verifichino spotting, aumento o diminuzione della durata delle mestruazioni, sanguinamento irregolare, oligomenorrea, flusso abbondante; altri effetti collaterali citati sono dolori alla schiena, dismenorrea. Si è osservato che il numero medio dei giorni di spotting diminuisce gradualmente da 9 a 4 giorni nel corso dei primi 6 mesi di permanenza di Mirena. La percentuale di donne con flusso mestruale prolungato (più di 8 giorni) diminuisce dal 20% al 3% durante i primi tre mesi dall'inserimento. Durante il primo anno di permanenza, negli studi clinici, si è osservata un'amenorrea della durata di almeno 3 mesi nel 17% dei casi. Quando MIRENA viene utilizzato in corso di estrogenoterapia sostitutiva in donne in perimenopausa si verificano episodi di spotting e sanguinamento irregolare nei primi mesi di trattamento. Il sanguinamento si riduce già nel corso del primo anno di trattamento e scompare nel 30-60% delle utilizzatrici. In caso di insuccesso si può verificare una gravidanza ectopica. Nelle utilizzatrici di MIRENA possono manifestarsi infezioni infiammatorie pelviche, ma l'incidenza è estremamente bassa. Il dispositivo o anche qualcuno dei suoi costituenti possono perforare la parete uterina. In circa il 12% dei soggetti che utilizzano MIRENA è stata diagnosticata la presenza di follicoli ingrossati (cisti ovariche funzionali). **4.9. Sovradosaggio.** Non pertinente.

5. PROPRIETA' FARMACOLOGICHE.

5.1. Proprietà farmacodinamiche. Il levonorgestrel è un progestinico usato in vari modi in ginecologia: come componente progestinico nei contraccettivi orali e nelle terapie ormonali sostitutive; nella contraccezione, come monocomponente delle minipillole e negli impianti sottocutanei. Levonorgestrel può anche essere somministrato direttamente nella cavità uterina mediante un dispositivo di rilascio intrauterino. Con questa metodologia si può utilizzare un dosaggio quotidiano molto basso, in quanto l'ormone viene rilasciato direttamente nell'organo bersaglio. MIRENA esplica un effetto progestinico principalmente locale nella cavità uterina. Le elevate concentrazioni di Levonorgestrel nell'endometrio inibiscono la sintesi endometriale di recettori estrogenici, rendendo l'endometrio insensibile all'estradiolo circolante ed è visibile una notevole azione antiproliferativa. Durante l'utilizzo di MIRENA sono state osservate modificazioni morfologiche dell'endometrio ed una debole reazione locale da corpo estraneo. L'ispessimento del muco cervicale impedisce il passaggio degli spermatozoi nel canale cervicale. All'interno dell'utero e delle tube la motilità e la funzionalità degli spermatozoi vengono inibite, impedendo il concepimento. In alcune donne l'ovulazione viene soppressa. Gli studi sull'efficacia contraccettiva sono stati effettuati principalmente confrontando Mirena con vari dispositivi intrauterini al rame. Fino ad ora essi si riferiscono ad una casistica di portatrici di Mirena che copre 13.000 anni-donna con una frequenza totale di gravidanze pari a 0,16 per 100 anni-donna. Un precedente utilizzo di MIRENA non influenza la fertilità futura. Circa l'80% delle donne, che desideravano una gravidanza, è divenuta gravida entro 12 mesi dalla rimozione del dispositivo. Il profilo mestruale deriva dall'azione diretta del Levonorgestrel sull'endometrio e non riflette il ciclo ovarico. In donne con diversi profili mestruali non si è riscontrata alcuna differenza nello sviluppo follicolare, nell'ovulazione e nella produzione di progesterone o estradiolo. Durante il processo di inattivazione della proliferazione dell'endometrio vi può essere un aumento iniziale di episodi di spotting nei primi mesi dopo l'inserimento del dispositivo. In seguito la forte soppressione dell'endometrio determina una riduzione della durata e del volume del sanguinamento mestruale durante l'utilizzo di MIRENA. Una riduzione del flusso mestruale si trasforma frequentemente in oligomenorrea o amenorrea. La funzionalità ovarica è normale ed i livelli di estradiolo si mantengono in un range di normalità, anche in portatrici di MIRENA con amenorrea. MIRENA può essere utilizzato con successo nel trattamento della menorragia idiopatica. Alla fine dei primi 3 mesi d'uso, il volume del flusso mestruale di donne menorragiche si riduce dell'88%. La menorragia dovuta a fibromi della sottomucosa risponde meno favorevolmente. La diminuzione del flusso mestruale aumenta la concentrazione ematica di emoglobina. MIRENA può alleviare la dismenorrea. L'efficacia di MIRENA nel prevenire l'iperplasia endometriale è stata egualmente buona durante trattamento estrogeno continuato sia orale sia transdermico. La monoterapia con estrogeni induce iperplasia nel 20% dei casi. In studi clinici effettuati su 201 donne in perimenopausa e 259 donne in postmenopausa portatrici di Mirena, è stato riportato un solo caso di iperplasia endometriale nel corso di un periodo di osservazione di 5 anni. **5.2. Proprietà farmacocinetiche.** In seguito all'inserimento di MIRENA, la quantità di levonorgestrel rilasciato inizialmente nella cavità uterina è di 20 microgrammi nelle 24 ore. Dopo le prime settimane dall'inserimento del dispositivo intrauterino in donne in età fertile, la concentrazione plasmatica di levonorgestrel si stabilizza su valori di 0,4-0,6 nmol/l (150-200 pg/ml), mentre in donne sottoposte contemporaneamente a terapia sostitutiva estrogenica raggiunge il valore di circa 1 nmol/l (300 pg/ml). Dopo un periodo prolungato di permanenza rispettivamente di 12, 24 e 60 mesi in donne giovani si sono osservate concentrazioni plasmatiche di levonorgestrel di 180±66 pg/ml, 192±140 pg/ml e 159±60 pg/ml. Nelle portatrici di MIRENA in postmenopausa si sono osservate concentrazioni plasmatiche di levonorgestrel rispettivamente di 184±54 pg/ml, 188±47 pg/ml e 134±30 pg/ml. Date le basse concentrazioni plasmatiche gli effetti sistemici del progestinico sono ridotti al minimo. La farmacocinetica del levonorgestrel è stata ampiamente studiata e riportata nella letteratura scientifica. Levonorgestrel somministrato per via orale è rapidamente e completamente assorbito; la biodisponibilità assoluta è del 90%. Levonorgestrel si lega all'albumina sierica e alla globulina legante gli ormoni sessuali (SHBG). La distribuzione relativa (ormone libero, legato all'albumina o legato alla SHBG) dipende dalla concentrazione sierica di SHBG. Solo circa il 2,5% della concentrazione sierica di farmaco è presente come steroide libero mentre il 47,5% e il 50% sono legati rispettivamente a SHBG e ad albumina. Il volume di distribuzione medio di levonorgestrel è di circa 137 litri e la clearance metabolica dal siero è di circa 5,7 l/h. Dopo una singola somministrazione di levonorgestrel si osserva una emivita serica terminale di circa 14-20 ore. Levonorgestrel viene eliminato sotto forma di metaboliti attraverso le feci e le urine circa nelle stesse proporzioni. I metaboliti presentano solo una debole od assente attività farmacologica. Studi condotti con levonorgestrel radiomarcato hanno individuato come principale metabolita il tetraidronorgestrel con una percentuale di eliminazione nelle urine del 25%. Circa lo 0,1% di levonorgestrel materno può passare al lattante attraverso il latte. **5.3. Dati preclinici di sicurezza.** Levonorgestrel è un progestinico ben noto caratterizzato da un'attività antiestrogenica. A seguito di somministrazione sistemica il profilo di tollerabilità è ben documentato. Uno studio eseguito su scimmie con somministrazione intrauterina di levonorgestrel per un periodo di 12 mesi ha confermato l'attività farmacologica locale, una buona tollerabilità locale e l'assenza di segni di tossicità sistemica. Nel coniglio a seguito di somministrazione intrauterina di levonorgestrel non si sono evidenziati segni di embriotossicità. Le determinazioni della sicurezza dei componenti elastomerici del cilindro contenente l'ormone, del materiale polietilenico del corpo del dispositivo e della miscela di elastomero e levonorgestrel effettuate sia in merito alla genotossicità con test standard in vitro ed in vivo sia alla biocompatibilità con test nel topo, cavia e coniglio ed in vitro non hanno mostrato segni di bioincompatibilità.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE.

6.1. Lista degli eccipienti. Polidimetilsilossano elastomero Q74910, polidimetilsilossano Silastic medical Tubing MDF 373, corpo a T in polietilene, filamento in polietilene. **6.2. Incompatibilità.** Non note. **6.3. Validità.** 3 anni a confezione integra. **6.4. Speciali precauzioni per la conservazione.** Non conservare al di sopra di 30°C. Proteggere dall'umidità e dalla luce solare diretta. **6.5. Natura e contenuto del contenitore.** L'imballaggio esterno contiene il sistema a rilascio intrauterino con gli accessori, posto in un contenitore sterile TYVEK termosigillato. Il sistema a rilascio intrauterino è costituito da un corpo a T in polietilene con un cilindro che circonda l'asta verticale contenente una miscela di polidimetilsilossano e levonorgestrel. Il cilindro è ricoperto da una membrana di polidimetilsilossano che regola il rilascio intrauterino di levonorgestrel. **6.6. Istruzioni per l'uso.** MIRENA è posto in un contenitore sterile che dovrà essere aperto solo prima dell'inserimento. Il dispositivo, una volta tolto dall'involucro, dovrà essere utilizzato in ambiente sterile. Qualora il contenitore si presentasse danneggiato, il dispositivo intrauterino dovrà essere eliminato nel modo appropriato per i farmaci. Anche dopo la rimozione il dispositivo intrauterino dovrà essere eliminato nel modo appropriato per i farmaci poiché contiene residui ormonali. L'inseritore dovrà essere eliminato come rifiuto ospedaliero, mentre il contenitore esterno e quello interno dovranno essere eliminati come rifiuti domestici. Nella confezione sono inserite speciali istruzioni per l'inserimento. Per maggiori informazioni leggere attentamente il paragrafo relativo all'inserimento nel capitolo "4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso". Poiché la tecnica di inserimento è diversa da quella degli altri dispositivi intrauterini, è necessario porre particolare attenzione all'apprendimento della stessa.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.

Titolare AIC: LEIRAS OY - Turku - Finlandia.

Rappresentante in Italia: Schering S.p.A., Via E. Schering, 21 - 20090 Segrate (MI).

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.

AIC n. 029326016

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.

19.01.1996/29.01.2001

10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO.

07 novembre 2006

**Metodo
di scelta**
per le donne
con flussi
mestruali
abbondanti^{1,2}



Mirena[®]
20 microgrammi/24 ore
sistema a rilascio intrauterino
G03AC03 **Levonorgestrel**

