

editoriale

Rinnovamento e tradizione

di Giovanni Monni

Carissimi Colleghi, sono chiamato a guidare in prima persona e insieme al Consiglio Direttivo e di Presidenza la nostra prestigiosa Associazione, dopo 4 preziosi anni di Vicepresidenza durante i quali ho avuto l'opportunità unica di collaborare alle fruttuose presidenze di Mario Campogrande e Carlo Sbiroli, e all'infatigabile attività del nostro carismatico Segretario nazionale, Antonio Chiantera

È un Servizio che mi accingo a compiere con entusiasmo e con orgoglio. L'Aogoi è stata fondata nel 1948, alcuni anni prima che il sottoscritto, e probabilmente la maggior parte degli attuali Soci, nascessero. In molti quindi non possiamo vantare di essere stati presenti alla fondazione della nostra Associazione, ma di averla conosciuta nella sua piena maturità, a cui l'hanno sapientemente condotta i numerosi e validi Colleghi che vi si sono precedentemente dedicati, questo sicuramente sì.

Maturità significa 5.000 soci, la più numerosa associazione di ginecologi in Italia, punto di riferimento per i ginecologi ospedalieri, del territorio, dei consultori, dei poliambulatori e dei centri privati, interlocutore privilegiato di istituzioni politiche e sociali e del mondo sindacale (con il nostro Carmine Gigli, Presidente Fesmed). Ma significa anche organizzazione permanente di strumenti di aggiornamento qualificato per i medici, servizio di tutoraggio, stimolo e supporto di numerosi trial di ricerca, promozione di numerose iniziative culturali, scientifiche, assistenziali e manageriali.

In questi anni l'Aogoi, oltre ai campi di

segue a pag. 3

PRIMO PIANO
Rinnovati i Consigli di Presidenza e Direttivo
Giovanni Monni
è il nuovo presidente
a pagina 5

Grande riconoscimento per la ginecologia italiana

A ROMA IL XX CONGRESSO FIGO 2012

alle pagine 8-9

SIGO
FOR FIGO



ROME 2012 TEAM

FOCUS ON
Errori medici: l'importanza della gestione del rischio
Analizzare gli errori per scoprire le trappole insite nel sistema
alle pagine 12-17

ULTIMORA

Il nuovo Consiglio di Sanità per il triennio 2006/08
a pagina 29

segue dalla prima

interesse più tradizionali in ambito ostetrico e ginecologico, ha saputo farsi interprete delle più nuove necessità del ginecologo, per le quali, al momento attuale, è difficile trovare altre istituzioni di riferimento nel campo della salute, in generale, e della salute della donna, in particolare.

L'Aogoi si è inoltre fatta interprete dei bisogni di tutela e assistenza dei soci in campo medico-legale, con un'azione a tutto campo, dai più elevati livelli istituzionali a quelli aziendali, assicurativi, fino al contatto diretto e personale con il singolo sanitario in difficoltà, anche attraverso gli utili strumenti informatici nei quali la nostra Associazione ha creduto e nei quali ha investito fino da principio.

Le problematiche relative alla violenza sulle donne, il miglioramento del rapporto medico-paziente e l'umanizzazione della medicina, la bioetica e il risk management sono alcuni dei nuovi aspetti sui quali ultimamente si è rivolto l'impegno dell'Aogoi, che proseguirà anche nell'immediato futuro.

È recente il ricordo dei due Corsi sul risk management tenutisi in Lombardia e Sardegna, a ottobre 2006, che hanno riscosso un grande successo, vista la

numerosa partecipazione e l'attento interesse da parte dei soci.

In questo momento l'Aogoi ha un prezioso alleato nel ministro della Salute. Con il ministro Livia Turco, spesso presente e sempre vicina alle nostre riunioni più significative, ha luogo una collaborazione attiva e costruttiva. La sua recente affermazione: "la salute della donna è la misura della qualità di una democrazia", oltre che apprezzabile e condivisibile, è per noi un ulteriore stimolo a migliorare la realtà. Un importante impegno è inoltre programmato per il prossimo futuro. L'Aogoi è riuscita, grazie alla strategia del nostro Segretario nazionale e di altri nostri soci, ad ottenere un grosso riconoscimento in campo internazionale: l'organizzazione del Congresso Mondiale Figo a Roma nel 2012, "combattendo" a Kuala Lumpur, in Malesia, contro la candidatura di altre sedi europee, quali Londra, Siviglia, Ginevra, Stoccolma, Praga, Istanbul.

Si tratta di un enorme successo per l'Italia, che porterà a Roma circa 20 mila partecipanti da tutto il mondo, e di un importante riconoscimento per il lavoro di molti dei nostri soci ginecologi ospedalieri, il cui rigoroso valore scientifico è ampiamente riconosciuto nel mondo

internazionale. Il nuovo Consiglio Direttivo e di Presidenza Aogoi raccoglie quindi una preziosa eredità, che deve essere in primo luogo conservata, valorizzata, e coltivata affinché possa essere restituita moltiplicata per il futuro. Tutto ciò sarà possibile se riusciremo a utilizzare sapientemente e con spirito di servizio le ricchezze che la nostra Associazione ci offre: l'esperienza dei più anziani, la determinazione dell'età matura e l'entusiasmo dei più giovani, che dobbiamo trattare e curare come un bene prezioso. Cerchiamo di non sprecare i loro talenti e di offrire loro opportunità nel nostro Paese, evitando la fuga dei migliori verso altre nazioni, il che priva noi e le nostre pazienti di una insostituibile ricchezza.

Non dimentichiamo inoltre la consistente rappresentanza femminile all'interno della stessa Aogoi, destinata a crescere sempre più, che ci arricchisce di una sensibilità e attenzione esclusivi.

La collaborazione di tutte le diverse componenti, saggiamente integrate e amalgamate con equilibrio, è stata e sarà la chiave del nostro successo.

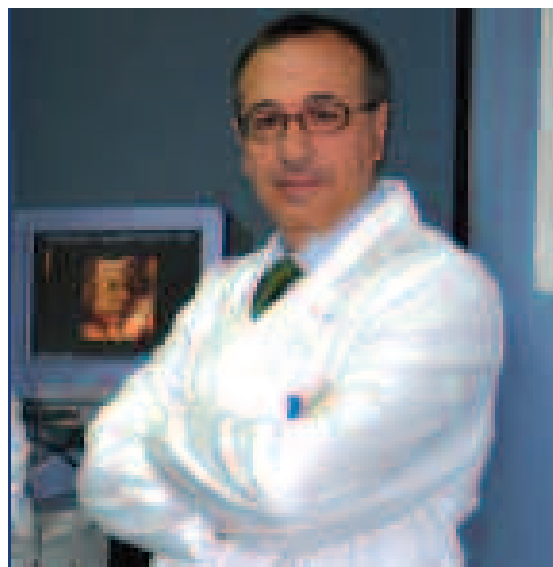
Vi ringrazio per la fiducia accordata e auguro a tutti noi un proficuo lavoro, per una continua crescita dell'Aogoi nel rinnovamento e nella tradizione.

GIOVANNI MONNI

Il professor Giovanni Monni è nato a Ilbono, in provincia di Nuoro, il 27 gennaio 1951. Nel 1981 si è specializzato in Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Cagliari. Attualmente, oltre alla docenza presso l'Università degli Studi di Cagliari, ricopre l'incarico di Primario presso il Servizio di Ostetricia e Ginecologia Diagnosi Genetica Prenatale-Preimpianto, Terapia Fetale dell'Ospedale Microcitemico, Cagliari/WHO Collaborating Centre for Community Control of Hereditary Diseases.

Ecco i punti salienti del suo curriculum professionale:

- Vice Presidente AOGOI nel biennio 2002-2004 e nel biennio 2004-2006
- Presidente AOGOI 2006-2008
- Presidente SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrico- Ginecologica) 2000-2002
- Vice Presidente SIOS (Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità) 2003-2006
- Vice Presidente MED-UOG (Mediterranean Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology) 2003-2008
- Executive Board Member of EAPM (European Association of Perinatal Medicine) 2002-2006
- Executive Board Member of International Fetoscopy Working Group dal 1984
- Executive Member of International Society "The Fetus as a Patient" dal 2001
- Dal 2002 Docente dell'International Rectoral Council della SESEGO (Società Spagnola



Ostetrica-Ginecologica)

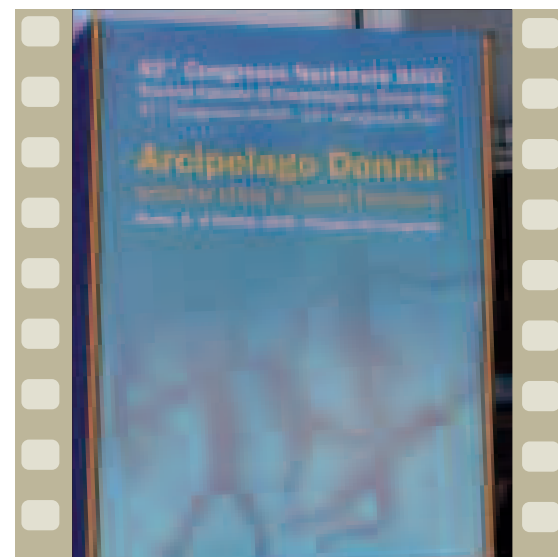
- Membro di numerose Società Scientifiche nazionali e internazionali
- Membro de Honour della Società Spagnola di Ecografia
- Member of Honour of Association of Romanian and Turkish Perinatal Medicine
- Ha ricevuto il premio Internazionale "Liley Medal Prize" in Medicina Fetale nel 2006
- Ha eseguito stage di perfezionamento a Milano, Parigi, Londra, Chicago, San Francisco
- Referee internazionale per il training pratico della misurazione ecografica della translucenza nucale per conto della Fetal Medicine Foundation di Londra
- Ha relazionato in Audizione al Senato della

Repubblica per la Legge sulla Procreazione Medicalmente Assistita e al Ministero delle Pari Opportunità per la Medicina Perinatale

- Ha organizzato diversi Corsi e Congressi nazionali e internazionali
- Direttore Scientifico del Corso di Ecografia AOGOI: Scuola Post-Universitaria di Ecografia Ostetrica e Ginecologica Confalonieri - Ragonese dal 2002
- Direttore dei Corsi AOGOI di Medicina Embrio-Fetale e Perinatale di Villasimius (2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006)
- Referee ECM per il Ministero della Salute
- Referee di numerose e prestigiose riviste nazionali e internazionali
- Appartenenza a numerosi Board di riviste scientifiche nazionali e internazionali
- Ha partecipato in qualità di relatore invitato e chairman a numerose Conferenze in Italia e all'estero.
- Autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste e libri nazionali e internazionali ad elevato Impact Factor
- È stato Visiting Professor con 4 conferenze nel 2002 e nel 2004 alla Cornell University di New York
- Per la PMA ha partecipato a numerosi convegni organizzati da società scientifiche, partiti politici e associazioni.
- Nel Centro Microcitemico ha fatto da Senior Tutor per la diagnosi prenatale e per gli screening ecografici a tantissimi ginecologi italiani e stranieri

Alcune immagini dal Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui

Palazzo dei Congressi, Roma 1-4 ottobre 2006



Carlo Sbiroli, presidente onorario del Congresso nazionale, saluta il ministro della Salute Livia Turco intervenuta alla cerimonia inaugurale



Il neoletto presidente Aogoi Giovanni Monni con Antonio Chiantera e Carlo Sbiroli



Il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera (a sinistra) con il past president Carlo Sbiroli



I due presidenti del Congresso, Antonio Castellano (a sinistra) e Massimo Moscarini consegnano una targa celebrativa al professor Sbiroli





Nel corso dell'Assemblea annuale Aogoi, svoltasi il 3 ottobre scorso durante i lavori congressuali, è stato rinnovato il Consiglio di presidenza e il Consiglio direttivo. Ecco la nuova composizione per il biennio 2006/08

CONSIGLIO DI PRESIDENZA A.O.G.O.I.

Presidente

Dott. Giovanni Monni

Vice Presidenti

Dott. Giuseppe Amuso

Prof. Roberto Secli

Segretario Nazionale

Prof. Antonio Chiàntera

Segretario Amministrativo

Dott. Angelo Careccia

Membri

D.ssa Valeria Dubini

Dott. Pasquale Pirillo

Prof. Carlo Sbiroli

Lombardia

Dott. Claudio Crescini

Marche

Prof. Roberto Secli

Molise

Dott. Domenico Ferrante

Piemonte

Dott. Giancarlo Dolfin

Puglia

Dott. Efisio Renato Poddi

Sardegna

Dott. Gianfranco Marongiu

Sicilia

Dott. Giuseppe Ettore

Toscana

Dott. Carlo Buffi

Trentino Alto Adige

Dott. Emilio Arisi

Umbria

Dott. Giovanni Pomili

Valle d'Aosta

Dott. Dante Salvatore

Veneto

Dott. Roberto Sposetti

Presidenti Onorari

Prof. Giovanni Adinolfi

Dott. Mario Campogrande

Prof. Antonio Cisternino

Prof. Piero Curiel

Dott. Lucio Massacesi

Prof. Cesare Pasquinucci

Prof. Carlo Sbiroli

Prof. Alberto Zacutti

Collegio dei Revisori dei Conti

Dott. Alessandro Melani

Dott. Ernesto Tajani

Dott. Gianfranco Quintarelli

Consiglio dei Proibiviri

Dott. Giancarlo Cecchini

Prof. Francesco Di Re

Prof. Vito Trojano

Supplente

Prof. Mario Primicerio

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE A.O.G.O.I. BIENNIO 2006/2008

Membri eletti

Dott. Giovanni Monni

Prof. Antonio Chiàntera

Dott. Angelo Careccia

D.ssa Valeria Dubini

D.ssa Manuela Mucci

D.ssa Patrizia Forleo

Dott. Giuseppe Amuso

Dott. Andrea Natale

Segretari regionali

Abruzzo

Dott. Quirino Di Nisio

Basilicata

Dott. Salvatore Aldo D'Andrea

Calabria

Dott. Pasquale Pirillo

Campania

Prof. Riccardo Arienzo

Emilia Romagna

Dott. Pietro Di Donato

Friuli Venezia Giulia

Dott. Carmine Gigli

Lazio

Prof. Antonio Castellano

Liguria

Dott. Felice Repetti

La cerimonia di consegna delle onorificenze Aogoi ha premiato:

DOTT. VITO VARVARO

Per l'attenzione rivolta alla nostra categoria supportandone le iniziative, attraverso lo Studio I.N.T.I.M.O. che da due anni da vita al Mese della Protezione AOGOI, progetto che ha ricevuto l'alto Patrocinio del Ministero della Salute

PROF. GIOVANNI ZINELLI

Ad un amico e collega che ha contribuito a fare grande l'A.O.G.O.I. portandola a divenire la più grande Associazione di riferimento per la Ginecologia ed Ostetricia Italiana

PROF. FRANCESCO DI RE

Amico e collega nonché illustre chirurgo oncologo che per anni ha diretto il reparto I.N.T. di Milano tenendo alto il nome della chirurgia ginecologica ospedaliera

PROF. ILAN TIMOR-TRISCH

Per il contributo reso alle scienze ostetriche nella diagnostica per immagini

PROF. GIUSEPPE MASCIARI

Ad un uomo che tanto ha dato all'A.O.G.O.I. senza mai chiedere niente, anzi, sacrificandosi spesso



per le esigenze dell'Associazione e che negli anni si è guadagnato l'amicizia e la stima di tutti i colleghi che lo conoscono

PROF. BOZO KRALJ

Illustre clinico particolarmente dedito all'uroginecologia, da sempre amico e portavoce dei progetti dell'A.O.G.O.I. in ambito europeo

PROF. LUIS CABERO ROURA

Per aver contribuito al progresso della ginecologia in campo internazionale e per il suo impegno all'interno della FI.G.O.

PROF. ROMANO FORLEO

Per l'attenzione sempre rivolta alla categoria medica, e la grande sensibilità umana che traspare anche dalla lettura dei libri da lui scritti

PROF. CARLO SBIROLI

Per gli indiscussi meriti scientifici e per lo spirito di sacrificio con cui ha ricoperto negli ultimi due anni l'incarico più importante dell'A.O.G.O.I. rappresentandola e facendosi portavoce delle istanze di tutti i Soci

Un'ampia sintesi del discorso annuale del presidente Aogoi all'assemblea che ha rinnovato i vertici dell'associazione

Guidiamo il cambiamento

di Carlo Sbiroli

Al nuovo presidente passo un testimone appesantito da nuovi problemi, che si sono già delineati e che ci toccano da vicino. Molto è stato fatto, ma ancora molto resta da fare.

È importante consegnare alle prossime generazioni di ginecologi italiani un'Associazione di specialisti che, lungi dal rappresentare gli interessi della categoria, sia in grado di porsi sempre più come strumento di aggregazione, di crescita culturale, di tutela della figura dello specialista e, contestualmente, di migliorare la qualità della professione nell'interesse generale del Paese. È per questo che dobbiamo impegnarci per facilitare la crescita di una nuova generazione di dirigenti Aogoi che, pur consapevole e forte di quanto d'importante è stato realizzato in questi ultimi decenni, sia capace di portare nuovi contributi, nuova linfa e nuovo entusiasmo. In altre parole, sia capace di una visione più moderna del ruolo del ginecologo in una società ormai profondamente diversa da quella in cui la nostra generazione ha operato ed è cresciuta.

Quest'ultimo è stato un anno sociale difficile per l'Aogoi e come presidente di questa Associazione ho avvertito il peso e l'importanza del ruolo istituzionale, soprattutto nei momenti di lotta politica e di decisione su grandi temi che ci riguardano da vicino.

Un anno fa, a Bologna, mi sono assunto l'impegno di modernizzare alcuni obiettivi e alcune modalità d'azione, soprattutto di agevolare e incentivare la nostra

Il punto sull'impegno Aogoi in questo biennio, i progetti futuri dell'Associazione, i problemi ancora sul tappeto, le nuove sfide che attendono la categoria. Il bilancio è positivo, ma ancora molto resta da fare: gli obiettivi più ampi e le nuove e più complesse problematiche richiedono un impegno sempre più forte. Un testimone dunque "più pesante" per il nuovo presidente e il direttivo, cui vanno gli auspici di ottimo lavoro e di proficui risultati, e per la futura generazione di dirigenti Aogoi

dall'Aogoi si sono concretizzati o sono in via di attuazione, il che ha contribuito a qualificare la nostra Associazione non solo in Italia ma anche all'estero. Tanto più gratificante è constatare che questi risultati sono stati ottenuti in un anno molto vivace dal punto di vista politico. Con la fine della XIV Legislatura e l'insediamento del nuovo Governo, di segno diverso rispetto al precedente, siamo stati costretti a ridefinire alcune nostre iniziative politiche per rilanciare alcuni temi di primaria importanza per la nostra categoria.

Al di là dei giudizi su problematiche particolari, al di là delle convinzioni politiche, sembra che stia emergendo, anche sotto la spinta della nostra costante presenza nelle iniziative sindacali, quella che definirei un'"ambizione politica" (che fa ben sperare per il prossimo futuro) il cui punto di forza è l'attenzione crescente riservata al mondo della sanità, alle necessità dell'universo femminile e all'opportuno rilancio di iniziative capaci di dare nuovo slancio a noi ginecologi. Nella seconda metà dello scorso anno ci siamo adoperati perché andasse in porto la Riforma del Governo Clinico, per cui tante energie abbiamo speso in tutto l'arco della passata legislatura. Spero che l'attuale Governo possa riprendere celermente quel lavoro istruttorio già fatto e giunto al termine del suo iter, attribuendo finalmente ai medici quel ruolo di condecisione nelle scelte di programmazione e organizzazione dei servizi, che attendiamo da anni, per poter lavorare meglio a beneficio del sistema e dei cittadini.

Oltre al governo clinico, restano sul tappeto molti altri provvedimenti: dalla razionalizzazione della nostra rete ospedaliera, quindi delle nostre Sale

Parto, allo sviluppo di un'adeguata rete di medicina territoriale; dalla ristrutturazione tecnologica e ambientale di ospedali e ambulatori alla creazione di un sistema ben articolato di presidi per lo sviluppo di quelle politiche di prevenzione e assistenza che sono fondamentali per innalzare il livello qualitativo della sanità italiana.

L'Aogoi è sempre stata in prima linea nel sollecitare questi provvedimenti e in alcuni casi ha fatto parte del gruppo di esperti consultati dal ministro. Come per il Ddl rivolto alla salute delle donne e dei neonati, alla cui stesura abbiamo partecipato concretamente, vedendo finalmente riconosciuto come obiettivo priori-

tario per il Paese quello che è per noi il quotidiano impegno professionale.

Anche sui problemi della violenza sessuale il ministro della Salute Livia Turco si è mostrato particolarmente attento alle nostre istanze. Di violenza l'Aogoi ha iniziato ad occuparsi in maniera sistematica sin dal 2000, dopo che l'Italia ospitò un importante congresso internazionale organizzato dalla Figo. Contro questa piaga ci siamo sempre battuti con convinzione, soprattutto abbiamo sempre gridato che la violenza rappresenta un evento tutt'altro che marginale, che ha notevoli ripercussioni sulla salute della donna, in particolare sotto l'aspetto riproduttivo. Le maggiori possibilità di individuare il fenomeno le hanno proprio i ginecologi e gli operatori sanitari in quanto è a loro che la donna si rivolge, seppur con richieste che molto spesso devono essere decodificate. Entro la fine dell'anno, ci auguriamo di riuscire a realizzare un evento, con la presentazione di un nostro libro sulla violenza contro le donne, alla presenza del ministro.

L'aggiornamento professionale è un altro punto qualificante dell'impegno Aogoi in questo biennio. Una delle nostre priorità in questo ambito è stata quella di fare in modo che la formazione professionale, appannaggio delle grandi istituzioni sanitarie del Paese, fosse disponibile anche nei piccoli ospedali periferici.

Vorrei sottolineare come la formazione permanente sia un dovere professionale ed etico nei confronti di coloro che a noi, alle nostre competenze, affidano la propria salute e il proprio benessere. Per questo, innanzitutto, il ginecologo, come tutte le altre componenti mediche del Paese, è tenuto a rivendicare a livello istituzionale il diritto a una formazione di alta qualità e di facile accesso. Non è pensabile che per aggiornarsi il medico debba sborsare di tasca propria diverse migliaia di euro all'anno! È ingiusto e irrealistico.

Per venire incontro alle esigenze dei propri iscritti l'Aogoi ha dunque sentito la necessità di creare una serie di eventi formativi gratuiti, o quantomeno a costi contenuti, con aspetti centralizzati e garantiti, sia per le possibilità di partecipazione sia per la qualità delle iniziative. Come i corsi della Scuola di Perfezionamento Post universitaria in Chirurgia Pelvica presso l'Ospedale Cardarelli di Napoli o il corso annuale di aggiornamento teorico-pratico in medicina embrio-fetale e perinatale, a Villasimius, tra i più qualificati nel panorama degli incontri scientifici italiani, per citare solo alcuni dei numerosi eventi organizzati dalla nostra Associazione nelle varie regioni italiane.

Un altro terreno in cui Aogoi ha investito molto è l'attività editoriale, intensa, che rende ragione dell'impe-



partecipazione alle scelte e alla gestione delle politiche sanitarie. In quella stessa occasione ho sottolineato con forza come sia importante "ridefinire il nostro impegno professionale" e "indirizzare la ricerca e la clinica verso lo studio dei bisogni reali di ogni donna, adeguando i cambiamenti avvenuti nella società al progresso tecnico e scientifico".

La nostra associazione ha operato in questo senso, dimostrando grande sensibilità verso queste tematiche e impegnandosi il più possibile per promuoverle e diffonderle. Il bilancio è estremamente positivo e conforta questa nostra impostazione: molti progetti proposti

gno culturale della nostra Associazione. Le nostre pubblicazioni tradizionali, quali Rivista di Ostetricia e Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale, Risveglio Ostetrico, Ginecologia e Ostetricia Forense e GynecoAogoi costituiscono un notevole sforzo sia sul piano culturale che economico. Queste riviste hanno una valenza particolare perchè, oltre a essere una palestra insostituibile per le pubblicazioni dei nostri iscritti, soprattutto dei più giovani di noi, rappresentano il ginecologo italiano attraverso la stampa.

Anche il nostro sito internet è ormai diventato uno strumento importante ai fini dell'aggiornamento e della diffusione delle notizie con la rapidità richiesta dai tempi moderni.

Perché l'Aogoi ha investito tanto nell'attività editoriale, non solo in termini economici, ma anche in risorse umane (sono numerosi i soci che dedicano parte del loro tempo in questo settore) è presto detto: comunicazione significa possibilità di confronto tra tutti noi e, più in generale, con l'intera ginecologia italiana, nonché di interscambio culturale anche con le sedi più periferiche del nostro Paese.

Tra i progetti futuri che ci stiamo impegnando a realizzare vi è l'organizzazione del Congresso Mondiale Figo a Roma per il 2012. Nell'ultimo biennio l'Aogoi si è molto attivata per ottenere il consenso delle maggiori Società scientifiche internazionali: si tratta di un evento di grande prestigio che ci ha messo in contatto con i responsabili delle principali società ginecologiche del mondo; in tali occasioni ho potuto constatare, non senza un certo orgoglio, l'alta considerazione in cui è tenuta la nostra associazione.

Come vedete molto è stato fatto, ma molto resta da fare. È importante che in questo faticoso lavoro ci sia il contributo di tutti voi e soprattutto una vostra maggiore e più incisiva partecipazione alla formulazione di nuovi progetti.

Questi sono solo alcune delle iniziative Aogoi e delle problematiche oggi sul tappeto che ci impegneranno nei prossimi anni e a cui bisognerà dare una giusta soluzione in tempi abbastanza brevi. Ma cosa si prospetta per il futuro?

Anzitutto ritengo sia importante che l'Aogoi prosegua nella "politica" che si è data da anni, costantemente tesa al raggiungimento di due importanti obiettivi pratici: una maggiore qualificazione professionale e una maggiore efficienza nelle nostre divisione ospedaliere. Un'efficienza certamente ragionata, modulata a seconda le realtà locali, ma che va perseguita a dispetto dei limiti economici, culturali e ambientali entro cui si deve costantemente lavorare. In altri termini, un efficientismo guidato dall'azione sindacale e, quindi politica, dell'Aogoi.

Dobbiamo riconoscere che la nostra Associazione ha più problemi oggi di 10 anni fa. Si sono ampliati gli obiettivi e le problematiche sono senz'altro più complesse rispetto al passato. L'era informatica, la rivoluzione tecnologica, la vita moderna pongono una serie di nuove sfide... Pensiamo solo per un attimo ai recenti progressi nel campo della genetica, dell'epidemiologia, delle nuove tecnologie.

Dobbiamo fare i conti con fenomeni nuovi, come l'invecchiamento della popolazione. Nei prossimi anni un numero sempre crescente di donne anziane avrà biso-

gno della nostra assistenza e quindi di una maggiore attenzione in termini di prevenzione e di cure più mirate. Ed ancora le problematiche legate alle pazienti immigrate, che vanno da un diverso modo di concepire e affrontare la gravidanza e il parto a una maggior incidenza di alcune malattie ginecologiche.

È evidente che la nostra professione si trova ad una svolta significativa sia sul piano scientifico sia clinico-pratico. E ogni svolta significativa comporta nuove sfide, nuovi problemi, e soprattutto nuove decisioni.

Non esiste una ricetta unica in grado di risolvere tutti i nostri problemi ma sono convinto che attraverso il buon senso, strategie coraggiose e l'aiuto indistinto di tutti sia possibile trovare la soluzione giusta per ciascun problema.

Vorrei concludere con l'esortazione a non perdere mai di vista il senso profondo della nostra professione: salvaguardiamone la cultura umanistica, manteniamo forte il valore del rapporto umano con la paziente, non lasciamoci sopraffare dall'impostazione ragionieristica nella cura dell'ammalato e prestiamo più ascolto a chi ci chiede non solo cure mediche ma anche un po' d'attenzione per le difficoltà che la malattia comporta. Impegniamoci per restituire al medico, al ginecologo, la dignità di una professione che non può essere valutata soltanto in termini di "produttività" aziendale.

È questo che le persone sempre più ci chiedono e anche a queste richieste il prossimo presidente e il nuovo Direttivo dell'Aogoi dovranno saper dare risposte concrete.

Al prossimo presidente e al nuovo direttivo il mio augurio di un proficuo lavoro e di ottimi risultati!

Prefolic[®]

VO3AF N⁵-metiltetraidrofolato di calcio

Riassunto delle caratteristiche del prodotto. 1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE PREFOLIC[®] 15 Compresse PREFOLIC[®] 15 Iniettabile PREFOLIC[®] 50 Iniettabile. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** PREFOLIC[®] 15 Compresse Una compressa gastroresistente contiene: Principio attivo: N⁵-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 19,18 mg pari ad acido 15 mg PREFOLIC[®] 15 Iniettabile Una fiala di fializzato contiene: Principio attivo: N⁵-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 19,18 mg pari ad acido 15 mg PREFOLIC[®] 50 Iniettabile Una fiala di fializzato contiene: Principio attivo: N⁵-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 61,95 mg pari ad acido 50 mg. **3. FORMA FARMACEUTICA** Compresse gastroresistenti Fialate di fializzato + fiale di solvente. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** 4.1 Indicazioni terapeutiche In tutte le forme di carenza di folati dovute al carenza di folati, debita alimentazione, insufficiente apporto dietetico. Nelle terapie sintomatiche di deficit secondario di antiproteina dell'acido folico o per combattere gli effetti collaterali indotti da amiotopina e da metotrexato. **4.2 Farmacologia e modalità di somministrazione** Dopo somministrazione orale di PREFOLIC[®], si ottiene un picco ematico a 2-3 ore che decade più lentamente nel tempo. La farmacologia orale di PREFOLIC[®] sia per via orale che per via parenterale intravenosa o endovenosa può essere indicata in 15 mg al dì e giorni alterni secondo prescrizione medica. Il trattamento con PREFOLIC[®] deve essere prolungato fino a completa remissione dei sintomi della carenza folica e ricostruzione del patrimonio endogeno. In casi resistenti o nell'impiego del PREFOLIC[®] per l'anticipazione del parto (distocia) e infarto (ad esempio nel caso di somministrazione di metotrexato ad alta dose) la farmacologia può comportare l'uso di dosi più elevate, somministrato ad intervalli di poche ore: 15 mg per 24 ore o 30-100 mg per 24 ore ogni 3-6 ore per qualche giorno in base ai parametri del "tester". **4.3 Controindicazioni** ipersensibilità nota verso i componenti. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso** Nel caso si faccia ricorso alla somministrazione endovenosa si raccomanda di praticare l'iniezione lentamente nei soggetti splenici i farmaci anticancerogeni possono provocare un'alterazione della folonica; la somministrazione di PREFOLIC[®], per controindicazioni, tale effetto può aumentare la frequenza degli accessi. Le compresse sono gastroresistenti, illeso cioè il principio attivo nell'intestino primario; essi non vanno masticati, ma debbono essere deglutiti interi, preferibilmente al mattino, in presenza di un pasto. Per evitare il rischio di carenza di folati, è necessario assumere il PREFOLIC[®] anche la vitamina B12 per prevenire le complicazioni neurologiche dello scorbuto. **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione** Non sono note. **4.6 Dosaggio durante la gravidanza e l'allattamento** L'acido folico è un componente del nostro organismo, privo di effetti sulla madre e sul feto. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchinari** Non interferisce sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. **4.8 Effetti indesiderati** Con l'uso del prodotto sono possibili manifestazioni di ipersensibilità: febbre, eritema, ipertensione arteriosa, tachicardia, bruciore, shock anafilattico. **4.9 Sovradosaggio** Non sono noti fino ad ora casi di sovradosaggio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** 5.1 Proprietà farmacodinamiche N⁵-metiltetraidrofolato di calcio (5-MTHF), molecola fisiologica di natura vitaminica, è un principio attivo che interviene negli organismi animali in uno serie di reazioni importanti, dal punto di vista biochimico: biosintesi di nucleotidi e acidi nucleici, metabolismo dell'unità metilcobalamina. In questo scorcio

vanno in particolare ricordate le seguenti: la sintesi dello piruvato e del lattato; la sintesi indispensabile per la biosintesi degli acidi nucleici; la sintesi esclusiva del metil folato a partire da acido, glicina, istidina, formiato; e la sintesi della metionina a partire dall'omocisteina, reazione che richiede la presenza della vitamina B12 (come cofattore) e che pertanto rappresenta il punto di interazione tra folati e cobalamina. 5.2 Proprietà farmacocinetiche Per la sua costituzione di molecola fisiologica il 5-MTHF viene utilizzato dall'organismo come tale, senza cioè subire ulteriori processi di biotrasformazione. Esso costituisce la forma fisiologica di trasporto dell'acido folico nel plasma, dove rappresenta la quasi totalità dei folati circolanti. È prontamente assorbito dal tratto digerente e, quindi, distribuito in tutti i tessuti compresi il SNC, dove il livello capotale dai plasma circolanti nel liquido cerebrospinale e nei suoi concentrazioni il più o tra volte quello del sangue. Il 1/3 del 5-MTHF per via endovenosa è di circa 2 ore, per via orale di circa 2-3 ore. Viene eliminato per via renale ed intestinale. **6. INFORMAZIONI FARMACOLOGICHE** 6.1 Elenco degli eccipienti PREFOLIC[®] 15 Compresse: Amido di mais, lattosio, magnesio stearato, polidimetilsilossano, polietilenglicole 6000, polietilenglicole 400, polietilenglicole 80, idrossido di sodio, idrossido di calcio, PREFOLIC[®] 15 Iniettabile: Acido citrico, glutammina, mannite, metilidrossibenzoato, sodio idrossido. Una fiala di solvente contiene: acqua per preparazioni iniettabili. PREFOLIC[®] 50 Iniettabile: Acido citrico, glutammina, mannite, metilidrossibenzoato, sodio idrossido. Una fiala di solvente contiene: acqua per preparazioni iniettabili. **6.2 Incompatibilità** Non va miscelato o somministrato con altri medicinali. **6.3 Validità** PREFOLIC[®] 15 Compresse: 36 mesi PREFOLIC[®] 15 Iniettabile e 50 Iniettabile: 30 mesi il prodotto liofilizzato rimane stabile per 10 ore. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Non esporre alla luce e all'umidità. **6.5 Riempimento e contenuto del contenitore** - Attacco contenente 3 fialate (alluminio + polietilene) da 10 compresse di 15 mg - Attacco contenente 5 fialate di vetro scuro e chiusura ermetica (tappo di gomma e ghiera metallica in alluminio) di 15 mg + 5 fiale di vetro contenenti 3 ml di solvente - Attacco contenente 6 fialate di vetro scuro e chiusura ermetica (tappo di gomma e ghiera metallica in alluminio) di 50 mg + 6 fiale di vetro contenenti 3 ml di solvente **6.6 Istruzioni per l'uso**

Modalità di apertura della fiala di solvente:
 • posizionate la fiala come indicato nella figura 1;
 • spezzare una pressione con il pollice posta sopra il punto colorato come indicato nella figura 2.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO ZAMBON ITALIA S.p.A. - Via della Chimica, 7 - Vicenza **NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** - 30 compresse di 15 mg - A.L.C. n. 024701124-5 fialate di 15 mg + 5 fiale di solvente - A.L.C. n. 024701124-6 fialate di 50 mg + 6 fiale di solvente - A.L.C. n. 024701124-7 **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** - 30 compresse di 15 mg: 20/07/1989-5 fialate di 15 mg + 5 fiale di solvente: 30/04/1982-6 fialate di 50 mg + 6 fiale di solvente: 22/07/1985 **Revoca autorizzazione:** 01/06/2002 **10. DATA (PRIMA) DI REVISIONE DEL TESTO:** Novembre 2001



Dal Congresso mondiale di Kuala Lumpur l'annuncio del grande riconoscimento del mondo scientifico internazionale alla Ginecologia Italiana

Il XX congresso mondiale FIGO a Roma nel 2012

di Carlo Sbiroli

Sicuramente sarebbero stati contenti i padri fondatori della nostra Associazione Corrado Confalonieri e Pietro Ragonese: l'Aogoi è riuscita a portare a Roma il Congresso mondiale FIGO del 2012. Senza illusioni e ambizioni sbagliate. Associazioni come l'Aogoi non hanno il compito di far sognare, ma quello di realizzare le strategie e gli obiettivi che propongono ai propri associati.

Si sta parlando del progetto "SIGO for FIGO 2012": il "progetto", che la nostra Associazione aveva considerato e disegnato sulla fine dell'estate di due anni fa a Capri, si è realizzato. Ricordo che in quei giorni di lavoro e di stretti contatti con i nostri colleghi stranieri appariva un obiettivo irraggiungibile, i conti stratosferici, i risultati estremamente incerti. Non era sicuramente agevole superare le candidature di città come Londra, Ginevra, Stoccolma, Siviglia, Praga e Istanbul. Città carismatiche, con alle spalle società scientifiche di ginecologia di grande spessore e tradizione.

In passato gli Italiani (leggi Sigo) avevano provato diverse volte senza riuscirvi, perché non erano stati capaci di "far gruppo", di essere pari al ruolo e ai compiti difficili proposti dalla concorrenza internazionale. In questa occasione invece si è riusciti a rea-

Due anni fa, quando è stato concepito al meeting internazionale di Capri, sembrava un obiettivo irraggiungibile. E invece ce l'abbiamo fatta. Superando candidature difficili, città affascinanti con alle spalle società scientifiche di ginecologia di grande spessore. Gran parte di questo successo lo dobbiamo alla coesione raggiunta dalle varie componenti della nostra delegazione, all'impegno di tanti colleghi, in primis di Antonio Chiantera e di Giorgio Vittori, che ha guidato il "Team for FIGO 2012". Ma non è tempo di cullarsi sugli allori: ci aspettano 6 anni di faticoso lavoro, durante i quali la Dirigenza Sigo dovrà innanzitutto dimostrarsi capace di salvaguardare quello spirito di gruppo e unitarietà d'intenti che ci hanno permesso di raggiungere questo importante risultato



lizzare una forte coesione tra le varie componenti della delegazione italiana (Sigo) a Kuala Lumpur, che è stata guidata prevalentemente dall'Aogoi. Anzi, si può senz'altro affermare che le iniziative e l'intera strategia è stata di marca ospedaliera. La delegazione era guidata dal vicepresidente Sigo Nicola

Natale, primario ospedaliero. All'inizio la candidatura di Roma presentava diverse difficoltà. Nel "borsino" la più gettonata appariva sicuramente Londra, seguita da Siviglia e Praga. Pochi ritenevano che si potesse realizzare un ribaltamento. Questo è avvenuto. La svolta è stata possibile soprattutto per l'im-

La delegazione italiana al Congresso di Kuala Lumpur



Il vicepresidente Sigo Nicola Natale ringrazia l'ambasciatore Anacleto Felicani per il ricevimento offerto all'Ambasciata d'Italia a Kuala Lumpur





pegno degli “uomini Aogoi”, ed in primis di Antonio Chiantera che con le sue strategie è riuscito a rilanciare la candidatura di Roma. Si è dimostrata vincente la scelta di investire soprattutto su Paesi non tradizionalmente simpaticizzanti per l'Italia, come la Cina, molte nazioni dell'area africana (tradizionalmente anglofile) e del mondo arabo (legate alla Turchia). Inoltre, sono stati determinanti le sinergie e gli accordi precedentemente avviati con le società latino-americane e spagnola.

Il risultato di Kuala Lumpur è giunto dopo due anni di lavoro intenso, di continui contatti con i rappresentanti delle società scientifiche di ginecologia degli altri Paesi, allo scopo di far conoscere meglio a livello internazionale la ginecologia italiana e soprattutto le potenziali capacità organizzative di Ro-

Il risultato di Kuala Lumpur giunge dopo due anni di lavoro intenso, di continui contatti con i rappresentanti delle società scientifiche di ginecologia degli altri Paesi, allo scopo di far conoscere meglio a livello internazionale la ginecologia italiana e soprattutto le potenziali capacità organizzative di Roma

ma. In questo lavoro, quasi da certosino, vi è stato il grande impegno di Giorgio Vittori che in questi

anni ha saputo guidare sapientemente il “team for FIGO 2012”, spesso accettando rinunce, non lanciando mai proclami, né inviti a sognare: “le cose si annunciano quando si fanno”. È comunque opportuno non farsi prendere dall'euforia, da celebrazioni eccessive. Il lavoro che ci aspetta nei prossimi 6 anni è lungo e faticoso, sarebbe deleterio riposare sugli allori. È bene riflettere sull'attuale situazione, spesso conflittuale, della ginecologia italiana per non cullarsi su indebite illusioni. L'attuale dirigenza Sigo sarà capace di restare unita e proseguire nell'impegno che ha mostrato finora? Il prossimo gruppo dirigente Sigo, che verrà fuori dal congresso di Napoli del prossimo anno, saprà rinnovarsi e affrontare senza scosse il cambiamento?

Sarà conservato questo spirito di gruppo che è stato fondamentale per il successo? O, invece, co-

me spesso accade in Italia, nuovi, falsi condottieri salteranno sul carro del vincitore creando sconcerto, disagio e spesso litigiosità? È necessario agire con rigore per recuperare efficienza e sana competitività: non per destino ma per errori si possono perdere le grandi imprese. Al di là di queste considerazioni, questo successo va interpretato sicuramente come un grande riconoscimento internazionale alla Ginecologia italiana. Credo che sia importante acquisire la consapevolezza di questo consenso e della sua portata. Negli ultimi 15-20 anni la ginecologia italiana ha certamente ottenuto ottimi risultati in campo clinicoscien-

tifico, situandosi ai primi posti a livello mondiale. Ora però bisogna saper cogliere l'occasione che ci viene offerta dall'appuntamento del 2012 per consolidare queste posizioni, fare un salto di qualità e rivedere alcuni nostri atteggiamenti. Si avverte voglia di aria nuova, di uscire dal tradizionale ambito tecnico-biologico per dedicarsi a tematiche di più ampio respiro. Vi è soprattutto il desiderio di colmare un certo ritardo della ginecologia italiana rispetto al correre della storia. Il mondiale di Kuala Lumpur ha già indicato alcune di queste nuove vie: “essere componenti attive del miglioramento della qualità di vita e della cultura in senso antropologico”. Essere anche componenti attive di un miglioramento della “persona femminile” nella sua interezza, non limitandosi quindi al solo impegno empatico di liberare le pazienti dalla sofferenza.

“Fans” italiani dopo l'annuncio della vittoria



La delegazione italiana “Sigo for Figo 2012”



Alleggerire la burocrazia, favorire la terapia del dolore e il parto naturale. Questi gli obiettivi principali dei disegni di legge presentati dal ministro Turco e approvati dal Consiglio dei ministri. E nei provvedimenti anche più lotta all'abusivismo e la realizzazione di un sistema sofisticato per il monitoraggio delle malattie a più alto indice di mortalità

Via libera del Governo ai due Ddl del ministro Turco

PIU' TERAPIA DEL DOLORE, MENO CERTIFICATI INUTILI

Semplificazione. È questa la parola d'ordine di uno dei provvedimenti varati dal Consiglio dei Ministri su proposta del ministro della Salute. Misure grazie alle quali si potranno prescrivere più facilmente farmaci oppiacei contro il dolore e si potrà dire addio a inutili atti burocratici, alleggerendo anche le spese a carico dei cittadini: spariranno, infatti, dalla scena ben 5 milioni di certificati, da quelli di sana e robusta costituzione a quelli per il rinnovo dei libretti sanitari degli alimentaristi.

A sollevare medici e farmacisti dalla lunga e lenta burocrazia sono in particolare i 10 articoli dello schema di Ddl "Misure di semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute e altri interventi in materia sanitaria" (disponibile sul sito <http://www.ministerosalute.it/>), in cui si stabilisce anzitutto che per prescrivere i farmaci oppiacei il medico potrà utilizzare il ricettario normale anziché quello speciale, prescrivendoli non solo per le patologie oncologiche, ma anche per le malattie croniche o invalidanti.

Sarà inoltre più agile la gestione dei registri per il controllo del movimento degli stupefacenti ad uso terapeutico.

Anche l'iter legislativo per l'aggiornamento periodico dell'elenco dei farmaci oppiacei sarà più sempli-

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il 19 ottobre scorso due provvedimenti presentati dal ministro della Salute Livia Turco. Il primo riguarda una serie di "Misure di semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute e altri interventi in materia sanitaria", a partire dalla volontà del ministro di facilitare la prescrizione di farmaci oppiacei per il dolore severo e dall'eliminazione di tanti certificati sanitari ormai inutili od obsoleti. Il secondo riguarda "la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato".

Il testo, che era già stato esaminato dal Governo il 14 luglio scorso e aveva ricevuto il parere favorevole della Conferenza Stato-Regioni il 5 ottobre, è ora arrivato in Parlamento, che ne inizierà l'esame nelle prossime settimane

ce: basterà un decreto ministeriale, sentito il Consiglio superiore di sanità. E per cominciare, saranno presto inseriti nella tabella specifica degli stupefacenti ad uso terapeutico due farmaci a base di sostanze cannabinoidi già in uso Canada, Usa, Gran Bretagna, Svizzera, Olanda, Belgio e Germania.

Altra grande novità è l'abolizione di circa 5,5 milioni di certificati che i cittadini non saranno più obbligati a richiedere e che, secondo il ministero, porterà ad un considerevole risparmio di tempo e denaro, stimabile in almeno 40 milioni di euro. Sono molteplici i certificati che cadranno nel dimenticatoio. Diventeranno inutili, solo per citarne alcuni, tutti i certificati di idoneità psico-fisica al lavoro e vaccinali, ossia quelli di sana e robusta costituzione e di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego, e

per l'iscrizione dei bambini alla scuola primaria; ed anche i certificati di idoneità sanitaria per gli alimentaristi, e persino quelli richiesti ai dipendenti pubblici e privati per ottenere l'anticipazione del quinto dello stipendio.

Comunque, con apposite intese sancite in sede di Conferenza Unificata sarà sempre possibile individuare ulteriori misure di certificazione qualora fosse necessario, nonché effettuare il monitoraggio di pratiche sanitarie obsolete.

Le misure proposte da Livia Turco danno poi un colpo deciso all'esercizio abusivo della professione sanitaria, un fenomeno particolarmente diffuso nell'ambito dell'odontoiatria dove si stima un'incidenza dell'abusivismo vicina al 25%. Il provvedimento stabilisce che, in caso di condanna, il giudice disponga la

NORME PER LA TUTELA DEI DIRITTI DELLA PARTORIENTE, LA PROMOZIONE DEL PARTO FISILOGICO E LA SALVAGUARDIA DELLA SALUTE DEL NEONATO

Art.1 (Finalità)

1. La presente legge persegue le seguenti finalità:

- promuovere un'appropriate assistenza alla nascita, tutelando i diritti e la libera scelta della gestante in coerenza con i modelli organizzativi delle Regioni;
- assicurare la tutela della salute materna, il benessere del nascituro e quello delle famiglie nell'esperienza della genitorialità;
- ridurre i fattori di rischio di malattia pre e post concezionali del nascituro attraverso specifici interventi preventivi;
- potenziare l'attività dei consultori familiari con l'attivazione di programmi specifici per la salute preconcezionale e riproduttiva, per la tutela della maternità e per la promozione dell'allattamento al seno;
- promuovere la più ampia conoscenza delle modalità di assistenza e delle pratiche socio-sanitarie raccomandate, con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita, anche al fine dell'apprendimento e dell'uso delle modalità, farmacologiche e non, per il controllo del dolore nel travaglio-parto, ivi comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesie locali e di tipo epidurale;
- favorire il parto fisiologico e promuovere le modalità per l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre la percentuale dei tagli cesarei e aumentare la prevalenza dell'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'OMS-

UNICEF;

- rafforzare gli strumenti per la salvaguardia della salute materna e della salute del neonato;
- promuovere una assistenza ostetrica appropriata alla gravidanza a basso rischio, al parto fisiologico e al puerperio;
- assicurare la qualità dell'assistenza ostetrica e pediatrico-neonatalogica nel periodo perinatale da valutare con indicatori adeguati sull'impiego e sui risultati delle pratiche raccomandate sulla base delle prove scientifiche;
- contrastare le diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile, anche mediante l'adozione del modello operativo basato sull'offerta attiva e migliorando la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata e prevedendo l'attuazione di programmi di assistenza socio-sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate, favorendone l'integrazione;
- promuovere l'informazione e la consulenza alle donne che decidono di avere una gravidanza, alle gestanti, anche mediante i corsi di accompagnamento alla nascita e stimolando l'impegno in tal senso dei servizi territoriali ed ospedalieri anche al fine di una consapevole scelta del tipo di assistenza, del luogo e delle modalità del parto;
- promuovere l'informazione, l'assistenza e la consulenza alle donne e alle famiglie per gli interventi efficaci nell'ambito del puerperio e della salute psico-fisica relazionale al post-partum;
- promuovere la continuità assistenziale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita, garantendo l'integrazione tra territorio e strutture ospedaliere.

confisca delle attrezzature utilizzate da persone che hanno esercitato attività sanitarie senza averne titolo. Inoltre, per contrastare gli effetti negativi dell'abuso di alcol, concausa di numerosi incidenti stradali, sarà vietata la vendita e la somministrazione di alcolici nelle aree di servizio autostradali.

Ultime novità saranno introdotte anche nell'area della raccolta dati. Anzitutto con la creazione di registri di mortalità e patologie per le malattie di rilevante interesse sanitario e sociale (come quelle oncologiche), con lo scopo di avere una chiara fotografia dell'incidenza di queste patologie e realizzare programmi e interventi sanitari più efficaci.

Infine, saranno realizzati alcuni interventi per il trattamento dei dati destinati al Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), per adeguarlo a quanto dettato dal Codice in materia di protezione dei dati personali.

LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO: UNA PRIORITÀ NAZIONALE

- Favorire il parto fisiologico e ridurre il ricorso al parto cesareo
 - Promuovere il parto senza dolore inserendo l'anestesia epidurale tra i Livelli essenziali di assistenza
 - Attivare nell'ambito del "118" il trasporto del neonato in emergenza
 - Incrementare l'attività dei consultori e promuovere l'allattamento al seno
 - Superare le diseguità territoriali e sociali per l'accesso ai servizi di tutela materno-infantile con attenzione particolare alla popolazione immigrata.
- Sono queste le principali finalità del nuovo disegno di legge proposto dal ministro Turco e che, in coerenza con gli obiettivi fissati dal Progetto-obiettivo Materno Infantile e con il Piano sanitario nazionale 2006-2008, si propone di tutelare i diritti e la salute della gestante e del neonato promuovendo una appropriata assistenza all'interno del percorso nascita da parte del Ssn, nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza (anche con l'introduzione dell'anestesia epidurale), tramite l'integrazione dei servizi territoriali ed



Olga Sinclair, La joven madre

ospedalieri e la valorizzazione dei consultori. A tal fine il disegno di legge prevede diversi interventi, soprattutto allo scopo di promuovere la conoscenza delle modalità di assistenza delle pratiche socio sanitarie e l'uso delle modalità per il controllo del dolore nel travaglio-parto, comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesie locali avanzate e di tipo epidurale.

Inoltre, il provvedimento è volto a ridurre i fattori di rischio di malattia del nascituro, pre e post concezionali, attraverso appropriati interventi preventivi,

nonché a favorire il parto fisiologico e a promuovere l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre il ricorso al parto cesareo. Altre priorità sono la promozione dell'allattamento al seno secondo le raccomandazioni dell'Oms-Unicef e il contrasto delle diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno infantile anche per la popolazione immigrata. Previste anche la dimissione precoce, protetta e appropriata della partoriente e del neonato, garantendo la continuità assistenziale nella fase del puerperio.

Art. 2

(Livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato)

1. Con le procedure previste dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 si provvede alla rimodulazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato, tenendo presenti le seguenti priorità:

- a) aggiornamento e verifica delle prestazioni previste per l'assistenza preventiva per la salute preconcezionale e in gravidanza;
- b) nel quadro di una maggiore e migliore umanizzazione dell'evento nascita, il controllo e la gestione del dolore nel travaglio-parto, anche mediante ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale, in condizioni di appropriatezza e nell'ambito dei modelli organizzativi locali;
- c) l'allattamento materno precoce e il rooming-in;
- d) la dimissione precoce e appropriata della partoriente e del neonato nell'ambito di percorsi assistenziali specifici che comprendano risposte multidisciplinari, rivolte sia alla madre che al bambino nell'ambito dell'integrazione ospedale territorio;
- e) garantire una adeguata rete di emergenza per il neonato e per la gestante favorendo, ove possibile, il preventivo trasferimento della gestante presso un centro appropriato.

2. Con le medesime procedure indicate al comma 1, sono contestualmente rimodulati i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali diverse da quelle di cui al comma 1, al fine di garantire la copertura dei maggiori oneri derivanti da quanto disposto al medesimo comma 1.

Art. 3

(Integrazione al Piano sanitario nazionale 2006-2008)

1. Su proposta del Ministro della salute, il Governo e le Regioni, in coerenza con il Piano sanitario nazionale 2006 - 2008, adottato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, pubblicato nella Gazzetta ufficiale - Supplemento ordinario n. 149 del 17 giugno 2006, stipulano, a integrazione del Piano sanitario nazionale, una intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, finalizzata alla promozione delle attività volte a realizzare le finalità di cui alla presente legge.

2. Con la medesima intesa di cui al comma 1 le Regioni convengono l'entità delle risorse poste in disponibilità per il Servizio sanitario nazionale e vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da destinare per le finalità della presente legge, tenuto conto degli interventi già attivati con tali risorse.

3. Il comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'intesa tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, individua le modalità di monitoraggio della presente legge.

4. Nell'ambito della relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano sanitario nazionale il Ministro della salute riferisce sui risultati conseguiti dalla intesa di cui al comma 1, tenendo conto dei dati rilevati a livello regionale.

5. Dalle disposizioni della presente legge non derivano ulteriori oneri per la finanza pubblica.

Angela Citernesesi
Dirigente Medico
U.O. Ostetricia
e Ginecologia
Clinical Risk Manager

Gli operatori in prima linea vittime tra danno e colpa

Vorrei proporre una riflessione sugli effetti che il danno al paziente ha su noi operatori. Il medico, ma non meno l'ostetrica, l'infermiere, tutti gli operatori coinvolti in un danno al paziente, vivono l'evento con profonda sofferenza. Provano vergogna, sensi di colpa per la sofferenza procurata, perdono fiducia nelle proprie capacità, pensano di aver perso valore professionale e rispetto da parte dei colleghi, divengono depressi, lavorano con minor motivazione ed efficienza, possono anche abbandonare l'attività, soprattutto se giovani. Senza contare la paura e lo stress del possibile contenzioso legale nonché gli oneri finanziari e psicologici a questo connessi.

Se evitare il danno ai pazienti, e con esso il contenzioso possibile, è l'obiettivo della Gestione del Rischio e delle Organizzazioni sanitarie, gli operatori ne sono interessati quanto i pazienti. La sicurezza del paziente diviene, semplificando, anche sicurezza e serenità degli operatori. Che può fare l'Organizzazione sanitaria per migliorare la sicurezza del paziente, che fare per prevenire gli errori e i danni?

Per la cultura della colpa individuale e della negligenza professionale, cioè per la Cultura della nostra Società, la giusta risposta, almeno quella più semplice ma anche coerente, è di individuare il responsabile e chiedergli di risponderne: se qualcuno sbaglia è giusto che ne risponda. Ma se una qualche punizione del responsabile fosse davvero la soluzione, cosa avrebbe da insegnarci la Cultura del "Risk Management", quella che si è sviluppata in altri sistemi, per esempio quello dell'aeronautica? Il pilota che sbaglia paga con la sua vita, una punizione che dovrebbe bastare ad evitare altri incidenti. Ma non è così.

La cultura della Gestione del Rischio ci insegna che per ridurre gli eventi avversi, gli incidenti, i danni, dobbiamo percorrere un certo cammino: dobbiamo analizzare gli incidenti e capire gli errori e da questi imparare. Imparare che la natura dell'errore è complessa, non è solo frutto di azioni individuali, che anche i migliori possono sbagliare, soprattutto in medicina, dove ancora molte sono le incertezze scientifiche e la certezza dei risultati dei test diagnostici e degli effetti dei trattamenti che utilizziamo tutti i giorni non è affatto garantita.

Questo cammino indicato dal "Risk Management" richiede un particolare impegno degli operatori che devono imparare a mettersi in discussione, a non ritenersi infallibili, e a verificare i risultati delle proprie azioni, approfondire le cause dei propri fallimenti e quindi a migliorarsi perché questi non si ripetano. Il miglioramento è raggiunto quando gli operatori stessi sono in grado di apportare all'assistenza, basata su conoscenze e organizzazione, quei cambiamenti che rendono l'errore sempre meno probabile. È un cammino impegnativo, richiede tempo e risorse ma è l'unico che propone un percorso costruttivo.

Se da questa prospettiva torniamo al problema della colpa, ci appare immediatamente chiaro come la ricerca del responsabile o colpevole per quell'evento, invocata da più parti, sia purtroppo una scorciatoia che non paga nel lungo termine. Non si vuol dire con questo che non ci sia mai una colpa o un colpevole, ma sono casi limite e sono, come sappiamo, poco frequenti. La punizione può dare una soddisfazione immediata

Se il danno ai pazienti preoccupa le Amministrazioni per i suoi costi sia economici che di credibilità, chiediamoci anche quali sono i costi di chi è coinvolto direttamente nel danno. Nello scenario del danno ci sono, infatti, costi umani enormi. Da una parte c'è la vittima paziente, con la sua disabilità, la sofferenza, la rabbia, il trauma psicologico, e, dall'altra, l'operatore, le cui azioni sono state direttamente collegate al danno. L'operatore in prima linea, che io definirei la seconda vittima del danno



Se la Società, i pazienti, le Amministrazioni hanno difficoltà ad accettare il fallimento del medico, il proprio fallimento è difficile da accettare anche da parte dei medici, che finiscono per arroccarsi su pratiche distorte, la cosiddetta medicina difensiva, non certo vantaggiosa né per i pazienti né per le Organizzazioni sanitarie. L'alto tasso di tagli cesarei a cui siamo giunti è la conseguenza di esperienze negative di parti vaginali che non siamo riusciti a comprendere: invece di accettare l'incertezza e analizzare i fallimenti terapeutici con interesse scientifico,

abbiamo esorcizzato quest'ultimi con pratiche inappropriate. Non ci resta che riflettere profondamente e attentamente su tutti i nostri comportamenti e decisioni, sulla nostra condizione di vittime tra il danno procurato e la colpa che ci viene attribuita, tra una medicina fatta anche di incertezze e una cultura diffusa che ci vuole infallibili.

Il rinnovamento culturale che caratterizza il "Risk Management" è una grande occasione per divenire di nuovo attori delle nostre scelte, per ridurre le sofferenze della prima vittima, il paziente, e quelle della seconda vittima, l'operatore.

al paziente danneggiato e ai suoi familiari, può soddisfare la sete della stampa, ma danneggia, senza alcun dubbio, lo sviluppo di una nuova cultura, quella del "Risk Management". Infatti, impedisce ogni possibilità di capire perché gli errori succedono: perché colui che saprà, nasconderà, ometterà per la preoccupazione di incorrere nella punizione.

La punizione che deriva dall'essere sconfessato dai Colleghi o dal Primario, la punizione che la Direzione Sanitaria può attivare con azioni disciplinari, la punizione che il paziente può portare avanti con la richiesta di risarcimento dei danni e con il contenzioso legale. Imparare dagli errori, acquisire un atteggiamento critico rispetto al proprio operato, è possibile solo col superamento della cultura della colpa. Il "Risk Management", almeno nei suoi sviluppi più recenti, quelli di impegno nella prevenzione degli errori, raggiungerà i suoi obiettivi se aiuterà, noi operatori, a rivedere serenamente il proprio operato, a sviluppare capacità di analisi degli eventi avversi e degli incidenti e a realizzare i miglioramenti tecnico-organizzativi. Di questo dobbiamo essere tutti consapevoli, dai Direttori generali ai Direttori di Unità operativa, che hanno l'importante compito di non bruciare le risorse umane che hanno a disposizione, ma invece di impiegarle al meglio. Abbiamo come operatori la responsabilità di garantire le cure e la sicurezza ai nostri pazienti, ma abbiamo anche il diritto di chiedere che si rinunci ai giustizialismi se ci impegnamo ad imparare dai nostri errori. Le Organizzazioni sanitarie devono migliorare questi operatori, non possono sostituirli con altri migliori e infallibili, devono migliorare questo sistema sanitario, non possono sostituirlo con un altro ideale.

ERRORI MEDICI Turco: al di là dei dati è un problema da affrontare subito

"Qualunque sia il numero giusto, anche se vi dovesse essere solo un morto all'anno per cause evitabili in ospedale, abbiamo il dovere di affrontare il problema con decisione per garantire la sicurezza dei pazienti oltre che per scongiurare la deriva conflittuale dei rapporti tra cittadini e medici". Così ha prontamente dichiarato il ministro Turco subito dopo l'allarme suscitato dalle cifre sui decessi causati dagli errori medici, diffusi dall'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e rimbalzati sulle prime pagine di tutti i giornali.

Carmine Gigli
Presidente Coordinatore Fesmed

L'importanza della gestione del rischio

Per arrivare alla messa a punto di efficaci reti di prevenzione è necessario che si affermi una cultura diversa, meno "colpevolista", che favorisca l'analisi approfondita di ogni "evento avverso" e permetta di scoprire le trappole insite nel sistema. Da cui gli errori ricorrenti scaturiscono

Siamo tutti consapevoli del fatto che gli esseri umani possono sbagliare e, di conseguenza, dobbiamo attenderci degli errori anche nelle migliori organizzazioni, non escluse le istituzioni deputate alla salute, come gli ospedali, le case di cura, i laboratori etc. Chi lavora in queste strutture al pari di chiunque altro può commettere degli errori ed ognuno di noi, potenziali utenti, può restare vittima di un errore sanitario. Tutto questo è ovvio, ma nella realtà queste affermazioni sono molto difficili da accettare. Difficili per i pazienti, i quali non riescono ad ammettere che possano verificarsi degli errori, quando è in gioco la loro salute. Difficili da accettare anche per i medici, i quali temono che ammettendo l'errore possano compromettere la loro credibilità professionale e incorrere in sanzioni.

REAZIONI ALL'ERRORE SANITARIO

Una volta accettata l'idea che gli errori in campo sanitario esistono e possono colpire tutti, dovrebbe essere nell'interesse di ciascuno adoperarsi affinché si verifichino nel minor numero possibile. Purtroppo, questo non avviene o, quantomeno, non nella misura desiderata e il comportamento di quanti dovrebbero essere interessati al problema dell'errore sanitario spesso non sembra indirizzarsi verso la prevenzione dell'errore. I nostri governanti non hanno mai ritenuto che la prevenzione dell'errore medico meritasse di entrare fra le priorità del programma di governo e il Ministro della Salute ha istituito il "Centro nazionale di riferimento sugli errori medici" soltanto lo scorso 8 ottobre, dopo ripetute insistenze. In realtà, sono rari i politici disposti a prestare attenzione a questo difficile problema.

In pochissime

Regioni sono stati avviati programmi di risk management e con palesi contraddizioni. Come in Toscana, dove, per un caso di natimortalità, il direttore generale ha avviato le procedure per il recesso di tre medici, tralasciando di analizzare l'evento nell'ottica della prevenzione del rischio.

Nelle Aziende sanitarie le politiche di gestione del rischio sono guardate con diffidenza e, nella migliore delle ipotesi, con scetticismo, comunque da tenere sotto controllo, per evitare che la ricerca degli errori latenti metta in luce troppe carenze della struttura.

I medici sono spaventati e tendono a minimizzare il problema, anche se alcuni di loro dimostrano un certo impegno e, talvolta, anche un lodevole interesse scientifico alla questione. I cittadini, che dovrebbero sollecitare degli interventi incisivi su questo problema, si limitano a sperare che l'errore medico non tocchi a loro, mentre le organizzazioni che li rappresentano sembrano mirare soprattutto al consenso popolare e poco all'educazione degli utenti. Quindi, nella maggioranza dei casi l'errore sanitario e in senso lato l'evento avverso in sanità non sono studiati in maniera approfondita e costruttiva, come meriterebbero. Quello che accade di solito quando si verifica un errore sanitario, o soltanto si ipotizza che un errore sanitario possa essere all'origine di un evento avverso, è tutt'altra cosa. Le reazioni scomposte da parte dei pazienti e dei loro familiari sono frequenti e per certi versi comprensibili. Meno comprensibile è che

queste reazioni, talvolta, assumano dei toni che non esito a definire rancorosi nei confronti dei medici e del personale sanitario in generale. Di sicuro, è diventato una regola il fatto che alla reazione "a caldo" faccia seguito un'avidità caccia all'indennizzo che non sempre è giustificato, quantomeno non nella misura pretesa.

Gli avvocati sono pronti a sostenere le richieste più incredibili. Ma gli avvocati non sono i soli a partecipare al "banchetto dell'indennizzo", ci sono anche un discreto numero di medici. Infatti, per i medici legali e i periti di parte i contenziosi per un errore medico costituiscono oramai una sicura fonte di reddito e non hanno alcun interesse a far diminuire il loro numero.

I media si sono accorti che in sanità i titoli forti "tirano" e sono pronti a enfatizzare su più colonne la notizia dell'avvio di un'indagine giudiziaria promossa da un paziente insoddisfatto. Indignazione per quanto è accaduto e biasimo per i sanitari sono la ricetta vincente del giornalista che scrive di sanità, pardon, di "malasanità". Per alcuni giornalisti, i medici si dividono in "grandi scienziati" che scoprono i rimedi per i mali incurabili e in "cialtroni che devono essere fermati", perché non sanno fare il loro mestiere. Da una parte si celebra la medicina salvifica, che guarisce i mali ed è "quasi" sul punto di sconfiggere la morte, dall'altra, c'è la "malasanità". Nessuno dei due argomenti aiuta a risolvere il problema dell'errore sanitario. Purtroppo, queste notizie non sono prive di conseguenze: la semplice divulgazione della notizia di un avviso di garanzia ad un medico ne

Ogni anno 30-35 mila morti per errori medici, circa 90 al giorno, pari al 5,5% del totale decessi: sono queste le poco rassicuranti stime dell'Aiom, illustrate nel corso di un convegno promosso in collaborazione con il gruppo Dompé Biotec presso l'Istituto nazionale tumori (Int) di Milano il 24 ottobre scorso, poco attutate dalla precisazione del presidente Aiom, Emilio Bajetta: "Sui dati degli errori medici in Italia c'è molta confusione e molte cifre vanno ridimensionate o interpretate".

Per l'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (Aaroi) le vittime italiane di errori medico-sanitari sono "solo" 14 mila l'anno, per l'Assinform arrivano a 50 mila.

Insomma, non esistono dati certi, ma per l'Aiom gli errori medici farebbero più vittime degli incidenti stradali, dell'infarto e di molti tumori, con costi annuali stimati in 10 miliardi di euro (l'1% del Pil). Eppure – sostengo-

no gli esperti convenuti a Milano – il 50% degli sbagli in corsia potrebbe essere evitato, migliorando l'organizzazione delle strutture sanitarie e offrendo ai camici bianchi strumenti anti-svista ad hoc.

A guidare la classifica dei reparti più a rischio (fonte "Toscana Medica") c'è la sala operatoria (32%), seguita dal dipartimento degenze (28%), dal dipartimento urgenza (22%) e dall'ambulatorio (18%). Mentre la specialità più sotto accusa (fonte Tribunale per i diritti del malato) è l'ortopedia (16,5%), seguita dall'oncologia (13%), dall'ostetricia e ginecologia (10,8%) e dalla chirurgia generale (10,6%). "Ma il contenzioso in oncologia è in netto calo – ha assicurato presidente dell'Aiom – con percentuali attualmente scese dal 13% al 10%. E il 90% dei medici o degli ospedali citati in giudizio viene assolto".

Novanta morti al giorno per errori medici non è un nu-

mero plausibile neanche per il sottosegretario alla Salute, Serafino Zucchelli, secondo il quale "l'allarmismo va ridimensionato. La medicina, poi, non è onnipotente". Qualunque siano i dati, secondo Livia Turco è comunque necessario affrontare subito il problema. Per questo è stato istituito ai primi di ottobre, presso il ministero della salute, il Centro di riferimento per la sicurezza dei pazienti, che affiancherà il lavoro della già attiva Commissione ministeriale per il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti, alla quale spetterà anche il compito di effettuare una rilevazione nazionale sulle iniziative di prevenzione dei fattori di malpractice esistenti nel nostro Paese. Già messo a punto anche un protocollo sperimentale per il controllo e il monitoraggio degli eventi avversi e dei decessi ed elaborato precise raccomandazioni per la prevenzione degli errori.

In cantiere, ha annunciato il ministro, anche l'istituzio-

compromette gravemente l'immagine, la reputazione professionale e le aspettative di carriera. Anche se il procedimento sarà archiviato, il danno arrecato all'immagine professionale non potrà mai più essere riparato. Inoltre, non è prevedibile quello che può accadere nella mente di un medico sottoposto a queste pressioni psicologiche. Salvatore Scandurra, il medico bolognese a carico del quale la Procura aveva ipotizzato l'accusa di omicidio colposo, si tolse la vita, impiccandosi la notte del 17 marzo 2004, nella sua abitazione. Era rimasto coinvolto in quello che venne definito il "Caso Lipobay" e accusato per la morte di una donna. Il 23 giugno 2004 arrivò l'assoluzione perché "il fatto non costituisce reato", tre mesi troppo tardi.

APPROCCIO ALL'ERRORE SANITARIO

È chiaro che tutto questo non consente quell'analisi sistematica degli errori sanitari che è indispensabile per arrivare alla messa a punto di sistemi di prevenzione efficaci. L'errore sanitario deve essere affrontato nello stesso modo con il quale si affrontano gli errori negli altri campi. Sappiamo che l'errore umano in generale può essere visto sotto due punti di vista, a seconda che si ponga l'attenzione sulla persona che ha commesso l'errore (approccio personale), oppure sulle circostanze nelle quali l'errore si è verificato (approccio al sistema).

Nell'approccio personale, in campo sanitario, secondo un'antica e diffusa tradizione, l'attenzione si concentra sull'ultima persona che è rimasta coinvolta nell'evento e alla quale viene attribuito l'errore, sia esso un medico, un chirurgo, un anestesista, un'infermiera, etc. Secondo questo tipo di approccio, lo sbaglio deriva innanzitutto da un alterato comportamento della persona ritenuta responsabile dell'errore: una dimenticanza, una disattenzione, la scarsa motivazione, la noncuranza, la negligenza, la fretta. I sostenitori di questo tipo di approccio sono portati a trattare gli errori come se fossero delle mancanze morali. Essi pensano che, in fondo, le cose cattive accadono alle persone che non si sono comportate bene. Questo viene definito dagli psicologi "ipotesi del mondo giusto". Secondo questo punto di vista i rimedi più appropriati sono: il biasimo, la colpevolizzazione, il richiamo al senso del dovere, alla "missione", le misure disciplinari, i processi.

L'approccio sistemico si basa sul presupposto "lapalissiano" che gli esseri umani possono sbagliare e, di conseguenza, gli errori vengono visti come l'effetto di fattori presenti nel sistema e che favoriscono il verificarsi dell'errore. La conferma di questo sta nel fatto che la maggior parte degli errori in campo sanitario sono degli errori ricorrenti, errori che si ripetono. Secondo l'approccio sistemico, tutte le tecniche pericolose richiedono "barriere di protezione" e procedure di sicurezza. Quando si verifica un evento avverso, il fatto più importante non è chi ha sbagliato ma, come e perché i sistemi di sicurezza non hanno funzionato. La ricerca delle soluzioni si basa sull'assunto: se non possiamo cambiare l'essere umano, possiamo cambiare le condizioni

di lavoro dell'uomo. Per parlare in termini concreti, che aiutino a comprendere meglio l'importanza dell'approccio sistemico, ricorderò che quando s'indaga su un errore medico, in molti casi si scopre che quel medico che ha sbagliato era in servizio da quasi 24 ore, che l'apparecchiatura indispensabile per porre correttamente la diagnosi era fuori servizio, che lo specializzando era stato lasciato solo e l'elenco potrebbe continuare.

È importante far comprendere a tutti che un'organizzazione non corretta produce, inevitabilmente, degli illeciti e si tratta solo di attendere. Prima o poi qualcuno commetterà l'errore. Nel nostro caso si può dire che prima o poi qualche paziente sfortunato subirà un evento avverso e un sanitario sfortunato ne pagherà le conseguenze. Nonostante tutto questo, l'approccio personale rimane per tradizione quello dominante in medicina. Il perché è intuitivo, quando qualcosa non va come vorremmo il fatto di potercela prendere con qualcuno è emozionalmente molto più soddisfacente che non imprecare contro un'istituzione senza "volto". Inoltre, nella fase irrazionale del dolore, ci può sembrare ovvio che se qualcosa è andata male deve pur esserci un colpevole. L'approccio personale, tuttavia, ha dei difetti importanti: si adatta male al campo medico ed è di ostacolo allo sviluppo di un'organizzazione sanitaria sicura.

GESTIONE DELL'ERRORE SANITARIO

La Fesmed e gli altri Sindacati medici ritengono che questa situazione deve cambiare e si sono battuti perché i programmi di risk management venissero previsti dal Contratto di lavoro, art. 21, comma 5: "Le aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale nonché di ridurre la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie, consentendo anche un più agevole confronto con il mercato assicurativo". Nell'interesse di tutti, è importante che si instauri una cultura diversa da quella attuale, una cultura che favorisca l'analisi approfondita di ogni "evento avverso", come avviene in campo aeronautico in occasione di un incidente aereo.

Senza un'analisi approfondita degli eventi avversi, degli incidenti, delle situazioni che hanno messo in pericolo la vita del paziente, non avremo l'opportunità di scoprire le trappole insite nel sistema e che portano agli errori ricorrenti.

Per favorire il cambiamento è necessario che tutte le componenti interessate all'errore medico s'impegnino nel processo di prevenzione dell'errore medico. Gli Ostetrici-Ginecologi hanno tutto l'interesse a rendersi parte attiva nella ricerca dei rischi insiti nel sistema, perché attualmente sono nelle prime posizioni delle graduatorie per numero di contenziosi, per numero di pro-

cedimenti penali e per entità degli indennizzi pagati. La Fesmed ritiene che si debbano avviare nelle Aziende sanitarie e comunque in tutte le Uu.Oo. di Ostetricia e Ginecologia, dei programmi di "risk-management", per la valutazione del "rischio sanitario", a partecipazione multidisciplinare e possibilmente con un supporto esterno, in modo da poter analizzare tutti gli eventi avversi che si verificano, con l'intento di risalire alle cause strutturali e organizzative che li hanno prodotti ed avanzare delle proposte per eliminare tali cause.

In presenza di un errore sanitario, dobbiamo sforzarci di porre meno enfasi nell'esaminare l'operato del singolo medico e prestare maggiore attenzione agli aspetti organizzativi. Mi riferisco al fatto che una buona organizzazione deve mettere il medico nella condizione di poter esplicitare al meglio la propria competenza professionale, dandogli degli strumenti di provata efficacia, favorendo la formazione, creando un ambiente di lavoro sereno, fornendo il supporto di servizi efficienti, coinvolgendo i medici nella progettazione di percorsi diagnostici e terapeutici. Quando questo non avviene si creano i presupposti perché si possa verificare l'errore. Il buon funzionamento dei programmi orientati alla prevenzione del rischio dipenderà dall'impegno che ci metteranno i singoli medici, ai quali si richiede: tempo, disponibilità a mettere in discussione le proprie certezze ed apertura a punti di vista diversi. I medici devono iniziare a guardare all'errore non come ad una vergogna o ad un fallimento, ma come ad uno strumento da utilizzare per migliorare continuamente la propria professionalità.

L'esperienza maturata in altri Paesi, che hanno già affrontato razionalmente il problema dell'errore medico, ci insegna che è utile cominciare adottando degli strumenti semplici come le riunioni periodiche, nelle quali esaminare e discutere tutte le complicazioni e le criticità che si sono verificate nel reparto. Presto ci si accorgerà che per esaminare correttamente gli avvenimenti più rilevanti occorrono degli strumenti specifici e queste tecniche fanno parte dei programmi di risk management. I medici si convinceranno che per prevenire il verificarsi degli errori devono impegnarsi in prima persona ma, possibilmente, con l'aiuto di esperti in risk management.

Quanto all'impegno in questo ambito, l'Aogoi da tempo fornisce ai propri iscritti dei testi che consentono di approfondire gli argomenti della specialità considerati più a rischio di errore e sta organizzando, a livello Regionale, dei corsi di Risk management. I primi due corsi si sono svolti il 13 e 14 ottobre 2006 al Castello di Casiglio, ad Erba (Como) ed il 22 e 23 Ottobre 2006 a Su Gologone, Oliena (Nuoro) e hanno raccolto un notevole interesse fra i partecipanti.

La Fesmed in campo sindacale e l'Aogoi con l'autorevolezza della Società scientifica sono impegnate a chiedere l'introduzione di una norma legislativa, com'è avvenuto in altri Paesi, che impedisca di utilizzare a fini giudiziari la documentazione raccolta nel corso dell'analisi dei fatti che hanno portato ad un evento avverso.

ne del primo Osservatorio nazionale sul fenomeno, con la partecipazione delle Regioni, delle associazioni professionali e di tutela dei cittadini.

Iniziativa nei confronti dell'Aiom sono invece state decise dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, che ha chiesto all'Associazione di rendere note le fonti da cui sono stati estratti i dati. Dall'analisi, ha spiegato il presidente Ignazio Marino, è emerso che i 90 morti al giorno per errori medici negli ospedali italiani "sono numeri di fantasia, un artificio senza fondamento scientifico. Si tratta di puro esercizio teorico su dati estra-

polati da fonti lette superficialmente e diffusi con molta approssimazione". Secondo la Commissione di Palazzo Madama, occorre dunque pensare a un provvedimento legislativo che permetta "la segnalazione spontanea degli errori in ogni dipartimento e direzione di un ospedale, garantendo la confidenzialità di questi dati, che non potranno essere usati in sede civile e penale". Ma perché dati privi di fondamento scientifico non siano più causa di falsi allarmismi, ha sottolineato la Commissione, sono necessari una responsabilizzazione delle società scientifiche, maggior control-

lo e vigilanza da parte degli Ordini professionali dei medici e anche dei giornalisti, e la creazione di una banca dati anche a disposizione di chi fa informazione. Annunci come quello fatto dall'Aiom, ha concluso Marino, "mettono in discussione la qualità del nostro Servizio sanitario nazionale e la fiducia e la tranquillità dei cittadini nei confronti della nostra sanità", mentre andrebbe invece ricordato "che l'indice di vita media nel nostro Paese è tra i più alti del mondo e questo anche grazie all'assistenza sanitaria che è di ottimo livello".

Un approccio nuovo per “rielaborare i conflitti” in sanità.
L’esperienza nata dalla collaborazione tra la Asr dell’Emilia Romagna e l’associazione Me.Dia.Re

Responsabilità professionale e mediazione trasformativa dei conflitti

di Franco Marozzi*,
Alessandra De Palma**,
Alberto Quattrocolo***

* Medico legale, Vicepresidente
Associazione Me.Dia.Re.

** Direttore dell’Unità operativa
di Medicina legale della Asl di Modena

*** Presidente Associazione Me.Dia.Re.

I dati sulla responsabilità professionale medica indicano un incremento costante delle denunce da parte dei cittadini, con aumento del numero e dell’entità dei risarcimenti corrisposti in via giudiziale ed extragiudiziale. Inoltre le Assicurazioni abbandonano il mercato e ciò testimonia che l’andamento delle richieste di risarcimento per colpa medica è così tumultuoso da rappresentare un rischio non determinabile e, quindi, non assumibile; le (poche) Compagnie ancora disponibili propongono un incremento esponenziale dei premi offrendo garanzie sempre più ridotte, con aggravio dei costi per le Aziende Sanitarie.

L’incremento delle denunce, tuttavia, non è legato al peggioramento dell’assistenza sanitaria, bensì a cause da ricercarsi in motivazioni più profonde, di cui le due principali sono: una diversa percezione del concetto di diritto alla salute da parte dei cittadini, con maggiori aspettative di risultati dalla Medicina; il mutare del modo di intendere giuridico del concetto di colpa professionale medica.

Esiste, infatti, una riduzione della “soggezione” nei confronti dei professionisti e del sistema sanitario tale da generare un aumento oggettivo rispetto al passato della propensione dei cittadini a richiedere risarcimenti in caso di eventi avversi da trattamento sanitario ascrivibili ad errori.

Una quota di lagnanze è oggetto di richiesta di risarcimento a causa di una inadeguata comunicazione fra il paziente e/o i suoi familiari e il personale sanitario; in molti altri casi l’interessato, convinto dell’onnipotenza della Medicina, vive come fallimento eventi che configurano semplici complicanze o che si identificano con una mancata guarigione – denunciandoli come errori di trattamento. L’evoluzione giuridica, a tutela dei cittadini, ha esteso il concetto di danno risarcibile fino alla “presunzione di colpa” in tutti quei casi in cui, a fronte di una prestazione sanitaria di non speciale difficoltà, si verifichi un evento avverso che comporti, semplicemente, un “... peggioramento delle condizioni del paziente”. Infine vi è un crescente ricorso al giudizio penale che ha spesso la sola finalità di “forzare” l’accesso al risarcimento.

Data la complessità dei fenomeni e la loro rilevanza, non solo economica, attuale e futura, la questione non è procrastinabile, se si vuole controllare il rischio che prevalga la conflittualità e la reciproca diffidenza nei

rapporti con i cittadini, tenendo conto anche del fatto che nella gestione giurisdizionale del conflitto, per imprescindibili ragioni di garanzia e di obiettività, la grande assente è proprio la relazione tra il paziente e il medico. In quella sede, infatti, si discute del danno in tutte le sue accezioni, si esplorano perizia, prudenza e diligenza nella conduzione dell’intervento, s’indaga l’esistenza di nessi causali, ma non si affronta il rapporto tra i due soggetti.

Tra i diversi provvedimenti che le aziende sanitarie possono adottare vi è anche la gestione, attraverso le tecniche della mediazione trasformativa, di quei casi (la maggioranza) in cui la relazione fra l’organizzazione/il professionista e il cittadino ha caratteristiche di conflittualità che impediscono un ragionevole approccio al problema, ci sia o meno la richiesta in atto di un risarcimento.

La mediazione trasformativa dei conflitti¹, infatti, costituisce l’occasione per il cittadino e per il medico di incontrarsi al di là delle formalità del rito e di confrontarsi secondo modalità che permettono loro di esprimere i bisogni, le aspettative, i fraintendimenti, le paure e la rabbie che sottendono il conflitto. Ciò non significa che essi debbano abdicare necessariamente ai rispettivi ruoli, ma che possono scoprire la possibilità di non esserne vincolati. La mediazione trasformativa è, infatti, una modalità di gestione del conflitto, che, pur strutturata in un’articolazione precisa – composta di fasi che vedono dapprima lo svolgimento di colloqui con le singole parti (ascolti) e poi l’incontro dei mediatori con entrambi gli attori del conflitto al tavolo della mediazione (incontro che può essere costituito da più sedute) – si configura come modalità assolutamente peculiare, rispetto a tradizionali approcci quali il processo giurisdizionale, la conciliazione, la negoziazione o l’arbitrato. I mediatori, terzi, neutrali ed equidistanti rispetto ai confliggenti non propongono soluzioni al conflitto, non giudicano, non interpretano e non consigliano, ma agevolano il confronto, facilitano

l’espressione dei vissuti, garantiscono l’esposizione di tutte le opinioni e consentono la ripresa della comunicazione tra i soggetti. Attraverso la loro attività di ascolto, permettono al cittadino e al professionista di realizzare come in quel contesto non valga la logica per la quale se uno è nel giusto ciò avviene necessariamente a scapito dell’altro, il quale per definizione sbaglia. Anzi, la mediazione offre ai soggetti la possibilità di riconsiderare l’evento e la relazione alla luce di una spiegazione più complessa,

che non giunge dall’esterno, ma è cercata insieme, risultando, alla fine del percorso, come l’esito di una ricerca comune. Questo non implica che le parti debbano giungere alla rinuncia dei propri punti di vista, ma significa che in quel processo sono liberati dalla classica preoccupazione secondo cui “dimostrare che ho ragione significherebbe ammettere che potrei avere torto” (Beaumarchais). Il percorso permette ad en-

“Dimostrando una lungimiranza e sensibilità non comuni” l’Agenzia sanitaria regionale dell’Emilia Romagna ha approvato, alla fine del 2004, l’idea di un percorso formativo, proposto e condotto dai soci dell’associazione Me.Dia.Re., rivolto agli operatori del Servizio sanitario regionale, finalizzato a costituire delle équipes di mediatori che gestiscano i conflitti tra cittadini e operatori sanitari anche nei casi di possibile responsabilità professionale. A oggi sono già due i gruppi di mediatori formati, tra medici, infermieri e personale amministrativo. Un terzo è previsto nel 2007

trambi di riconoscere e comprendere le ragioni e le motivazioni dell’altro, pur continuando eventualmente a non dividerne la visione. Laddove c’era un nemico temuto e odiato, e sempre colpevole, c’è ora semplicemente l’Altro. E si può approdare ad una riconsiderazione del conflitto, consapevoli, ad esempio, che la sua origine potrebbe risiedere nell’affidamento deluso, nella percezione di un tradimento di cui il paziente si è sentito vittima. Per quest’ultimo il medico era il simbolo della cura, mentre ora è “diventato” la causa di tutti i mali. E maggiore era la fiducia, o il bisogno di avere fiducia, nel potere del medico, e più amaro è il sapore del tradimento, quando dopo la cura vi è insoddisfazione per la propria condizione fisica. E questa fiducia tradita – che così spesso induce a chiedere in tribunale un risarcimento che mai potrà indennizzare una simile ferita – può essere rielaborata all’interno della mediazione. Si può arrivare, allora, a concepire e affrontare il “danno” non come colpa dell’altro ma come eventualità. Infatti, ascoltando il suo interlocutore, il paziente, che fino a quel momento non sapeva nulla del rapporto del medico con il proprio lavoro, con la sofferenza incontrata quotidianamente, con la vita e la morte dei suoi ammalati, potrà scoprire come spesso egli sia obbligato a proteggersi e a prendere le distanze per non essere sommerso dal dolore. Il paziente, inoltre, avrà l’opportunità di rivedere criticamente il proprio comportamento, di riesaminare il realismo delle aspettative nutrite, di misurarsi con la difficoltà di accettare la complicità, e ancor prima la malattia. Il processo di mediazione, allora, permette anche l’accesso ad una verità esistenziale che la nostra cultura tende a rimuovere: che la malattia e la morte, come la vita, sono eventi naturali che neppure la me-

Nella gestione giurisdizionale del conflitto la grande assente è proprio la relazione tra il paziente e il medico

dicina più progredita può impedire. Con la rielaborazione del conflitto le parti potranno, infine, ricostruire il senso della vicenda, attribuendo ad essa un significato condiviso. Così, in virtù dell'accesso alla realtà dell'Altro, l'eventuale attribuzione di responsabilità avverrà esclusivamente ad opera delle parti e nei termini da esse convenuti e non in base al pronunciamento di un terzo. Da tutto ciò risulta evidente come la possibilità, per esempio, di offerta di un servizio di mediazione da parte delle organizzazioni sanitarie risponda anche all'esigenza di prevenire il contenzioso giudiziario, oltre che di colmarne le lacune sul piano del risanamento del rapporto umano e professionale, e presenti una serie di ulteriori vantaggi di portata considerevole. Tra questi vi è il ripristino della fiducia, precedentemente perduta, non soltanto verso il singolo medico, ma anche nei confronti dei servizi e delle istituzioni.

La disponibilità del medico a mettersi in discussione, incontrando il paziente su un piano di parità, dove non c'è una verità che sia aprioristicamente più vera dell'altra, costituisce un segnale importante sotto molteplici profili. Indica, infatti, una disponibilità a confrontarsi con le critiche e con la sofferenza, in una prospettiva di trasparenza, manifestando quel coraggio e quella sicurezza che i membri di altre istituzioni raramente esprimono.

L'ESPERIENZA DELLA ASR EMILIA-ROMAGNA

Non si pensi che queste situazioni siano soltanto degli auspici non ancora concretizzati: tali incontri sono una realtà di fatto, grazie all'opera svolta dalle équipe di mediatori appartenenti al Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna. L'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna, infatti, alla fine del 2004, dimostrando una lungimiranza e una sensibilità non comuni, approvò l'idea di un percorso formativo, proposto e condotto dai soci dell'associazione Me.Dia.Re., rivolto agli operatori del Servizio Sanitario Regionale, finalizzato a costituire delle équipes di mediatori che gestissero i conflitti tra cittadini e operatori sanitari anche nei casi di possibile responsabilità professionale medica (dove per medica si intende la responsabilità di qualsiasi operatore sanitario).

Tale percorso formativo, articolato in moduli di cinque giorni, per un totale di circa duecento ore, si caratterizza per la massiccia presenza in aula di simulazioni di colloqui e di mediazioni; va dato atto ai partecipanti (medici, infermieri, personale amministrativo) di aver avuto il coraggio di mettersi in gioco, dimostrando una notevole motivazione all'apprendimento delle tecniche e degli strumenti proposti e una costante disponibilità e propensione al loro impiego. Dal mese di settembre 2005 il primo gruppo di formati ha cominciato ad essere operativo, realizzando dei colloqui e delle mediazioni, non riferite soltanto a situazioni conflittuali originate da incomprensioni e da lamentele relative a comportamenti vissuti come poco corretti di questo o quel operatore, ma anche di conflitti derivanti anche dalla presenza di un danno, più o meno grave. Tale gruppo di circa venti operatori è ora affiancato da un altro gruppo di professionisti dipendenti del Servizio sanitario, che ha seguito un analogo percorso formativo presso l'Asr dell'Emilia Romagna (un terzo è previsto nel 2007). Il gruppo dei mediatori formati, nel primo anno di attività ha già rea-

lizzato più di 100 ascolti con i cittadini, più di 70 con i professionisti e ha già intrapreso più di 50 mediazioni. Conoscendo il costo medio di ciascun "sinistro" in ambito sanitario risultante dalle statistiche delle Compagnie assicurative, (ca. 17000 €) e prospettando che solo una minima parte di tale attività (ca. 10 "sinistri") sia stato evitato dai meccanismi di gestione della "mediazione" è prospettabile un enorme risultato sotto il profilo economico, ottenuto con relativa applicazione di risorse, che indubbiamente non può che stimolare una ripresa delle possibilità di assicurabilità delle strutture sanitarie oltre ad innescare un percorso di gestione della conflittualità medico-paziente orientato, finalmente, in un contesto etico vero. Va poi annotato che di là delle vicende specifiche – cioè degli eventi che hanno caratterizzato i singoli episodi – risultano particolarmente interessanti gli stati d'animo avvertiti nelle "parti" e a queste rispecchiati, nell'ambito dei colloqui e degli incontri di mediazione. Un dato costantemente annotato nei casi gestiti dai mediatori consiste nel fatto che il motivo della segnalazione/reclamo è sempre riconducibile ad un problema relazionale, vale a dire, a qualcosa nella comunicazione che non aveva soddisfatto le aspettative o non aveva sedato le paure del cittadino.

Tuttavia è opportuno rilevare che non raramente sono anche i professionisti a provare rabbia e risentimento verso i pazienti o i loro familiari e a non sentirsi riconosciuti da questi. Offrire loro la possibilità di essere ascoltati significa colmare una lacuna che nel "sistema" non si era finora individuata: spesso l'operatore non si sente sufficientemente compreso e considerato e non può esprimere la propria rabbia verso il cittadino che lo ha incolpato di un mancato risultato o che gli ha rinfacciato di non essere stato in grado di garantire la guarigione. Appare particolarmente significativa l'enunciazione dei sentimenti maggiormente espressi dai cittadini e dai professionisti ascoltati. I primi hanno comunicato sentimenti di abbandono, solitudine, sfiducia, scarsa considerazione da parte dei sanitari e la preoccupazione che analoghi episodi possano ripetersi a danno di altri cittadini (ciò vale anche per coloro i cui reclami non contenevano una richiesta di risarcimento). I professionisti hanno espresso invece una sensazione di amarezza e di tradimento da parte del cittadino, "colpevole" di aver scelto la via del reclamo invece che quella del dialogo. Inoltre hanno comunicato un sentimento di solitudine nei confronti dell'organizzazione, di rabbia per il fatto di dover rispondere per iscritto, una sensazione di paura per il giudizio dei colleghi, di dolore allorché si "perde un paziente", l'ansia e il dispiacere per essere sempre "di corsa", con il rischio continuo di "rubare tempo ai pazienti" e di scoprirsi inadeguati.

Naturalmente sentimenti simili sono rinvenibili presso pazienti e professionisti anche se le mediazioni e i colloqui sono svolti da équipes esterne all'Organizzazione sanitaria, ma in tali casi, se vi sono – forse solo in astratto – maggiori garanzie circa il riconoscimento della neutralità dei mediatori, è anche vero che queste sono più apparenti che reali. Infatti, che il mediatore

appartenga o no ad una determinata struttura, la fiducia dei confliggenti va conquistata sul campo. Ed il fatto che svolga una professione sanitaria, oppure no, nulla ha a che vedere con le sue capacità di mediare e la sua sensibilità.

Inoltre, un servizio di ascolto e di mediazione svolto da un ente esterno, quale è quello realizzato da Me.Dia.Re. nei suoi centri di Torino e di Milano, non può presentare, rispetto ai conflitti tra cittadini e operatori/strutture sanitarie quel valore aggiunto che costituisce la forza etica e la spinta fondamentale che soggiacciono all'ideazione di questo progetto: vale a dire

l'attenzione dell'Istituzione che, in quanto Servizio sanitario, si preoccupa di "curare", cioè di accogliere e ascoltare anche coloro che dall'esterno o al suo interno muovono delle critiche, da considerare una risorsa per migliorare.

Per dare un'idea di quanto potente sia questo aspetto e del valore che possiede, ci sembra importante segnalare che i professionisti ascoltati si sono detti increduli della reale preoccupazione dell'Organizzazione per la loro solitudine e grati per l'opportunità loro fornita di esprimere opinioni e soprattutto sentimenti – alcuni di essi si sono augurati che questo progetto possa continuare nel tempo e gestisca anche i conflitti interni tra gli operatori. Sul versante del cittadino, vogliamo, invece, evidenziare come coloro che sono stati ascoltati abbiano manifestato una ritrovata fiducia verso la sanità². Infine, ci sembra che l'introduzione di simili iniziative sia importante in quanto proposizione di un modello di riduzione del "rischio colpa professionale" che sta gravemente minacciando la potenziale assicurabilità dei medici e delle strutture sanitarie, ma anche, e soprattutto, perché segnala la volontà di dare luogo al recupero più centrale e vero della figura del medico, ovvero quello del rapporto con il paziente.

Il vero obiettivo è riaccendere quella "magia" che si è perduta nei meandri di una medicina meccanicizzata, burocraticizzata, impersonale e lontana dagli intenti di quel modello ippocratico che la mediazione trasformativa, in questo ambito e nell'ottica qui esposta, possiede nel suo mandato: quest'ultimo, infatti, consiste nello sforzo di far riallacciare la Sacra Alleanza tra medico e paziente.

Il vero obiettivo è riaccendere quella "magia" che si è perduta nei meandri di una medicina meccanicizzata, burocraticizzata, impersonale e lontana dagli intenti di quel modello ippocratico che la mediazione trasformativa, in questo ambito e nell'ottica qui esposta, possiede nel suo mandato: quest'ultimo, infatti, consiste nello sforzo di far riallacciare la Sacra Alleanza tra medico e paziente.

NOTE

1. Boverini S, Quattrocolo A (2005). Abusi, conflitti e possibilità di mediazione, in Franceschetti E (a cura di) La tutela del minore, Experta Edizioni, Forlì; Quattrocolo A (2006). Mediare i conflitti nella relazione medico-paziente, in Quaderni di mediazione, Puntodifuga Editore, anno I, n.3; Quattrocolo A (2006). La prassi della mediazione trasformativa, lezione magistrale nel Convegno "La mediazione dei conflitti in ambito sanitario", 19 maggio 2006, Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena, con il patrocinio del Comune di Cesena e dell'Ordine dei Medici della provincia di Forlì – Cesena; Quattrocolo A (2005). La mediazione trasformativa, in Quaderni di mediazione, Puntodifuga Editore, anno I, n.1.
2. De Palma A, Quattrocolo A (2006). Mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie: un caso concreto, Quaderni di Mediazione, Anno II, n.4.

I mediatori, terzi, neutrali ed equidistanti rispetto ai confliggenti non propongono soluzioni al conflitto, non giudicano e non consigliano, ma agevolano il confronto

Non raramente anche i professionisti provano rabbia e risentimento verso i pazienti o i loro familiari

Il ministero pubblica la prima rilevazione nazionale su assicurazioni e rischio

Crescono i costi delle assicurazioni delle strutture sanitarie

di Lucia Conti

Tra i costi che il Ssn sostiene, quello per la copertura assicurativa delle strutture sanitarie ha registrato, negli ultimi anni, un progressivo trend di incremento da cui si rileva la crescente esigenza da parte delle Aziende di tutelarsi gestendo direttamente le richieste di risarcimento.

Un settore in sviluppo, che ha richiesto da parte del ministero della Salute la realizzazione della prima rilevazione nazionale sugli Aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio. Secondo il ministero della Salute, infatti, anche se i valori dei premi assicurativi del Ssn sono inferiori rispetto ad altri Paesi, Usa in particolare, la dinamica fa presumere che il tema delle assicurazioni nei prossimi anni diventerà sempre più critico. L'indagine, effettuata tramite un questionario al quale ha risposto l'82% delle strutture sanitarie del Ssn, ha mostrato che il 90,1% delle strutture (291) dichiara di avere istituito un'Unità operativa di gestione delle polizze assicurative e il 28,2% delle strutture sanitarie (91 strutture su 323) ha attivato una Unità di Gestione del rischio clinico, il 17% in più rispetto al 2003. Nel dettaglio, la presenza di Unità di gestione del rischio clinico secondo l'area geografica vede prevalere il Centro, con l'attivazione nel 43,6% delle strutture sanitarie. Segue il Nord-Ovest (34,5%), il Nord-Est (21,9%) e il Sud e le Isole (14,8%). Nel caso di assenza di un'Unità ad hoc, la gestione è affidata per la maggior parte dei casi (67,26%) alla Direzione Sanitaria (150 su 223). In termini di denaro, l'ammontare totale dei premi versati dalle strutture sanitarie alle Compagnie assicurative è stato nel 2004 di euro 412.464.690 per le strutture rispondenti, mentre il totale dei premi viene stimato intorno a euro 538.076.789. La maggior parte delle polizze assicurative, secondo la rilevazione, prevede l'estensione di garanzie aggiuntive, in particolare per attività intramoenia e, in misura minore, per tutela legale e colpa grave. Le franchigie sono presenti nelle clausole contrattuali nel 64,6% delle strutture, ma vi è anche una percentuale non trascurabile di strutture (il

35,4%) che dichiara l'assenza di franchigia, con un conseguente 75,1% di strutture che demanda la valutazione del sinistro entro l'importo di franchigia stabilito dall'assicurazione. Nel commentare i risultati della rilevazione, il ministero sottolinea come la soluzione fino ad ora adottata (l'aumento della quota percentuale da applicare al parametro degli stipendi in base al maggior numero di sinistri che determina il premio da sostenere alla compagnia assicuratrice) sia insostenibile per molte Direzioni generali. La crescita elevata di denunce di sinistri e gli incrementi consistenti nel valore di alcuni risarcimenti riconosciuti ai pazienti non rende, infatti, i premi assicurativi annui sostenibili per le strutture sanitarie. Allo stesso tempo, secondo il ministero, le stesse Compagnie di assicurazioni non li considerano remunerativi e questo dà vita a una difficoltà di negoziazioni tra le parti sulla base delle procedure tradizionali e alla ricerca da parte di entrambe le parti di un nuovo modo di operare, in particolare su due fronti. Quanto al primo fronte, si diffonde l'esigenza (e l'urgenza) di misurare il rischio clinico, tipico di ciascuna struttura sanitaria e, poi, definire quale parte di esso possa essere "ritenuta" e gestita direttamente dalla Direzione generale e quale

parte dello stesso rischio possa essere "trasferito" presso le Compagnie di assicurazione. Il secondo fronte riguarda la ricerca di modalità gestionale del rischio clinico, in grado di ridurre, in modo utilmente apprezzabile anche dalle Compagnie assicuratrici, i rischi con-

seguenti allo svolgimento delle attività sanitarie. Solo dopo avere avviato processi complessi per avere le informazioni necessarie a gestire quanto appena accennato, le Direzioni generali disporranno di una capacità contrattuale maggiore. Infine, sottolineando le differenze che caratterizzano il settore delle Assicurazioni per la sanità pubblica e convenzionata con il Ssn all'interno del mercato domestico delle assicurazioni, il ministero rileva la necessità di un sistema di monitoraggio delle Polizze assicurative in sanità (sia a livello centrale, che regionale) al quale

sta lavorando il Gruppo di lavoro per la Sicurezza dei Pazienti istituito presso il Ministero della Salute, con l'obiettivo di offrire uno strumento che consentirà un sistematico scambio di informazioni per garantire il monitoraggio dei sinistri e la valutazione degli eventi potenzialmente avversi.

Unità Operativa di gestione delle polizze assicurative e numero di sinistri per Regione

Regioni	Strutture con UO	Totale strutture	Sinistri 2002/2004
Piemonte	32	32	3.392
Valle d'Aosta	1	1	104
Lombardia	62	73	8.739
Liguria	10	10	1.472
P.A. Bolzano	4	4	419
P.A. Trento	3	3	541
Veneto	25	29	4.175
Friuli V. G.	9	12	1.157
Emilia Romagna	15	16	4.816
Toscana	15	15	3.605
Umbria	3	4	821
Marche	12	13	1.500
Lazio	19	23	3.734
Abruzzo	6	6	1.109
Molise	4	4	139
Campania	14	16	2.446
Puglia	14	16	3.338
Basilicata	6	6	1.338
Calabria	9	10	847
Sicilia	20	22	1.662
Sardegna	8	8	550

Fonte: Ministero della Salute

Rc medica, per l'Ania è un buco nero

"Le coperture assicurative della responsabilità civile in ambito sanitario hanno registrato negli ultimi anni risultati disastrosi per le imprese di assicurazione" afferma Roberto Manzato, direttore Danni non auto e vita dell'Ania, l'Associazione nazionale delle imprese assicuratrici. "Il rapporto sinistri/premi per il 2004 è pari al 214% per le polizze stipulate con le strutture sanitarie e al 204% per quelle con i medici...In pratica per ogni euro incassato le compagnie spendono più di due euro per pagare i sinistri"

Solo l'aumento dei premi (triplicati nell'arco di cinque anni passando da 55 a 175milioni), secondo le compagnie, consente di non peggiorare ulteriormente il rapporto rispetto ai sinistri da indennizzare per conto delle strutture, passati da 6mila a 7.500 tra il 1999 e il 2005. E il bilancio peggiora se si parla dei singoli medici, per i quali l'incremento dei premi, a

quota 110 milioni nel 2005, è stato completamente "annullato" dall'aumento dei sinistri, che nel frattempo sono più che raddoppiati. L'ipotesi di diversificare le polizze di Rc medica con aumenti per le specialità più pericolose e cali per le altre, ventilata dall'Ania, "ha dell'assurdo" per Maurizio Maggiorotti, presidente dell'Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente (Amami): "Se già oggi un ginecologo spende per assicurarsi dieci volte più che un medico di base e un chirurgo plastico praticamente deve investire tutto lo stipendio, che altre novità ci dovremo aspettare?". In realtà i distinguo sul pianeta della Rc medica sono uso comune, anche se restano "sottotraccia". Molte compagnie emanano circolari agli agenti che pongono come "rischio riservato alla direzione" le assicurazioni per i professionisti ritenuti più a rischio: ginecologi, chirurghi plastici e spesso anestesisti e ortopedici. Secondo Amami il problema è un altro: "Le richieste di risarcimento vengono fatte passare per sinistri. Le compagnie continuano a

considerare sotto la voce "perdite" le cifre messe a riserva per pagamenti solo eventuali. E usano quest'arma per giustificare l'aumento dei premi". La forbice tra premi e sinistri liquidati indigna anche i direttori generali di Asl e ospedali. Tra i quali la tentazione di "accantonare" risorse ad hoc, senza ricorrere alle compagnie, diventa sempre più forte. I sindacati medici, dal canto loro, invocano l'attuazione piena del contratto, relativamente all'attivazione di unità di gestione del rischio in corsia, e l'introduzione di assicurazioni obbligatorie per le aziende sanitarie. Proprio sulla carta del risk management si giocherà la partita finale. Le aziende che già oggi hanno rinunciato alla copertura sono quelle più addestrate nella palestra del controllo dei rischi. E la capacità di prevenire è anche il primo elemento che le compagnie valutano per scendere in pista, partecipare alle gare e stabilire l'ammontare dei premi.

(Fonte: "Rischio clinico costi alle stelle per medici e strutture" Sole 24 Ore Sanità 24-30 ottobre 2006)

Mauro Cervigni
U.O.C. Uroginecologia,
Ospedale S. Carlo-Idi, Roma

Urologia ginecologica: le nuove frontiere diagnostico-terapeutiche

L'attuale trend della chirurgia anti-incontinenza e del prolasso degli organi pelvici (POP) è quello di ottenere gli stessi risultati delle tecniche tradizionali utilizzando però tecniche mininvasive con interventi possibilmente in day-surgery, visti gli ormai indubbi vantaggi di tali procedure rispetto alle tecniche tradizionali. I nuovi trattamenti miniinvasivi del POP rappresentano certamente una evoluzione nel concetto di riparazione globale del pavimento pelvico, anche se i risultati incoraggianti necessitano di follow-up più lunghi con studi randomizzati adeguati. Quanto alle tecniche Tension free medio-uretrali per la cura della IUS sono sicuramente una delle più importanti "rivoluzioni" degli ultimi decenni

Per definizione l'incontinenza è la perdita involontaria d'urina. Essa denota un sintomo, un segno e una condizione (Abrams e coll. 1988). Il sintomo indica la sensazione della perdita d'urina da parte della paziente; il segno è l'oggettiva dimostrazione della perdita d'urina; la condizione è il processo fisiopatologico di base come dimostrato da indagini cliniche o urodinamiche.

Dal punto di vista clinico l'incontinenza può essere distinta in tre tipologie:

Incontinenza da sforzo (IUS): è la perdita involontaria di urina dopo manovre provocative come: colpo di tosse, starnuti o sforzi fisici, attività sportiva ecc.

Incontinenza da urgenza (IUU): è la perdita involontaria d'urina associata ad un improvviso e forte desiderio di mingere (urgenza); tale condizione è dovuta ad una iperattività detrusoriale.

Incontinenza di tipo misto (IUM): è una combinazione delle precedenti, o meglio deriva da una combinazione sia della componente da sforzo sia della componente da urgenza.

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Una moderna valutazione diagnostica dell'IU prevede una accurata anamnesi, con gli esami di laboratorio di routine, quindi si effettuano esami di carattere più specifico. La *conditio sine qua non* per una diagnosi precisa è l'attenzione clinica da parte dell'esaminatore. Uno studio accurato va fatto sull'habitus della paziente mediante un diario minzionale di 3 giorni che evidenzia gli episodi di IUS e di eventuale IUU per eseguire uno screening preliminare.

ESAME FISICO

L'esame obiettivo può evidenziare le anomalie anatomiche che contribuiscono a determinare l'incontinenza urinaria. L'esplorazione vaginale dovrebbe essere effettuata a vescica piena, con la paziente in posizione supina. Tutte le pareti vaginali devono essere valutate attentamente. Durante la valutazione del compartimento anteriore (uretra e vescica) si chiede alla paziente di spingere e tossire per evidenziare la mobilità della vescica e dell'uretra e se è presente la IUS (Stress test positivo). Lo Stress Test è una semplice metodica usata per simulare la perdita incontrollata di urine durante uno sforzo (colpo di tosse, starnuto, ecc.); è un'importante "indicatore" dello stato di salute dello sfintere esterno dell'uretra. Una incompetenza dello stesso è accompagnata da perdita d'urina tanto più imponente quanto più alto è il difetto sfinterico.

STRESS TEST POSITIVO. EVIDENZA CLINICA DI IUS

Il Q-tip test (Crystle 1971; Montz e Stanton 1986) è un altro test per valutare la presenza di una ipermobilità dell'uretra, attraverso il quale si può stabilire il tipo di approccio chirurgico più indicato per la correzione dell'incontinenza urinaria e può essere effettuato semplicemente sul lettino ginecologico. Il Q-tip test viene praticato inserendo un cotton-fioc lubrificato all'interno dell'uretra fino al collo vescicale. Si valuta l'angolo a riposo che si determina rispetto alla linea orizzontale. La paziente viene invitata a tossire e spingere per valutare come varia l'angolo di oscillazione dell'uretra dallo stato di riposo a quello di massima spinta.

Dopo aver esaminato la porzione distale della parete vaginale anteriore, si valuta la restante parete per osservare la presenza o meno di un abbassamento della vescica (cistocele). Vanno valutate quindi le restanti porzioni superiori e posteriori della vagina: l'utero, l'apice vaginale, la parete vaginale posteriore. Quindi si esegue una esplorazione rettale per valutare lo stato del setto retto-vaginale (rettocele).

VALUTAZIONE URODINAMICA

Questa metodica garantisce una diagnosi precisa e corretta e viene eseguita come indagine di routine ogni qualvolta venga posta l'indicazione all'esame urodinamico (Incontinenza Urinaria, Urgenza e Frequenza minzionale, Disuria, Nicturia, Enuresi, Prolasso genitale ecc). Lo scopo dell'esame urodinamico è di:

- determinare la precisa eziologia dell'incontinenza urinaria (McGuire, 1980)

- valutare la funzione della muscolatura vescicale (detrusore) ed evidenziare la presenza di eventuali alterazioni della fase del riempimento e dello svuotamento vescicale

- identificare i fattori di rischio che possono condurre ad un deterioramento dell'alta via escretrice (reni ed ureteri) quali: la Dissinergia Sfintere-Detrusoriale (DSD), vescica a bassa compliance, grave ostruzione vescico-sfinterica.

Prima di effettuare l'esame la paziente dovrà effettuare una urinocoltura con antibiogramma che dovrà essere sterile, per evitare ulteriori contaminazioni in corso di esame e perchè vi può essere un aggravamento della sintomatologia irritativa, che pertanto inficia i risultati.

L'esame si articola in 3 fasi:

Flussimetria libera: la paziente viene fatta accomodare su una comoda a sua volta collegata ad un computer

e le viene chiesto di urinare. Il Test fornisce i primi indizi sullo svolgimento quali-quantitativo della minzione (flusso max, tempo di flusso, volume svuotato ecc). **Cistomanometria:** valuta il comportamento della vescica durante il riempimento che avviene attraverso l'infusione di soluzione fisiologica sterile attraverso un cateterino precedentemente introdotto. La cistomanometria è importante per mettere in evidenza:

- la presenza di una iperattività del detrusore di una aumentata o diminuita sensibilità propriocettiva (quando la paziente percepisce il primo stimolo ad urinare (valore normale < 250cc)

- se si verificano perdite di urina dopo manovre provocative (colpo di tosse o sotto spinta addominale, manovra di Valsalva); in particolare la perdita di urine durante la manovra di Valsalva è di fondamentale importanza per distinguere le incontinenze più gravi correlate ad una rigidità della parete vaginale anteriore con uretra fissa (Valsalva Leak Point Pressure <60 cm di H₂O) dalle incontinenze da uretra ipermobile (VLPP>60 cm H₂O), differenziazione fondamentale per l'indirizzo terapeutico

- la capacità vescicale

- la compliance.

Studio Pressione/Flusso: si effettua dopo aver completato la cistomanometria invitando la paziente ad urinare. Questa fase dello studio urodinamico è di fondamentale importanza per la valutazione dell'ostruzione cervico-uretrale (durante la minzione la pressione detrusoriale aumenta notevolmente con valori di flusso urinario che tendono a restare bassi), per la valutazione della contrattilità dello sfintere (ad es. in caso di ipocontrattilità la pressione detrusoriale tende a rimanere con valori normali, ma il flusso urinario è basso), per evidenziare l'utilizzo del torchio addominale durante la minzione, e l'eventuale residuo post-minzionale.

L'INDAGINE ENDOSCOPICA

La cistoscopia è una metodica leggermente invasiva che ci permette però di valutare in visione diretta, il meccanismo di chiusura dell'uretra e di poter escludere altre patologie che possono essere causa di una sintomatologia da urgenza, frequenza come ad esempio le infezioni delle vie urinarie, processi infiammatori cronici delle vie urinarie, neoformazioni vescicali. Infatti sono numerosi i casi in letteratura che dimostrano come le neoplasie vescicali, specie quelle di natura solida, possano manifestarsi con una sintomatologia di tipo irritativo, anzichè con la classica macroematuria monosintomatica.

NUOVE TECNICHE OPERATORIE

Nel passato la IUS veniva curata mediante interventi chirurgici che prevedevano la necessità dell'apertura addominale, dell'anestesia generale, e di un ricovero ospedaliero di circa una settimana e circa un mese di convalescenza. Le percentuali di guarigione oscillavano tra il 65 e l'80%. Ma a fronte di una buona percentuale di cura sul sintomo incontinenza, presentavano una serie di possibili rischi, soprattutto legati allo svuotamento vescicale, e alla possibile comparsa di successivi prolassi. L'attuale tendenza della chirurgia anti-incontinenza è invece quella di effettuare interventi mini-invasivi cercando di ridurre quanto più possibile le complicanze, ed inoltre con la possibilità di ritorno alle normali attività entro una settimana. Questa è anche una richiesta specifica da parte delle pazienti per una patologia benigna come l'incontinenza urinaria che ha un impatto eminentemente sulla qualità della vita.

In quest'ottica, le innovative procedure miniinvasive di sling sembrano rispondere a questa richiesta.

TECNICHE CHIRURGICHE

Tension Free Vaginal Tape (T.V.T.)

Verso la fine degli anni 90 è stato proposto un intervento chirurgico ambulatoriale nel quale una benderella di Prolene, ricoperta da una guaina in materiale plastico, viene posizionata in anestesia locale al di sotto dell'uretra media, collocata come un'amaca, ripristinando così il fisiologico e normale funzionamento dell'uretra e ripristinando in tal modo la continenza urinaria. Il posizionamento viene effettuato mediante due lunghi aghi curvi che vengono inseriti a livello vaginale lateralmente all'uretra e fuoriescono mediante due piccole incisioni cutanee a livello del pube. La paziente è sveglia e perciò può collaborare con il chirurgo durante l'intervento eseguendo dei colpi di tosse. Ciò consente di regolare la tensione della benderella per evitare problemi di svuotamento vescicale successivi all'intervento. Tale intervento ha percentuali di successo superiori al 90%. Da questo momento, numerosi sono state le varianti proposte a quest'intervento al fine di semplificare ulteriormente l'esecuzione chirurgica e ridurre le pur minime complicanze.

Suprapubic Arc Sling (SPARC)

Questa procedura di mini-sling differisce dalla precedente fondamentalmente perché gli aghi più sottili vengono introdotti dall'alto attraverso una piccola incisione sovrapubica. Il materiale utilizzato per la benderella è del tutto analogo a quello della TVT e le esperienze con questa tecnica hanno evidenziato gli stessi risultati della TVT.

Intra-vaginal plasty (IVS)

Questa altra mini-sling differisce in alcuni particolari: il materiale che costituisce la benderella è un prolene "multifilamento intrecciato"; il sistema di posizionamento della mesh è costituito da un lungo ago mandrinato in cui l'apice è inclinato di 90°, con una punta conica atraumatica e con un ampio manipolo che offre una maggiore facilità e sicurezza nell'esecuzione della manovra chirurgica.

Trans-Obturator Tape (TOT)

Al fine di ridurre il rischio di lesioni vescicali, Delorme ha proposto nel 1991 un intervento in cui una benderella di polipropilene monofilamento viene posizionata attraverso la membrana otturatoria nel 3° medio uretrale. Viene utilizzato un ago curvo introdotto a livello inguinale; superata la membrana otturatoria l'ago ruota attorno alla branca ischiopubica e fuoriesce a livello del fornice vaginale laterale all'altezza dell'uretra media. Uno studio preliminare ha confermato la fattibilità e la bassa morbilità dell'intervento. I risultati incoraggianti con percentuale di guarigione del 93% necessitano di ulteriori conferme con follow-up più lunghi.

INIETTABILI

Il concetto di ripristinare la continenza mediante l'uso di sostanze iniettate al livello del 3° prossimale dell'uretra non è nuovo. Ma attualmente è stato proposto un approccio semplificato che consiste nell'introdurre mediante un iniettore plurimo a livello dell'uretra media un gel a base di destranometro e di acido ialuronico, sostanze biologicamente affini già presenti naturalmente nel corpo umano, per cui non causano reazioni allergiche, sono biodegradabili e biocompatibili. Il trattamento è facile e sicuro e dura in media 1-2 anni, dopo di che può essere ripetuto. Il trattamento può essere effettuato in ambulatorio utilizzando una anestesia locale.

PROLASSO GENITALE

Il Prolasso degli Organi Pelvici (POP) è una delle patologie di riscontro crescente nella valutazione clinica di pazienti ginecologiche. Questo è dovuto sia ad una maggiore consapevolezza da parte della pazienti che ad un innalzamento dell'età media della popolazione. Un recente studio epidemiologico ha evidenziato una incidenza del POP in 1 caso ogni 5 donne in età sopra i 65 anni e che ad 80 anni il rischio di avere un POP è dell'11%. Se si considera infine che negli Usa si eseguono circa 200.000 interventi per POP all'anno si può ben comprendere l'entità del problema.

Il trattamento del POP è eminentemente chirurgico e si attua il più delle volte attraverso l'asportazione dell'utero per via vaginale e la ricostruzione dei piani fasciali che garantiscono un adeguato supporto alla vescica e

al retto, anche se recentemente sta emergendo un trend verso la conservazione dell'utero in corso di POP. Tali interventi espongono però la donna ad un rischio di recidiva: si stima che il tasso di reintervento possa raggiungere il 30% e che tale rischio aumenti con l'aumentare del numero degli interventi eseguiti. Sono state pertanto messe a punto soluzioni chirurgiche innovative che basandosi sulla positiva esperienza della chirurgia generale nel trattamento delle ernie addominali, prevedono l'utilizzo di reti sintetiche al fine di garantire risultati più duraturi. Seppure i risultati nella correzione del prollasso sono sicuramente incoraggianti, il principale rischio connesso all'utilizzo di protesi è la comparsa di erosioni. Allo scopo di ridurre tali rischi sono stati introdotti materiali biosintetici o biologici che, per le loro caratteristiche strutturali, presentano un rischio sicuramente inferiore di erosioni.

CONCLUSIONI

L'attuale trend della chirurgia anti-incontinenza e del prollasso degli organi pelvici è quello di ottenere gli stessi risultati delle tecniche tradizionali utilizzando però tecniche mininvasive con interventi possibilmente in day-surgery, visti gli ormai indubbi vantaggi di tali procedure, rispetto alle tecniche tradizionali.

Il ruolo emergente dell'endoscopia ginecologica ha indotto alcuni gruppi ad utilizzare tecniche laparoscopiche per il trattamento della IUS e del POP. Ma a tutt'oggi, restano molti dubbi sui reali vantaggi di queste tecniche nel trattamento della IUS, mentre l'approccio laparoscopico sembra molto promettente nell'approccio al POP.

Nel caso della IUS una procedura ideale dovrebbe poter essere condotta in anestesia locale, essere poco traumatica, con tecnica "tension-free" per assicurare la continenza senza ostruzione, semplice, rapida, e ripetibile anche per chirurghi non esperti, e con un accesso che consenta la correzione simultanea di eventuali patologie associate del pavimento pelvico, quali ad esempio interventi sul segmento posteriore.

Sulla base di questi concetti, i nuovi interventi di mini-sling si configurano come valide alternative per la correzione chirurgica della IUS, e come modelli alternativi per riesaminare le nostre conoscenze di tecnica chirurgica. I nuovi trattamenti miniinvasivi del POP rappresentano certamente una evoluzione nel concetto di riparazione globale del pavimento pelvico ma i risultati seppur incoraggianti necessitano di follow-up più lunghi con studi randomizzati adeguati. Le tecniche Tension free medio-uretrali per la cura della IUS sono sicuramente una delle più importanti "rivoluzioni" degli ultimi decenni.

SOCIETÀ SCIENTIFICA ANDRIA

Associazione per la Promozione di un'Assistenza Appropriata in Ginecologia e Ostetricia

CONGRESSO E CORSO DI FORMAZIONE

Cesena - 1° e 2 dicembre 2006

CONGRESSO: IL PERINEO RISPETTATO

venerdì, 1° dicembre 2006
Aula Magna Facoltà di Psicologia,
Piazza Aldo Moro 90, Cesena

CORSO DI FORMAZIONE: IL MOMENTO DELLA NASCITA

Sabato 2 dicembre 2006
Sala convegni Suzzi, Ospedale
Bufalini, viale Ghirotti 28, Cesena

Il titolo del congresso "Il perineo rispettato" intende sottolineare il garbo che occorre prestare ai molti aspetti della salute femminile che coinvolgono il perineo: dalla sessualità al parto, dall'oltraggio al riguardo, dall'approccio emotivo al rigore delle prove scientifiche nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione, dall'assistenza consultoriale alle

tecniche chirurgiche per la risoluzione dell'incontinenza urinaria e fecale. La giornata seguente è dedicata al corso di formazione "Il momento della nascita", all'assistenza alla donna e al bambino nel II stadio del travaglio secondo le prove scientifiche e le raccomandazioni dell'Oms, alla promozione della fisiologia e del parto vaginale in condizioni di rischio. Per il programma completo, eventuali aggiornamenti, le informazioni sui trasporti e sistemazione alberghiera, consultare il sito www.associazioneandria.it

Segreteria organizzativa

Associazione ANDRIA,
via Servais 112 A, 10146 Torino
Tel. 011.7791482
Fax 011.4017544
e-mail:
cesena2006@associazioneandria.it

Antonio Lacerenza
Alessandra Novello
*Scuola di specializzazione in Ginecologia
 e Ostetricia, Università degli studi di Foggia
 (Direttore: prof. F. Pietropaolo)*

Antonio Scopelliti
*OO.RR II U.O. Ostetricia e Ginecologia,
 Foggia*

Salvatore Russo
*Direttore OO.RR II U.O. Ostetricia e Ginecologia,
 Foggia*

Un'indagine dell'Azienda mista Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia nelle tre Divisioni di ostetricia e ginecologia durante il triennio 2003-2005

Nascere stranieri in Italia

Le pazienti immigrate rappresentano una realtà sempre più importante nella nostra pratica quotidiana. Essere in grado di interpretare i loro bisogni e di rispondere alle loro particolari problematiche di salute, confrontandoci con le loro specificità culturali, è ormai una sfida ineludibile. Alla quale non solo i medici ma tutti gli operatori della salute devono essere preparati. Siamo perciò lieti di ospitare questa indagine dell'Azienda mista Ospedaliero-Universitaria di Foggia dedicata alle problematiche sanitarie, ma anche culturali e sociali delle donne immigrate, augurandoci che a questo seguano altri contributi da cui possa scaturire un dibattito e un confronto volti a comprendere meglio le diverse esigenze di questo universo femminile



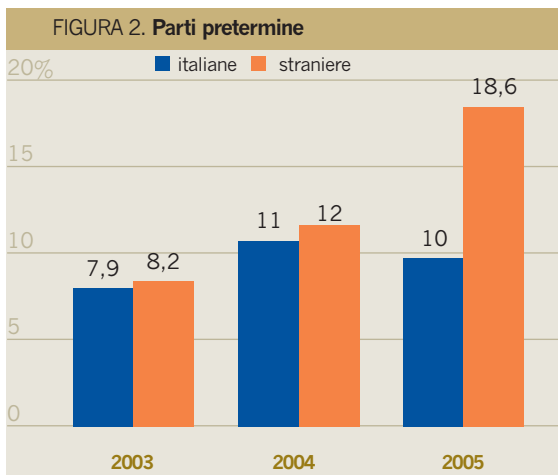
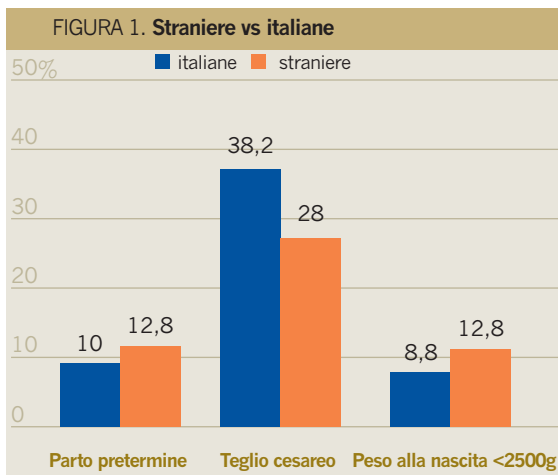
L'immigrazione è un fenomeno insito nella storia dell'uomo e di ogni uomo, è legata alla sopravvivenza della specie umana, alle mutate condizioni ambientali, antropologiche, demografiche, sociali, economiche e politiche. L'immigrazione è non solo effetto, ma causa di globalizzazione. Una globalizzazione dal basso, integrazione di culture diverse, non apprese dai libri, ma incarnate dalle persone. Il fenomeno interessa tutto il pianeta, in parte anche l'Unione europea. Ed in essa l'Italia che, sia con valori assoluti che percentuali, è fanalino di coda

tra i grandi Stati. All'interno del nostro Paese l'immigrazione si ridistribuisce prevalentemente al Centro-Nord, riservando alla Puglia un 2%. E in questa la prevalenza è maschile, a differenza del Sud preso in toto. Il trend dei parti nel periodo preso in considerazione è in aumento (dal 3,2 del 1998 all'8,6% del 2004). Quello delle pazienti italiane è in diminuzione. Nello stesso periodo la popolazione immigrata nella nostra provincia è aumentata di più che in altre province pugliesi, tanto da diventare la seconda dopo Bari. Collateralmente è aumentata l'u-

tenza del nostro Poliambulatorio, soprattutto delle donne dell'Est Europeo (prime 4 nazionalità). Qualcosa d'interessante è successo in Puglia in confronto al resto dell'Italia: l'aumento esponenziale dei ricoveri (+161 nel 2003 versus 2002) e soprattutto degli apolidi (+51%). Motivo dei ricoveri delle donne, per il 55%, la gravidanza e il parto. E questo è stato il campo della nostra indagine.

LA NOSTRA INDAGINE

Il nostro studio ha preso in considerazione tutti i



parti avvenuti nell'Azienda mista Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia nelle tre divisioni di ostetricia e ginecologia durante il triennio 2003-2005, operando un confronto con una ricerca simile nel periodo 1998-2002 per quanto riguarda tre parametri: la durata della gravidanza, la modalità del parto e il peso del neonato alla nascita.

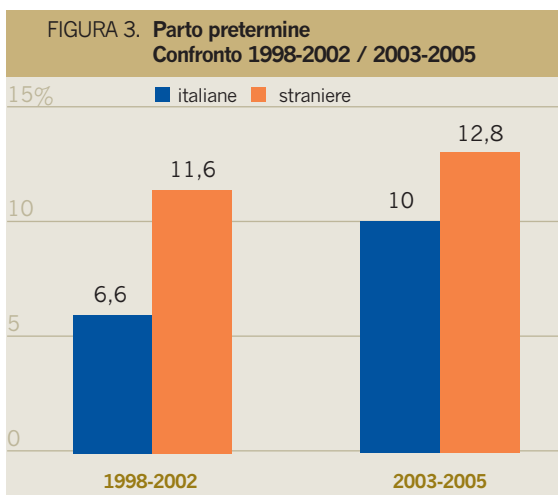
All'interno del campione si è cercata la validazione di un rapporto tra lo stato civile e la condizione abitativa con i tre parametri presi in considerazione.

I parti presi in esame sono circa 10.000 nei tre anni, le informazioni sono quelle rilevabili dal registro dei parti.

Una prima informazione rilevabile è il numero totale dei parti che ha un trend in ascesa.

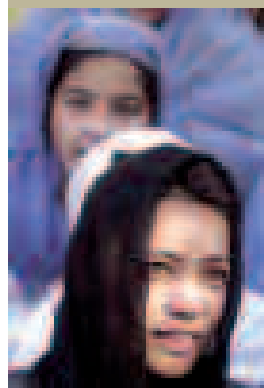
Le conclusioni sono subito dette: nella popolazione delle donne immigrate sono più frequenti il parto pretermine, il parto spontaneo e il basso peso alla nascita (<2500) (Figura 1).

Tutti e tre i parametri sono in aumento nel confronto con il lustro precedente. La forbice va riducendosi per il parto pretermine (Figure 2,3) e il peso alla nascita (segno di uno scadimento dell'assi-



Gravidanza e parto sono i principali motivi di ricovero delle donne immigrate, tra le quali sono più frequenti il parto pretermine, il parto spontaneo e il basso peso del neonato. I dati evidenziano che le patologie delle immigrate sono correlate al grado di fragilità sociale, alle difficoltà di relazione e socializzazione, di accesso ai servizi sanitari.

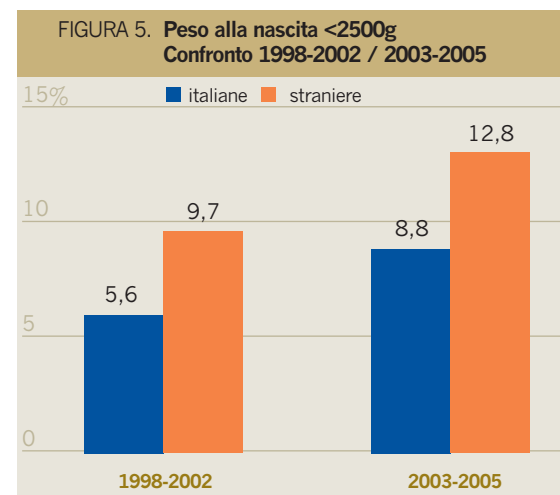
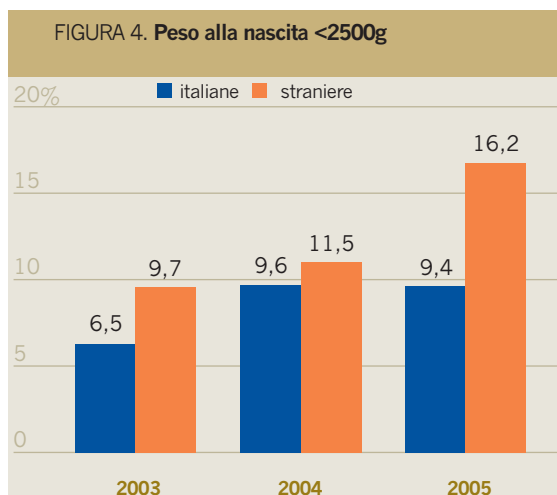
Le barriere linguistico-culturali, ma anche il pregiudizio, inficiano a volte l'atteggiamento degli operatori sanitari. Un'ulteriore conferma dell'urgenza di inserire a pieno titolo la Medicina transculturale nella formazione curriculare dei medici e delle professioni sanitarie e di valorizzare le competenze dei professionisti stranieri



stenza anche per le italiane) (Figure 4,5), ma si allarga per la modalità del parto (cesareo per le italiane) (Figure 6,7), segno evidente di un importante influsso culturale negativo nostro.

Un'altra ricerca all'interno della ricerca: lo stato civile e la condizione abitativa in relazione ai tre parametri presi in considerazione. Per quanto riguarda lo stato civile le nubili presentano una maggior

incidenza di parto pretermine e basso peso alla nascita. Per quanto riguarda lo stato abitativo la ricerca è stata più difficile, agevolata soltanto dalla conoscenza personale sia dei luoghi di abitazione sia delle pazienti. Siamo così riusciti a raggrupparle tra abitanti "in casa", "in campagna", nei due "Campi Nomadi" (è interessante la differenza tra i due), il Centro di Permanenza Temporanea, o in campa-



gna ma in case diroccate e spostandosi continuamente per sfuggire all'espulsione, o in comunità di accoglienza. Così raggruppate hanno dato significatività ai risultati finali (Figura 8).

I RISULTATI

Dalla nostra indagine è emerso che patologie delle immigrate derivano dallo stato di fragilità sociale (condizioni abitative, stato civile), dalle difficoltà di relazione e di socializzazione, dal grado di accesso ai servizi sanitari.

Permangono degli atteggiamenti ostili degli operatori sanitari, come se un operatore sanitario potesse scegliere chi assistere e chi no, trincerandosi spesso dietro a formalismi pretestuosi quanto inutili. Il pregiudizio condiziona la reale possibilità d'accesso e fruibilità dei servizi, soprattutto il timore, sovrastimato, di malattie infettive. La difficoltà maggiore degli operatori, anche se di buona volontà, è la difficoltà di comprensione linguistica e culturale (di qui l'implicita richiesta di affrontare il tema della comunicazione, della relazione e della mediazione).

Si configurano almeno tre ambiti per offrire agli stranieri pari opportunità di assistenza (come garantito per legge): certezza del diritto, garanzia dell'accessibilità, promozione della fruibilità.

La certezza del diritto richiede un'azione di monitoraggio dello stato di applicazione della normativa per evitare discrezionalità applicative che provocano incertezze ed esclusione.

A garanzia dell'accessibilità è necessario un riorientamento dei servizi attraverso una capillare formazione del personale, lavoro di rete con il territorio, con le associazioni di volontariato e di immigrate, soprattutto avvalendosi di mediatrici culturali nei percorsi nascita.

La Medicina Transculturale deve diventare un aspetto ordinario nella formazione curriculare dei medici e delle professioni sanitarie e soprattutto nell'Educazione continua in medicina, a partire dal-



l'ambito infermieristico e della medicina di primo livello (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta).

È necessario altresì valorizzare le competenze specifiche di cittadini stranieri (garantendo il riconoscimento dei titoli) prevedendone l'impiego nelle strutture a maggior impatto migratorio e di maggiore criticità.

L'auspicio è che dall'impegno per elevare i bassi livelli assistenziali delle immigrate possa trarne giovamento anche quell'8% di pazienti italiane al di sotto della soglia di povertà, esse stesse in una condizione di fragilità sociale che non è appannaggio esclusivo delle donne immigrate.

Auspichiamo infine che l'operatore sanitario, nel momento in cui si metta in ascolto per interpretare i bisogni di salute, sia capace di cogliere anche i valori e i saperi altrui così da renderli un patrimonio condiviso, una crescita comune.

Differenze territoriali e immigrazione

“Contrastare le diseguità territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile, anche mediante l'adozione del modello operativo basato sull'offerta attiva e migliorando la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata e prevedendo l'attuazione di programmi di assistenza socio-sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate, favorendone l'integrazione” è quanto si propone, tra le finalità indicate all'articolo 1, il Ddl “Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”, appena varato dal Consiglio dei Ministri.

Infatti, come si legge nella Relazione illustrativa del Ddl, “vi sono alcune differenze territoriali che non possono essere trascurate. Le regioni meridionali e insulari del Paese presentano dati peggiori di quelle centrali e settentrionali per quanto concerne il ricorso al parto cesareo e all'anestesia generale, il tasso di mortalità neonatale e infantile, il basso peso alla nascita, il ricorso all'allattamento al seno.

Nelle stesse regioni per le donne vi sono più ridotte possibilità di frequentare corsi pre-parto e di scegliere le modalità del parto. Nel biennio 2004-2005 il 23,4% delle donne nell'Italia meridionale e il 21,8% nell'Italia insulare ha dichiarato di non aver partecipato a un corso di preparazione al parto perché non organizzato dalle strutture di riferimento o non accessibile. Il 45,9% delle donne nell'Italia meridionale e il 42,8% in quella insulare ha dichiarato di essere stata sola al momento del parto perché la struttura non permetteva la presenza di altre persone. Da ultimo è necessario ricordare che la popolazione residente in Italia cresce in buona misura grazie all'afflusso di nuovi immigrati. Il saldo naturale positivo dei cittadini stranieri già residenti in Italia compensa il saldo naturale negativo della popolazione di cittadinanza italiana, contribuendo così all'incremento della popolazione residente nel Paese: nel 2004 il saldo tra le nascite e i decessi della popolazione complessiva è stato positivo per 15.941 unità proprio grazie all'apporto dei nati stranieri. I cittadini stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2005 erano 2.402.157, di cui 1.175.445 donne (pari al 48,9%), per la maggior parte in età fertile.

Le indagini finora condotte sulla popolazione immigrata mostrano un maggiore tasso di nati-mortalità e di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pretermine e di bambini a basso peso alla nascita. Emerge altresì una maggiore difficoltà per le donne straniere di accedere ai circuiti di informazione e ai servizi socio-sanitari”.

(Fonte: Relazione illustrativa del Ddl “Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato” del 14 luglio 2006)

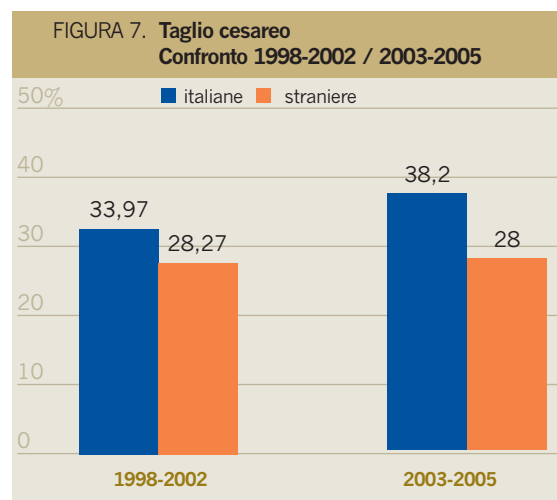
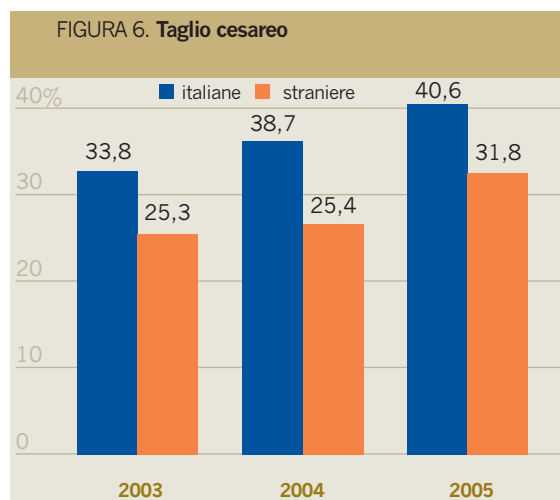


FIGURA 8. Lo status abitativo

Status abitativo	Peso medio gr	Nati con peso < ai 2500gr	Parto pretermine
Casa (186)	2369	9,6	11,8
Campagna (33)	3079	18,1	15,1
Campo nomadi in via S. Severo (42)	3072	7,1	11,9
Campo nomadi in via Sprecacenero (13)	3112	7,6	23,0
Senza fissa dimora (27)	2972	30,4	25,9
Centro di permanenza temporanea	2904	30,4	26,0

Per la Cassazione, alcuni dati concernenti la salute e il sesso delle persone vanno considerati “supersensibili”

Diritto alla privacy e tutela sanitaria

di Pier Francesco Tropea

Negli ultimi anni è stato dato grande risalto in campo medico al trattamento dei dati personali del paziente, in linea con le esigenze di riservatezza che scaturiscono dalla corretta lettura delle norme costituzionali concernenti il rispetto della libertà personale dell'individuo e la salvaguardia della dignità della persona.

Tale materia ha ricevuto una sistematizzazione legislativa con la promulgazione della Legge n. 675 del 1996 (legge sulla privacy) e l'emanazione del Dl 30 giugno 2003 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali).

Anche in campo comunitario e internazionale non sono mancate iniziative legislative tendenti a ottenere la protezione delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, tale materia essendo stata trattata alla Convenzione di Strasburgo (gennaio 1981) e risultando altresì oggetto delle direttive comunitarie n. 95/46/Ce e n. 97/66/Ce.

Anche in ambito giurisprudenziale si possono ritrovare alcune pronunce di rilevante interesse dottrinario che, facendo riferimento alla Legge 675/1996 ed al Dl 196/2003, puntualizzano i criteri da seguire per tutelare la privacy del paziente in ordine all'eventuale diffusione dei dati riguardanti il suo stato di salute. In particolare, la sentenza della Corte di Cassazione Sez. I Civ. n. 14390 del luglio 2005 stabilisce che il trattamento dei dati cosiddetti sensibili deve presupporre il consenso scritto dell'interessato, potendosi prescindere da tale consenso e dall'autorizzazione del Garante solo nei casi in cui esista una rilevante finalità di interesse pubblico ovvero una espressa disposizione di legge che autorizzi la diffusione di tali dati. I Giudici della Suprema Corte non mancano di sottolineare nella presente pronuncia che alcuni dati concernenti la salute e il sesso delle persone debbano essere considerati dati supersensibili poiché investono “la parte più intima della persona nella sua corporeità e nelle sue convinzioni psicologiche più riservate”, essendo pertanto meritevoli di una particolare protezione in quanto riferiti a valori costituzionali garantiti dagli artt. 2 e 3 della Costituzione Italiana.

Nella stessa pronuncia della Corte di Cassazione vengono definiti i criteri in virtù dei quali una persona può assumere la qualità di interessato al trattamento dei propri dati personali che debbono riguardare la persona fisica o la persona giuridica di appartenenza, dati che danno titolo all'interessato di invocare la tutela prevista dalla legge anche nel caso in cui venga rilevato un inesatto trattamento dei dati stessi che perciò stesso possono essere, su richiesta, bloccati o distrutti.

Un problema delicato può sorgere nel caso in cui la mancata conoscenza o l'opportuna diffusione dei dati personali di un paziente possa risultare di nocimento per la salute del singolo o della comunità. In tale evenienza lo stesso prof. Rodotà, considerato il principale

I criteri da seguire per tutelare la privacy del paziente in ordine all'eventuale diffusione dei dati riguardanti il suo stato di salute vengono puntualizzati in alcune pronunce di rilevante interesse dottrinario qui proposte

sostenitore della legge sulla privacy, ha affermato che, nel caso di un pericolo per la salute altrui, è legittimo fornire adeguate informazioni sulla salute di una persona, se ciò serve ad evitare il contagio di una malattia infettiva.

In proposito la Corte Costituzionale con una assai nota sentenza (n. 218, giugno 1994), essendo stata chiamata ad esprimersi sulla legittimità di sottoporre ad esami sanitari specifici coloro i quali, in seno ad una comunità, possano essere veicolo di infezioni, aveva stabilito che “la tutela della salute implica il dovere dell'individuo di non porre a rischio con il proprio comportamento la salute altrui, in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell'eguale protezione del coesistente diritto degli altri. Pertanto le posizioni del singolo si contemperano con gli interessi essenziali della comunità, il che spiega la legittimità di sottoporre la persona ad esami o trattamenti sanitari obbligatori posti in essere anche nell'interesse della persona stessa”. Con la predetta sentenza la Corte Costituzionale aveva considerato costituzionalmente illegittimo, per

violazione dell'art. 32 della Costituzione, l'articolo 5, comma 3, della Legge n. 135 del 5 giugno 1990, nella parte in cui non prevede accertamenti sanitari dell'assenza di sieropositività dell'infezione da Hiv come condizione per l'espletamento di attività che comportino rischi per la salute dei terzi.

Dopo tale sentenza, contrariamente a quanto avveniva in passato, le strutture sanitarie, ove lo ritengano opportuno e necessario, possono procedere all'effettuazione di esami diagnostici per l'Hiv in pazienti ricoverati, anche senza richiedere il preventivo consenso degli interessati.

È ovvio che il documento contenente un gran numero di dati sensibili (concernenti la salute e la vita sessuale della persona) è rappresentato dalla cartella clinica, nella quale vengono puntualmente annotati i dati anamnestici del soggetto e quelli concernenti il decorso della malattia, i risultati delle analisi effettuate e le terapie praticate, una sorta cioè di diario del paziente che riporta essenzialmente gli eventi della sua vita passata e presente.

La cartella clinica possiede, secondo gli orientamenti della Giurisprudenza, tutte le caratteristiche e i requisiti dell'atto pubblico, la cui diffusione deve essere circoscritta agli interessi del paziente, in tal senso tutela-

to sotto il profilo della riservatezza. Sotto questo profilo debbono essere adottate tutte le misure di sicurezza idonee a preservare la privacy dell'interessato; pertanto il titolare del trattamento può essere chiamato a rispondere del danno provocato al paziente di cui è stata violata la riservatezza, a meno che non venga provata l'adozione di tutte le misure idonee ad evitare tale danno. Intervendo su tale materia, il Tribunale di Milano, con sentenza dell'8 agosto 2003, aveva stabilito che il Medico che rilasci una dichiarazione concernente le condizioni di salute (in tal caso psichica) senza il consenso dell'interessato pone in essere una condotta illecita per violazione delle disposizioni di legge in materia di trattamento e diffusione dei dati personali.

Più recentemente, una pronuncia del Tribunale di Bologna (Sez. III Civ. n.1279, maggio 2005), intervenendo in un giudizio tendente ad ottenere il risarcimento del danno per violazione delle disposizioni sui dati personali, ha puntualizzato che la parte attorea deve portare la prova di aver subito un danno reale in conseguenza di tale diffusione. In mancanza quindi di circostanze che comprovino la volontaria comunicazione a terzi di dati sensibili riguardanti un paziente, risulterà decisivo l'accertamento dell'adozione da parte del personale medico di idonee misure di sicurezza, tali da ridurre al minimo indispensabile il rischio di accesso non consentito ai dati di cui all'oggetto.

Secondo i Giudici, dovrà essere dimostrato che la tenuta delle cartelle cliniche è avvenuta in ambienti riservati al personale sanitario della struttura, avendo cura di conservare tali cartelle in appositi schedari.

Del pari, una cautela particolare va adottata da parte del personale addetto al trasporto delle cartelle cliniche in corsia, dove tale documentazione deve permanere per il tempo necessario alle esigenze assistenziali.

Al riguardo i Magistrati precisano che la conoscenza dei dati raccolti in cartella clinica costituisce un presupposto necessario ai fini di un corretto trattamento del paziente, specie se questi risulta portatore di un'infezione potenzialmente pericolosa per il malato e per il personale sanitario che di lui si occupa.

In sostanza, secondo la Giurisprudenza corrente, l'esigenza di tutela della privacy del paziente deve essere bilanciata dai doveri che il personale sanitario ha nei riguardi del malato, la cui salute deve essere egualmente garantita, in un contesto giuridico di rango pari a quello che tutela la privacy della persona.

Pertanto, nel trattare, con le dovute garanzie per il paziente, i dati sensibili che lo riguardano, la cui diffusione deve ovviamente essere evitata, non si può tuttavia non considerare che la conoscenza dei dati sanitari di un soggetto ammalato rappresenta una condizione indispensabile sia per la salute del paziente ricoverato, sia per la tutela del personale sanitario che espleta la propria attività in una struttura medica.

La direzione dell'U.O. di un'azienda sanitaria non può essere affidata a un docente universitario

Il Consiglio di Stato dà ragione all'Aogoi

Soddisfatto il segretario nazionale Chiantera per il quale il parere del Consiglio di Stato costituisce un precedente e sancisce un principio importante in questa vicenda ove vi è stata "un'inammissibile deroga alle disposizioni che prevedono un concorso per gli incarichi di secondo livello di divisioni ospedaliere".

IL FATTO: con una delibera del gennaio 2003 la Asl 3 di Pistoia affida ad un docente universitario coordinatore del corso di laurea in ostetricia la direzione della U.O. di Ostetricia e ginecologia del presidio ospedaliero di Pistoia, resasi vacante.

IL RICORSO DELL'AOGOI: nel giugno 2003 l'Aogoi e il segretario nazionale Antonio Chiantera im-

pugnano la delibera, chiedendone l'annullamento, con ricorso straordinario al presidente della Repubblica contro la Regione Toscana e la Asl 3 di Pistoia poiché la nomina viola il principio del pubblico concorso e lede l'aspettativa del professor Chiantera, inerente al suo stato giuridico di specialista ostetrico, a partecipare alla valutazione comparativa dei candidati a ricoprire il posto vacante a Pistoia. Il tutto a danno dei medici ospedalieri. Nelle sue controdeduzioni la Asl di Pistoia sostiene, da un lato, l'inammissibilità del ricorso da parte dell'Aogoi in quanto a suo avviso l'associazione rappresenterebbe anche i ginecologi dipendenti universitari e tutti gli specialisti in ginecologia, compresi i liberi professionisti, e quindi

non sarebbe legittimata ad impugnare provvedimenti che non incidano sugli interessi generali degli iscritti né sull'associazione. Dall'altro, che il conferimento dell'incarico scaturisce da delibere della Giunta e Protocolli d'intesa tra Regione e Università.

IL PARERE DEL CONSIGLIO DI STATO: UNA VITTORIA DELL'AOGOI. Lo scorso ottobre il Consiglio di Stato, su richiesta del ministero della Salute, esprime parere favorevole al ricorso Aogoi argomentando che il conferimento ad un docente universitario dell'incarico di direzione di una struttura sanitaria diversa da quelle proprie delle aziende ospedaliero-universitarie è da ritenere illegittimo. Pertanto, le delibere e i Protocolli d'intesa devono essere annullati.

I dettagli della vicenda nei due articoli apparsi su il *Corriere della Sera* e il *Sole24Ore Sanità* che di seguito vi proponiamo

CORRIERE DELLA SERA

18 ottobre 2006

Il docente universitario non può dirigere in ospedale

"Medici ospedalieri in ospedale, gli universitari nelle Università". È la sintesi di una sentenza, inappellabile e definitiva, del Consiglio di Stato che ha accolto il ricorso straordinario dell'Aogoi (Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani) contro la Regione Toscana e l'Asl 3 di Pistoia. Oggetto del contendere una delibera con cui la Asl affidava, senza concorso, la direzione dell'unità operativa ostetrico-ginecologica dell'ospedale di Pistoia a un professore universitario, coordinatore del corso universitario di ostetricia e ginecologia. La lunga diatriba ha avuto inizio nel dicembre 2002, quando l'Università degli studi di Firenze ha designato il docente coordinatore del suo corso di laurea a ricoprire la direzione dell'unità operativa ostetrico-ginecologica di Pistoia, a danno dei medici ospedalieri. L'Aogoi presentò immediato ricorso al Consiglio di Stato per tutelare i suoi associati. In particolare Antonio Chiantera che nella sua qualifica di primario ospedaliero avrebbe potuto partecipare alla valutazione comparativa dei candidati a ricoprire il posto vacante a Pistoia. Tempi lunghi tra deduzioni e controdeduzioni legali tra Aogoi e la Asl 3 di Pistoia (la Regione Toscana non è intervenuta), fino alla sentenza che ha messo la parola "fine" al contenzioso locale, ma che - costituendo un precedente - potrebbe aprire altri ricorsi per situazioni analoghe (non poche in Italia) riguardanti anche altre specialità mediche. Ed ecco la sentenza del Consiglio di Stato: "Il conferimento ad un docente universitario dell'incarico di

direzione di una struttura sanitaria diversa da quella propria delle aziende ospedaliere universitarie è da ritenere illegittimo e pertanto, in accoglimento del ricorso, devono essere annullate le delibere e i protocolli di intesa tra la Regione Toscana e le istituzioni universitarie, in particolare con l'università degli studi di Firenze e la Asl 3 di Pistoia, nella parte in cui prevedono la possibilità di conferimento dell'incarico di direzione di una struttura di un'azienda sanitaria ad un docente universitario, coordinatore di un corso di laurea decentrato». Soddisfatti Antonio Chiantera e l'Aogoi che avevano basato il ricorso sul fatto che «la giurisprudenza amministrativa esclude che la convenzione tra Regioni e università per coordinare attività assistenziale e attività di ricerca e insegnamento possa portare alla clinicizzazione delle strutture delle unità sanitarie locali, con la preposizione alla loro direzione di un docente universitario». Un fatto questo che "comporta un'inammissibile deroga alle disposizioni che prevedono un concorso per gli incarichi di secondo livello di divisioni ospedaliere". In particolare, il docente designato dall'università di Firenze "non sarebbe nemmeno risultato in possesso dell'attestato di formazione manageriale" previsto per accedere al concorso.

Mario Pappagallo



24-30 ottobre 2006

Alt ai prof primari nelle Asl

È illegittimo conferire a un docente universitario la direzione di un'Unità operativa di una Asl, anche se il professore è coordinatore di un corso di laurea decentrato. Lo ha chiarito la prima sezione del Consiglio di Stato, esprimendo parere favorevole (richiesto dal ministero della Salute) al ricorso straordinario al presidente della Repubblica proposto dai ginecologi dell'Aogoi e dal presidente, Antonio Chiantera, contro la Regione Toscana e l'Asl 3 di Pistoia.

Nel 2003 il direttore generale dell'azienda sanitaria aveva affidato al coordinatore del corso di laurea decentrato per ostetrico il posto di primario dell'Uo di Ostetricia e ginecologia, resosi vacante. Per l'Aogoi, la nomina violava il principio del pubblico concorso e dell'articolo 15-ter del Dlgs 502/1992, senza che ricorressero gli estremi per la deroga prevista dall'articolo 2, comma 4, del Dlgs 517/1999 (accertata indisponibilità di strutture specifiche essenziali per la didattica e linee guida ministeriali). Il docente, inoltre, non risultava in possesso dell'attestato di formazione manageriale e dei requisiti fissati dal Dpr 484/1997, richiesti dal Dlgs 517/1999.

L'Asl 3 di Pistoia si è difesa sostenendo, oltre al difetto di legittimazione ad agire dell'Aogoi (prontamente smentito da Palazzo Spada), che l'incarico scaturiva dall'applicazione della delibera n. 1046/2002 della Giunta, con cui sono stati emanati gli indirizzi per attuare il protocollo d'intesa stipulato con le Università toscane, nonché del successivo accordo con l'ateneo di Firenze e l'Asl di Pistoia come sede del corso di laurea in Ostetricia. L'incarico così definito - ha affermato la Asl - non comporta

la copertura del posto vacante di dirigente dell'Uo di ginecologia perché ha natura temporanea in relazione alla durata del corso e non ha comportato la sottoscrizione di un contratto di lavoro. In altre parole, il docente resta un dipendente dell'Università di Firenze. Non è d'accordo il ministero della Salute, secondo cui la delibera e l'accordo sul decentramento delle lauree triennali delle professioni sanitarie violano i paletti introdotti dal Dlgs 517/1999. Primo: soltanto quando nell'azienda ospedaliero-universitaria di riferimento non sono disponibili strutture essenziali per la didattica l'Università può concordare con la Regione l'uso di altri centri. Ma tale indisponibilità non risulta nel protocollo d'intesa allegato al Piano sanitario regionale, che neanche individua il "polo" di riferimento. Secondo: solo nell'azienda "mista possono essere conferiti incarichi di direzione di strutture complesse anche senza concorso. Senza contare che nell'attività assistenziale svolta dal professore sono ravvisabili tutti i tratti distintivi del rapporto di lavoro subordinato. Il Consiglio di Stato sposa in pieno le argomentazioni del dicastero: "Le particolari modalità di conferimento a professori e ricercatori universitari dell'incarico di direzione di una struttura ospedaliera complessa prevista dall'articolo 5, comma 5, del Dlgs 517/1999, (...) devono ritenersi applicabili esclusivamente alle aziende ospedaliero-universitarie". Nel caso di specie, l'incarico affidato "ha comportato la sottrazione del posto alle ordinarie procedure di selezione e coordinamento, in nulla rilevando la durata a termine del rapporto oggetto di contestazione". Vanno dunque annullate le delibere toscane n. 604/2002 e 55/2003 e i protocolli d'intesa Regione-Università. Esulta l'Aogoi: volendo riassumere semplicisticamente lo spirito della sentenza, si potrebbe dire: "Gli ospedalieri in ospedale, gli universitari nelle Università".

Manuela Perrone

libri e recensioni



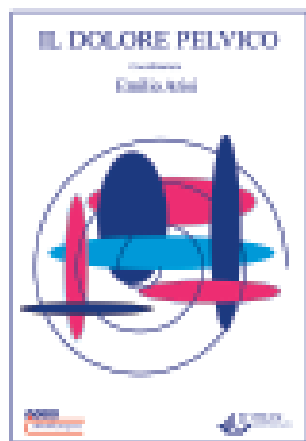
A.A.V.V.

Coordinatore
Emilio Arisi

Il dolore pelvico

Pagine: 189
I libri dell'Aogoi
Editeam, 2006-11-06

Il volume può essere
richiesto agli informatori
della Theramex



Il dolore pelvico

Proseguendo nel suo impegno, che dura già da molti anni, rivolto allo studio del mondo della donna e della sua salute, l'Aogoi con questo volume vuole approfondire la tematica del dolore pelvico femminile. Grazie al contributo di illustri colleghi è stato possibile analizzare un problema che affligge molte donne e che rimane tutt'ora uno degli enigmi più tipici della ginecologia.

Il dolore pelvico è un tema complesso da trattare, per le difficoltà diagnostiche e terapeutiche che lo caratterizzano e per il fatto che comporta frequentemente nella donna non solo un disagio del corpo, ma anche della psiche, causato dal perdurare della malattia, dalla difficoltà di trovarne la causa, e di conseguenza, la terapia appropriata. I sintomi, infatti, a volte sono talmente poco chiari o intrecciati fra loro che richiedono una valutazione multidisciplinare della condizione della paziente. È per questo motivo che l'approccio del medico assume un ruolo di fondamentale importanza per la paziente: un approccio che deve essere tanto analitico ed approfondito quanto umano. È centrale nell'analisi di questo problema il rapporto tra medico e paziente, che deve essere un rapporto di comprensione, di rispetto, di gentilezza, e che può contribuire moltissimo ad alleggerire l'impatto e il segno che questo tipo di patologia può lasciare nella donna. È importante che il medico abbia sempre la piena consapevolezza della complessità della persona da curare e della sua storia, in cui il dolore ha una sua visibile rilevanza, una evidente presenza e può modellare numerosi aspetti della vita. Il dolore è un segno biologico costante nella vita di una donna, dall'adolescenza e per tutto il corso della sua esistenza: dalle mestruazioni, al primo rapporto, all'ovulazione, al travaglio, ai rischi d'aborto, al parto. Le donne riferiscono livelli di

dolore più intensi e più frequenti rispetto all'uomo. Esiste inoltre un grande numero di malattie caratterizzate dal dolore pelvico e che sono prevalenti nel sesso femminile. Ed è proprio per questo motivo che il ginecologo costituisce lo specialista che più frequentemente viene consultato in questo tipo di patologia e che quasi sempre finisce con l'assumere un ruolo chiave non solo sul piano clinico, ma anche psicologico. È importante in questi casi ascoltare con particolare attenzione la paziente (spesso la coppia), cercando di evitare in tutti i modi di assumere un comportamento che possa essere interpretato come sbrigativo o poco attento, perché spesso la presenza di una barriera comunicativa, rischia di amplificare la risonanza psichica del dolore pelvico cronico. L'opera è scritta a più mani. Ogni capitolo costituisce una vera e propria monografia, chiara e concisa, sull'argomento trattato e riflette l'esperienza e l'intuizione specifica dei vari Autori, conosciuti e apprezzati per l'impegno clinico e di ricerca. Il valore di questo volume sta proprio nell'aver voluto utilizzare Autori diversi per i vari argomenti trattati, allo scopo di intrecciare ed amalgamare diverse sfaccettature di un problema complesso, come il dolore pelvico, per offrirlo al lettore come strumento di analisi attenta e profonda. Questa opera vuole essere un aiuto mirato al medico e, in particolare ginecologo. Il professionista che incontra questa malattia può infatti trovare molte risposte in questo libro e anche una guida nel percorrere le giuste strade che gli permettano di essere vicino alle pazienti con umanità e professionalità aiutandole ad affrontare il dolore e cercando, insieme a loro, la giusta via verso la diagnosi e poi verso la cura più adatta.

Carlo Sbiroli

*Direttore U.O. Ginecologia Oncologica
Istituto Tumori "Regina Elena", Roma*

A.A.V.V.

Coordinatore
Valeria Dubini

La violenza sulle donne

I libri dell'Aogoi
Editeam, 2006

Per prenotare il volume
contattare: Editeam
Tel. 051.904181



La violenza sulle donne

L'Aogoi ha iniziato ad occuparsi in maniera sistematica delle problematiche relative alla violenza sulle donne già dal 2000, dopo che l'Italia aveva ospitato un importante Congresso internazionale organizzato dalla Figo sull'argomento. Nel 2001 la decisione di istituire una Commissione permanente che si occupasse di questo tema, nella convinzione che assistere la donna che ha subito violenza è parte integrante della professionalità del ginecologo e dell'ostetrica, anche se finora i programmi di formazione hanno del tutto trascurato questo aspetto. Il fenomeno della violenza rappresenta un evento tutt'altro che marginale anche nel nostro Paese, che comporta importanti ricadute sulla salute della donna in generale e sull'aspetto riproduttivo in particolare: basti ricordare che

rappresenta nel mondo la seconda causa di morte in gravidanza, che è più frequente del diabete gestazionale o della placenta previa, e che è significativamente associato a patologie ostetriche e ginecologiche come il dolore pelvico cronico (patologia per la quale rappresenta uno dei pochissimi fattori che correla in maniera statisticamente significativa). In Gran Bretagna, un'importante Campagna di sensibilizzazione è nata proprio dalla considerazione che nella maggior parte degli omicidi femminili preesiste una storia di violenza (35% dei casi), rimasta misconosciuta nonostante che ben il 40 per cento di queste donne si fosse rivolta almeno una volta ai servizi sanitari. Per rispondere alle esigenze dei nostri ginecologi, l'Aogoi ha deciso di dedicare uno dei suoi libri a questo argomento. L'uscita del volume, coordinato dalla dottoressa Valeria Dubini, è prevista per il prossimo dicembre.

Dolore pelvico cronico e violenza

di Valeria Dubini e Metella Dei

Al problema del dolore pelvico cronico come conseguenza di abusi e violenze abbiamo voluto dedicare un capitolo, che ci auguriamo possa essere inserito in una prossima edizione del volume, e di cui qui illustriamo i principali contenuti.

Non c'è dubbio che il dolore pelvico cronico (Dpc) ben rappresenta il tipo di patologia "funzionale" e sfumata che frequentemente correla con una storia di maltrattamenti. L'Organizzazione mondiale della sanità nel World Report on Violence and Health 2002, dedicato all'impatto della violenza sulla salute delle donne, sottolinea come la violenza possa interferire con lo stato di salute delle donne attraverso quegli effetti che si manifestano a distanza di tempo e che si esprimono soprattutto con un'alterata percezione del proprio benessere e del proprio stato di salute. In particolare possono presentarsi tutta una serie di disturbi cosiddetti "funzionali", per i quali non è sempre possibile individuare una causa medica, che vanno da colon irritabile, alle fibromialgie, e che includono in maniera rilevante anche il dolore pelvico.

Numerosi studi evidenziano come sia possibile riconoscere una storia di abuso fisico o sessuale in una percentuale consistente di donne (tra il 40 e il 50%) che soffrono di dolore pelvico cronico (Dpc) (Obstet Gynecol 2004;103:589-605 - Laurie Barclay, MD - "ACOG Issues New Guidelines for Chronic Pelvic Pain).

In realtà questa associazione è piuttosto complessa: in uno studio inglese su donne che accedevano a servizi di "primary care" si ravvisava una storia di violenza nell'infanzia nel 26% dei casi e di abusi sessuali in età adulta nel 28% dei casi; da un'analisi multivariata risultava però che solo le donne che avevano sperimentato entrambi i tipi di abuso erano più esposte a riportare sintomi pelvici dolorosi come dispreunia, dismenorrea o Dpc.

In un altro studio, ove una popolazione di giovani donne abusate veniva messa a confronto con una popolazione esente da questo fattore di rischio, non si osservava un aumento di sintomi funzionali dolorosi nella popolazione a rischio, ma, tra tutte le donne che riferivano una sintomatologia da dolore pelvico, le donne abusate erano significativamente più rappresentate. Con qualche sorpresa di molti ginecologi nel 1993 Milburn pubblicava un lavoro in cui il Dpc veniva messo in relazione con tutta una serie di possibili cause: sebbene fossero state indagate patologie tradizionalmente ritenute strettamente correlate al dolore pelvico, quali endometriosi e presenza di aderenze rilevate laparoscopicamente, soltanto l'associazione con una pregressa violenza sessuale e una storia di depressione raggiungevano la significatività statistica ($p < 0.01$).

Come possa realizzarsi questo tipo di associazione è altrettanto complesso da individuare: i meccanismi in gioco sono certamente molteplici.

Probabilmente coesistono fattori di origine psicologica e fattori di origine neurologica; alcuni studi sugge-

riscono che il trauma possa provocare delle alterazioni biofisiche che esitano in un'alterata sensibilità al dolore. Questo potrebbe realizzarsi attraverso azioni sull'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con aumento della produzione di cortisolo e conseguente danno alle zone dell'ippocampo e dei circuiti sensibili al CRH, cosa che esporrebbe successivamente ad un'alterata percezione degli stimoli dolorosi (Sapolski et al 1990); oppure attraverso una "disregolazione" del sistema nervoso autonomo con ipersensibilità ingravescente da "up-regulation" delle fibre viscerali. È probabile che meccanismi diversi si sommino e si potenzino.

Probabilmente poi anche depressione e disturbi del sonno, esiti che comunemente fanno seguito ad uno o più episodi di violenza, possono costituire dei fattori che rendono più vulnerabili a successivi stimoli dolorosi. Del resto, già nell'infanzia, è ben dimostrato come esperienze traumatiche possano avere conseguenze dolorose in particolare sul tratto genitourinario (Lampe et al 2000; Oman et al 2002; Nienhuis et al 2003, Hilden et al 2004; Seng et al 2005).

L'abuso infantile, in particolare, sembra essere capace di innescare una cascata di eventi in grado di sensibilizzare a successive reazioni al dolore in età adulta; molti studi identificano in esso una sorta di "marker" per il rischio di abuso che dura tutto l'arco della vita, moltiplicando in tal modo il rischio di sviluppare una sindrome da dolore pelvico (Livello III di evidenza).

Dunque la relazione tra abuso e dolore viscerale di difficile collocazione è ben dimostrata: non è un caso che società scientifiche prestigiose come l'Acog e il Rcoq invitino a considerare con estrema attenzione questa possibilità nell'analisi del dolore pelvico cronico, raccomandando di porre domande esplicite sull'argomento, e individuando come punti cardine nell'approccio a questa patologia il tempo dedicato all'ascolto e l'approccio multidisciplinare (Livello di evidenza Ia).

La laparoscopia diagnostica, per molto tempo considerata indispensabile nell'analisi del Dpc, dati i possibili rischi che può comportare, deve essere invece considerata in seconda istanza, una volta completata l'indagine complessiva (livello III di evidenza).

Potremmo domandarci quanto nel nostro Paese il fenomeno della violenza sulle donne sia realmente presente: dobbiamo dire che non esistono dati epidemiologici certi, riguardo a questo; esistono invece indagini parziali che ci mostrano una realtà non certo esente dal problema.

Dobbiamo premettere che fino al 1996 non è possibile rilevare alcun dato dalle denunce presso l'autorità giudiziaria riguardo alla violenza sessuale, dal momento che in Italia costituiva un delitto contro "la pubblica moralità": solo con l'approvazione della legge 66, che ha conosciuto un iter parlamentare quanto mai contrastato, viene riconosciuta come "delitto contro la persona" ed è quindi possibile risalire ai dati delle denunce. Trattandosi però di un delitto punibile a querela di parte, le denunce effettuate rappresentano senz'altro la punta di un iceberg rispetto al numero degli episodi

realmente accaduti: si stima infatti che solo il 32% delle donne denunciano uno stupro avvenuto, e addirittura la percentuale scende ad 1.3% se si è trattato di un tentativo non riuscito. Complessivamente in Italia i reati denunciati sono stati 3729 per il '97, di cui 390 contro minori (con un tasso di 10:100.000, circa): ma un'indagine a campione condotta dall'Istat nel 2002 su 22.759 interviste telefoniche rilevava che 520.000 donne avevano subito uno stupro o un tentativo di stupro nell'arco della loro vita (2.8% del campione di donne intervistate), e solo il 7.2% di loro avevano sporto denuncia. È da sottolineare come il 24.2% dichiarasse di subire ripetutamente violenza dalla stessa persona, mentre il 45.1% riferiva che questo avveniva almeno una volta alla settimana. Un'indagine condotta nel 1998 da Romito e Crisma sulle utenti dei servizi sociosanitari di Trieste mostrava una realtà ancora più inquietante con il 34% delle intervistate che dichiarava di avere subito almeno una violenza fisica nell'arco della vita (10% nell'ultimo anno) e il 29% che riferiva almeno una violenza sessuale (9.5% nell'ultimo anno). Un altro studio interessante del 1998 (Pallotta et al) si riferisce a donne che mostravano disturbi gastro-enterici non ben definibili, come colon irritabile ed altro: in questa casistica era possibile individuare una storia di abuso e maltrattamenti nel 30% dei casi.

Dunque anche nel nostro Paese il fenomeno della violenza sulle donne esiste e le conseguenze sullo stato di salute sono importanti.

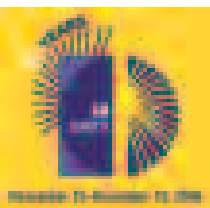
Ma perché il ginecologo dovrebbe occuparsi di queste problematiche? Una risposta veniva riportata sul Lancet nel 2003: solo l'1-2% delle donne riferiscono spontaneamente al proprio ginecologo la presenza di abuso nella loro vita, ma il ginecologo si trova certamente in una posizione strategica per potere porre delle domande specifiche e dirette sull'argomento, e deve saperlo fare con competenza e professionalità, in particolare quando sussistono situazioni di rischio comprovato, come è il caso di Dpc. È chiaro che il ruolo di tutti gli operatori sanitari è fondamentale in questo campo: sono spesso i primi a venire a contatto con una donna sottoposta a qualche forma di violenza, e rivestono quindi una posizione privilegiata nella possibilità di poterle fornire aiuto. Ma per questo è necessario conoscere il problema, sapere ascoltare e rassicurare, essere competenti circa le procedure legali e terapeutiche da mettere in atto, sapere a quali strutture istituzionali o di volontariato indirizzare la donna che cerca una strada per uscire dall'inferno dell'abuso. Spesso è anche indispensabile la messa in discussione delle proprie convinzioni, degli stereotipi che la società ha costruito intorno alla violenza sulla donna, persino talvolta della propria storia.

La consapevolezza dell'impatto che un trauma come quello della violenza possa avere su sintomi futuri è certamente la base essenziale per un approccio corretto di ricerca ed aiuto, e costituisce un bagaglio indispensabile nell'approccio a quella patologia enigmatica che il dolore pelvico cronico rappresenta.



NOT A MINUTE MORE 25 Novembre 2004

"Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne"
(designata con la risoluzione dell'Assemblea Generale dell'ONU n. 54/134 del 17/12/1999)



"CELEBRATE 16 YEARS OF 16 DAYS: ADVANCE HUMAN RIGHTS END VIOLENCE AGAINST WOMEN"

"Celebrate 16 Years of 16 Days: Advance Human Rights - End Violence Against Women" è lo slogan scelto per il 2006 per la campagna internazionale "16 Days of Activism Against Gender Violence" (25 novembre-10 dicembre) di cui quest'anno ricorre il 16° anniversario. La 16 giorni è contraddistinta da

due date simboliche: il 25 novembre, Giornata internazionale contro la violenza sulle donne, e il 10 dicembre, Giornata internazionale per i diritti umani. In questo modo il Center for Women's Global Leadership che l'ha lanciata nel 1991 ha voluto sottolineare come la violenza contro le donne rappresenti una violazione dei diritti umani. Nel corso della campagna ricorreranno anche l'**International Human Rights Defenders Day, il 29 novembre**, e il **World AIDS Day, il 1° dicembre**. Dal 1991, sono circa 1700 le organizzazioni in 130 Paesi che hanno aderito alla campagna.

I colleghi ginecologi Alessandra Kusterman e Pierluigi Benedetti Panici tra le nuove nomine

Il nuovo Consiglio Superiore di Sanità per il triennio 2006-2008

Si è insediato ufficialmente il 23 novembre scorso il nuovo C.S.S. che resterà in carica per il triennio 2006/08. È aumentata la presenza delle donne: 14 su 50 componenti (10 in più rispetto al triennio precedente), che, ricordiamo, sono rappresentati da personalità di chiara fama tecnico-scientifica nominati dal Ministro e da componenti di diritto, rappresentati dai Dirigenti generali preposti ai Dipartimenti e Servizi del ministero della Salute, dal presidente dell'Istituto superiore di sanità, dal presidente dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dal direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Tra le nuove nomine siamo particolarmente lieti di segnalare quella della nostra Collega iscritta Aogoi **Alessandra Kusterman**.

“Abbiamo operato le nostre scelte sulla base della professionalità, della competenza nelle diverse discipline di interesse per la sanità pubblica italiana ed anche con attenzione alla valorizzazione delle donne in questo alto consesso che rappresenta il momento più alto di consulenza scientifica in campo sanitario al Governo nazionale del nostro Paese” ha sottolineato il ministro Turco. Il Consiglio Superiore di Sanità “oltre che nell'espressione dei diversi pareri obbligatori previsti dalle leggi ordinarie su specifiche materie e provvedimenti – ha aggiunto il ministro della Salute – sarà impegnato nell'esame di delicate e importanti questioni di interesse sanitario a partire dalle grandi innovazioni scientifiche e terapeutiche che si presentano alla nostra attenzione con sempre maggiore evidenza, ma anche su aspetti connessi all'evoluzione del sistema sanitario e alla necessità di dare risposte ai nuovi bisogni di assistenza e alle nuove istanze provenienti dalla società su aspetti di grande interesse bioetico”.

Di seguito la lista dei nuovi 50 componenti del Consiglio superiore di sanità:

BENEDETTI PANICI Prof. Pierluigi - Ordinario di Ginecologia e Ostetricia Direttore Clinica Ostetrica e Ginecologica-Azienda Policlinico “Umberto I” di Roma. BERNABEI Prof. Roberto - Direttore Dipartimento di Scienze gerontologiche - geriatriche e fisiatriche - Università Cattolica “Sacro Cuore” di Roma. BIANCO Prof. Amedeo - Dirigente medico presso l'Ospedale Mauriziano di Torino - Presidente della Federazione nazionale dei medici chirurghi e odontoiatri. BIANCO Dott.ssa Maria Antonietta - Presidente Federazione Nazionale Collegi delle ostetriche Ostetrica dirigente presso l'Azienda S.Maria di Terni. BOLLERO Prof. Enrico - Direttore generale del Policlinico Università degli studi “Tor Vergata” di Roma. BUIATTI Dott.ssa Eva - Coordinatore dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale Sanità della Regione Toscana. CALLIONI Dott. Roberto - Presidente dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani. CANNELLA Prof. Carlo - Pro-

fessore Ordinario di Scienza dell'Alimentazione all'Università “La Sapienza” di Roma. CERULLI Prof. Giuliano - Professore Ordinario di clinica ortopedica e traumatologia all'Università di Perugia. CINOTTI Prof. Stefano - Preside della Facoltà di medicina veterinaria dell'Università degli studi di Bologna. CUCCURULLO Prof. Franco - Professore Ordinario di Medicina interna - Rettore Università di Chieti. DAMMACCO Prof. Francesco - Professore Ordinario di medicina interna Dipartimento medicina e oncologia - Università degli studi di Bari. DE PALMA Dott.ssa Alessandra - Direttore dell'U.O. Medicina legale della Asl di Modena. DI BIASE Prof. Matteo - Professore Ordinario di Cardiologia presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria “Ospedali Riuniti” di Foggia. FACCHIN Prof.ssa Paola - Responsabile dell'Unità di Epidemiologia Dipartimento di Pediatria - Università di Padova. GARATTINI Prof. Silvio - Direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche “Mario Negri” di Milano. GRAMMATICO Prof.ssa Paola - Direttore di Struttura Complessa di laboratorio di genetica presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma. GRASSELLI Prof. Aldo - Direttore del Servizio di sanità animale e generi di allevamento e produzione zootecnica della Asl n. 4 della Liguria. LANDINI Prof.ssa Maria Paola - Preside della Facoltà di medicina e chirurgia del Policlinico S.Orsola di Bologna. KUSTERMAN Dott.ssa Alessandra - Responsabile del Servizio di diagnosi prenatale e del Centro soccorso violenza sessuale dell'Ospedale “Mangiagalli” di Milano. MAIDA Prof. Alessandro - Rettore dell'Università di Sassari. MAIRA Prof. Giulio - Direttore dell'Istituto di neurochirurgia dell'Università Cattolica “Sacro Cuore” di Roma. MAJ Prof. Mario - Direttore del Dipartimento di Psichiatria della II Università di Napoli. MARINONI Dott. Guido - Medico di famiglia – Bergamo. MARTELLI Prof. Massimo - Capo del Dipartimento di malattie polmonari dell'Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma. MODESTI Prof. Mauro - Primario di Chirurgia oncologica presso il Policlinico “Umberto I” di Roma. MUTI Prof.ssa Paola - Direttore di Struttura Complessa di Epidemiologia e Prevenzione presso l'Istituto Regina Elena di Roma. PALAMARA Dott.ssa Anna Teresa - Professore ordinario di Microbiologia presso la Facoltà di Farmacia dell'Università di Roma “La Sapienza”. PATIERNO Prof. Marco - Professore a contratto di medicina generale presso l'Università di Bologna - Rappresentante della FNOMCeO presso l'UEMO. PEN-

NACCHI Dott.ssa Laura - Componente del Comitato scientifico della Fondazione “Basso”. PICARDO Prof. Mauro - Direttore di Struttura Complessa - Laboratorio fisiopatologia cutanea degli IFO di Roma. PICCIOCCHI Prof. Aurelio - Direttore del Dipartimento di scienze chirurgiche del Policlinico “Gemelli” di Roma. PUDDU Prof. Pietro - Direttore del Dipartimento di Immunodermatologia dell'IDI di Roma. QUARANTA Prof. Antonio - Preside eletto della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bari. REMUZZI Prof. Giuseppe - Direttore del Dipartimento di Immunologia e clinica dei trapianti degli “Ospedali Riuniti” - Istituto Mario Negri di Bergamo. RESCIGNO Prof. Avv. Pietro - Professore emerito di Diritto civile - Università degli studi di Roma “La Sapienza”. SALIZZONI Prof. Mauro - Professore Ordinario di clinica chirurgica - Direttore Centro trapianti Ospedale Molinette di Torino. SANTORO Prof. Eugenio - Primario del Reparto di chirurgia digestiva e trapianti di fegato dell'Istituto Regina Elena di Roma. SCROCCARO Dott.ssa Giovanna - Responsabile dell'Unità di Valutazione dell'Efficacia del Farmaco - Centro di riferimento Regionale - Servizio di farmacia Azienda Ospedaliera di Verona. SILVESTRO Dott.ssa Annalisa - Direttore del Servizio assistenza della Asl di Bologna - Presidente della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI. SPANÒ Prof. Alberto - Direttore del Dipartimento di Diagnostica strumentale dell'Azienda RM/B di Roma. STURLESE Dott. Ugo - Direttore del Dipartimento di Emergenza dell'Azienda Ospedaliera S.Croce di Cuneo. TOLARI Prof. Francesco - Professore ordinario presso il Dipartimento di patologia animale - profilassi e igiene degli alimenti dell'Università di Pisa. TROISE Prof. Costantino - Direttore del Dipartimento di Medicina interna e malattie infettive dell'Azienda Ospedaliera Università San Martino di Genova. TUFANO Dott.ssa Rosalba - Professore Ordinario di Anestesia e rianimazione all'Università Federico II di Napoli. TUVERI Prof. Guido - Direttore del Dipartimento Oncologico dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria “Ospedali riuniti” di Trieste. VANNI Prof. Dino - Responsabile del Dipartimento di medicina dell'Ospedale S. Donato di Arezzo. VEGETTI FINZI Dott.ssa Silvia - Docente di psicologia all'Università di Pavia. VINEIS Dott. Paolo - Professore Associato di Statistica medica all'Università di Torino. ZIPARO Prof. Vincenzo - Preside della II Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università “La Sapienza” - Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma.

Condoglianze

Tutta l'Aogoi e la redazione del giornale esprimono al presidente Giovanni Monni le più sentite condoglianze per la perdita della mamma

GYNECO
AOGOI

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: redazione@hcom.it
PUBBLICITÀ
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10, 20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791 - Fax 039 6899792
EDITORE
Health Communication
00147 Roma, Via Vittore Carpaccio, 18
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Testata associata

ANES
Associazione Nazionale Editori e Scrittori Italiani

PROGETTO GRAFICO
Glancarlo D'Orsi
VIDEOIMPAGINAZIONE
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: novembre 2006
Tiratura 5.000 copie

Fiocco rosa in casa Massaccesi
Siamo lieti di partecipare alla gioia del nostro past president Lucio Massaccesi diventato bisnonno!

convegni



e corsi

convegni 2006-2007

10-13 dicembre

Napoli
SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO POST-UNIVERSITARIA IN CHIRURGIA PELVICA V CORSO DI CHIRURGIA LAPAROTOMICA IN GINECOLOGIA SU MODELLO ANIMALE
Segreteria organizzativa
A.O.G.O.I.
Via G. Abamonti 1 20129 Milano

Tel.: 02/29525380 Fax:
02/29525521
aogoi@aogoi.it

Via Camillo Rosalba Trav. 47/e 28
70124 Bari
Tel. 080.5043737 Fax:
080.5043736
cicsud@mclink.it

FEMMINILE
Segreteria organizzativa
GLOBAL STUDIO S.R.L.
Via Savona 90B/39 20144 Milano
Tel. 02.47710233 Fax:
02.42294519
segreteria@global-studio.it

14-18 gennaio

Carezza (BZ)
DALL'ANATOMIA CHIRURGICA ALLA CHIRURGIA ANATOMICA IN GINECOLOGIA
Segreteria organizzativa
C.I.C. SUD

2-3 febbraio

Milano
CONVEGNO SULLE LESIONI PRE-NEOPLASTICHE DELL'APPARATO GENITALE

14-16 febbraio

Milano
19° CONGRESSO NAZIONALE SIGO - ADVANCES IN GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY
Segreteria organizzativa
Endogroup International s.r.l.
Via Turati 7/E 22036 Erba (CO)
Tel.: 031.646141 Fax: 031.646731
oncology2007@
endogroupinternational.com

corsi 2007

7° Corso AOGOI
CENTRO ITALIANO CONGRESSI - CIC

di Aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale

24 - 27 Maggio 2007

Villasimius (CA) - Villaggio Turistico Marina di Villasimius

24-27 maggio

Villasimius (CA)
7° CORSO AOGOI DI AGGIORNAMENTO TEORICO PRATICO IN MEDICINA EMBRIO-FETALE E PERINATALE
Segreteria organizzativa
MC srl
Viale Trieste 93 09123 Cagliari
Tel.: 070/273470 Fax:
070/273306
giorgia.imc@tin.it

8-10 giugno

Marina di Ostuni (BR)
4TH CONGRESS ON ULTRASOUND IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
Segreteria organizzativa
CENTRO ITALIANO CONGRESSI - CIC
Via Escrivà 28 70124 Bari
Tel. 080.5043737 Fax:
080.5043736
info@cicsud.it

14-17 ottobre

Napoli
83° CONGRESSO NAZIONALE SIGO- 48° CONGRESSO AOGOI- 15° CONGRESSO AGUI
Segreteria organizzativa
S.E.L. CONGRESSI & TRIUMPH CONGRESSI
Via Lucillo 60 00136 Roma
Tel. 06.355301 Fax: 06.35340213
sigo2007@gruppotriumph.it-
sigo2007.scient@tiscali

