

FOCUS ON / RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Autoassicurazione: ma quanto mi costi?

Tutti i rischi di questo nuovo sistema di copertura assicurativa già adottato da alcune aziende sanitarie. Che potrebbe costringere il medico dipendente a tutelarsi con polizze personali costose

SPECIALE
ELEZIONI REGIONALI
UN VIAGGIO NELLA SANITÀ
DELLE 13 REGIONI CHE ANDRANNO
AL VOTO IL 28 E 29 MARZO

■ **Fazio**

Il neo ministro della Salute risponde agli operatori del Ssn

■ **Vaccinazione anti-Hpv**

La copertura universale è ancora lontana. Più coinvolgimento dei ginecologi

■ **RU486**

Day hospital o ricovero ordinario? Solo 6 Regioni hanno deciso. Le altre aspettano...

■ **Ccnl**

Firmato il contratto: gli incrementi stipendiali del Secondo Biennio Economico 2008/2009

Sensilube

RITROVA LA TUA FEMMINILITÀ



È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso. Autorizzazione del 5 agosto 2009

RISPOSTA INNOVATIVA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA SECCHENZA VAGINALE

Una formula che previene ed aiuta ad eliminare i disagi causati dalla secchezza vaginale perché:

- favorisce il ripristino del trofismo della mucosa vaginale
- agisce come umettante e lubrificante delle mucose vaginali
- crea un ambiente favorevole per ristabilire la naturale secrezione vaginale
- aiuta a ristabilire l'integrità della mucosa vaginale.

Testato da:



Editoriale

Non tutto fa brodo

La sanità somiglia sempre più a uno specchio fedele dei nostri tempi, che fagocita come un vorace buco nero vizi e virtù di un'intera società. Ma che soprattutto ci restituisce il clima ove regna (essa sì sovrana) la confusione.

Una confusione a volte genuina, altre volte artefatta. Perché sanità significa anche soldi, tanti, oltre che salute. E questo la rende, ahimé troppo spesso, un "gelatinoso" terreno di scontro politico anziché quel terreno di schietto confronto scientifico quale dovrebbe essere.

Dove si trova tutto e il contrario di tutto. Dove le eccellenze e i quotidiani altruismi si mischiano ai bassi profili e agli interessi particolari, dove l'etica convive senza grandi scontri con l'ipocrisia, la filosofia della doppia morale e le strategie del doppio binario. Quando a sommergere tutto non è poi una marea di scandali e corruzione. Il rischio è che poi tutto fa brodo. Ma sappiamo bene che non è così.

Il gap profondo tra il Nord e il Sud del nostro Paese e l'ampio potere attribuito alle Regioni dal federalismo (che prescinde da un giudizio di merito), rendono il tutto più difficile. Anche, e soprattutto, in sanità.

Ma dicevamo, la confusione. Gli esempi, senza andare troppo lontano nel tempo, non mancano. Pandemia influenzale, biotestamento, Ru486, Legge 40, Ogm e nucleare (tra i temi sensibili di questa campagna per le elezioni regionali).

Su questo numero affrontiamo, "In evidenza", il problema dell'errore medico e quindi della responsabilità professionale e della tutela assicurativa. Su quest'ultimo fronte, la scelta di alcune Regioni di optare per la cosiddetta "autoassicurazione" apre, come vedremo, a scenari non troppo rassicuranti, soprattutto per noi medici dipendenti del Ssn. Capire meglio come funzionano le nostre polizze-convenzioni e le implicazioni che può avere il regime dell'autoassicurazione su questi strumenti assicurativi approntati (con un notevole sforzo) dall'Aogoi a tutela dei suoi Associati è molto importante. La chiarezza è sempre importante. Forse il contrario di confusione più che l'"ordine" è proprio la "chiarezza".

Giovanni Monni
Presidente AOGOI



Sanità
PROTAGONISTA ASSOLUTA DEL VOTO REGIONALE
UN VIAGGIO NELLA SANITÀ DELLE 13 REGIONI CHE ANDRANNO AL VOTO IL 28 E 29 MARZO
pagine 15-18



Indice numero 2-2010

FOCUS ON

- 4 "Ascolto e attenzione agli stakeholders"**
Il ministro della Salute Ferruccio Fazio risponde alle lettere degli operatori del Ssn pubblicate sullo scorso numero
- 5 L'ERRORE IN SANITÀ**
Assicurazione e autoassicurazione
di Paola Buonopane
- Il punto**
di Carlo Sbiroli

Primo piano

- 10 VACCINAZIONE ANTI-HPV**
La copertura universale è ancora lontana
di Antonino Michienzi
- Senza i ginecologi è difficile centrare l'obiettivo**
di Carlo Maria Stigliano

Professione

- 12 LINEE GUIDA**
Per una scelta consapevole al Tc: l'informazione alle mamme
di Ester Maragò
- 13 RU486**
Day hospital o ricovero ordinario?
di Stefano Simoni
- E ora tocca al Ccs**
di Cesare Fassari
- 14 Profili di responsabilità del medico in caso di insuccesso terapeutico**
di Pier Francesco Tropea
- 19 FIRMATO IL CONTRATTO**
Sdoganata l'indennità per l'esclusività di rapporto. Introdotte sanzioni
di Carmine Gigli
- Ccnl: il testo del Secondo biennio economico 2008/2009**
- 23 AGITE**
Tutelare la "salute futura": una Cartella per i Consulenti Adolescenti
di Antonella Debora Turchetto

Aggiornamenti

- 24 Donne in palestra: attenzione al perineo!**
di Stefano Miele
- 25 Terapie alternative nel trattamento della menopausa oncologica**
di Angela Becorpi, Sonia Baldi, Costante Donati Sarti

Rubriche

- 28 Meditazioni** di G. Gragnaniello / **29 Fatti & Disfatti** di C. M. Stigliano / **30 Congressi**

GYNECO
AOGOI

NUMERO 2 - 2010
ANNO XXI

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
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoagoi@hcom.it
Pubblicità
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Union Printing
Viterbo
Abbonamenti
Anno: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03 (Conv.

L. 46/04) Art. 1, Comma 1
Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: febbraio 2010
Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro
La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale

AOGOI
ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Testata associata

A.N.E.S.
AGENZIA NAZIONALE
PER LE ATTIVITÀ PUBBLICHE E PROFESSIONALI

Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Il neo ministro della Salute risponde agli operatori sanitari

Fazio: "Ascolto e attenzione agli stakeholders"

Prima di tutto ringraziamo il ministro Fazio per aver trovato il tempo di rispondere alle lettere che gli operatori del Ssn gli hanno inviato dalle pagine di *GynecoAgoi*. Grazie anche a nome di Amedeo Bianco, Riccardo Cassi, Massimo Cozza, Giuseppe Garraffo, Carmine Gigli e Carlo Lusenti, le cui richieste e considerazioni sono state raccolte dal nostro giornale nel numero scorso. Una vera e propria agenda di lavoro, con al primo posto l'esigenza di un rinnovato ruolo e impegno del Governo nazionale sulla sanità. A partire dalla necessità di un ministero della Salute "forte", che sappia controbilanciare lo strapotere dell'Economia. E che sappia anche stimolare e gratificare i professionisti, avviando a soluzione le molte questioni da troppo tempo sul tappeto e mai veramente risolte.

Indubbiamente a molte di queste richieste era arduo rispondere nel dettaglio, ce ne rendiamo conto. Ma il sasso è lanciato: il dialogo tra Governo e mondo della Sanità sembra finalmente riavviarsi. E se a questo abbiamo contribuito un po' anche noi, non possiamo che rallegrarcene.

Gentile direttore,

la politica in materia di salute pubblica promossa dal Governo Berlusconi ha come obiettivo fondamentale non solo l'efficacia, l'efficienza e l'economicità della governance della sanità nazionale, ma pone come centrale il binomio cultura-umanità, valori necessari a rafforzare nei cittadini la fiducia nella sanità italiana.

Una sanità sostenibile ed equa nasce non soltanto da un mix di scelte politiche, tecniche, amministrative, dai frutti della ricerca scientifica, ma anche da un continuo confronto e coinvolgimento con tutti i soggetti ed attori interessati.

Per questo ho molto apprezzato la raccolta di autorevoli e utili contributi che il Suo giornale ha ospitato dopo il ripristino del Ministero della Salute, in quanto questo panel di opinioni ha consentito di concentrare e focalizzare le esigenze primarie delle principali categorie protagoniste del Pianeta Sanità.

Si tratta, è vero, di istanze e attese di parti, e quindi talvolta in contrasto tra loro, ma spetta proprio alla politica il delicato compito di giungere ad una non sempre facile mediazione che abbia al centro l'interesse nazionale collettivo. Detto questo, però, il giro di tavolo rappresentato dagli interventi pubblicati dal suo giornale manifesta una puntuale attenzione e, quindi, una vitalità e una disponibilità al confronto, essenziali motori dell'evoluzione. Nel ringraziare, quindi, quanti hanno inteso far conoscere le proprie opinioni e le principali aspettative verso il dicastero della Salute e i suoi vertici, confermo anzi ribadisco il mio impegno nel dare ascolto e attenzione alle istanze dei nostri stakeholders, che ha già trovato un primo importante momento di confronto nella riunione del 21 gennaio con le organizzazioni sindacali.

Sono conscio della grande assunzione di responsabilità politica sui complessi temi della Sanità da perseguire con tenace impegno e pragmatismo, dall'approvazione dei Ddl sul rischio clinico e governo clinico, alla prevenzione, ricerca, formazione dei professionisti, riconoscimento del merito, federalismo solidale, livelli essenziali di assistenza, protocolli uniformi su tutto il territorio nazionale.

Questi alcuni dei temi più urgenti da affrontare insieme al fine di migliorare la Sanità per garantire al meglio ai cittadini il diritto alla salute.

I miei più cordiali saluti
Ferruccio Fazio
 Ministro della Salute



Caro ministro, ti scrivo...



Ora è davvero emergenza

di Carlo Sbiroli

Leggete con attenzione queste pagine. Valutate con cura la vostra situazione assicurativa. Il tormentone dell'"errore medico" e i conseguenti premi assicurativi tornano a preoccupare ancora una volta il mondo della ginecologia. Aleggia il rischio dell'"autoassicurazione", già adottata dalla Regione Toscana, parzialmente dal Piemonte, e da alcune Case di Cura private

Nell'ultimo numero di *Gyneco* (1/2010) il fondo di Cesare Fassari, oltre a fare il punto sull'impatto mediatico della malasanità, prendeva in considerazione anche i costi di polizze e risarcimenti nella Sanità italiana. Ammonterebbe a più di 1 miliardo di euro l'anno la cifra spesa da Asl e Aziende ospedaliere per assicurare le proprie strutture e il proprio personale contro il rischio clinico. La ginecologia-ostetricia è l'area con il costo medio per risarcimento più elevato e anche quella, insieme a chirurgia generale e ortopedia, dove viene segnalato il maggior numero di contenziosi.

Insomma il rischio ostetrico in corsia costa caro. Sono spese enormi, inimmaginabili solo pochi anni fa. E le previsioni per il futuro non sono certamente rosee. Di fronte a questi costi alcune Regioni e Case di Cura private hanno pensato (o stanno pensando) di gestire in proprio l'assicurazione ("autoassicurazione"). Tutto questo ha allertato il singolo medico e le associazioni professionali rimettendo in moto il problema

di un'adeguata copertura assicurativa soprattutto per noi ginecologi, perché i più tartassati.

Il fatto che questo stesso problema sia "in cima all'agenda" del nostro ministro della Salute, Ferruccio Fazio (vedi pag.

6), sta ad indicare che vi è preoccupazione anche nel mondo politico. È evidente che anche qui ci sono problemi di copertura economica. E in tempi di "vacche magre" questo non è problema di poco conto.

Tutto questo sta creando malcontento. Rischia di essere la classica goccia che fa traboccare il vaso. Un vaso già colmo, soprat-

tutto per i ginecologi, che davvero non ne possono più.

Come si può lavorare serenamente sapendo che l'azienda sanitaria per cui si lavora, in barba alla contrattazione collettiva, non stipulerà alcuna polizza di RC e che per far fronte a eventuali risarcimenti si dovranno sottoscrivere polizze assicurative con franchigie sempre più alte?

È evidente che la pressione esercitata da un crescente contenzioso medico-legale e l'esponentiale aumento dei premi minano la serenità e il futuro della nostra professione. Gli attuali stipendi dei nostri ospedali non sono certo adeguati ad un consistente aumento del costo delle polizze. E un libero professionista quanto dovrà guadagnare? Quanti interventi, visite, consulti, dovrà fare per pagare polizze in grado di garantirgli un futuro sereno?

Nelle pagine che seguono diamo ampio spazio a questi problemi. In particolare si è voluto stressare l'attenzione sull'"autoassicurazione". Come questo sistema vada ad incidere pesantemente sull'attuale situazione (non certo rosea). E quanto possa incidere anche gli strumenti assicurativi approntati dall'Aogoi a favore dei suoi Associati. La tutela assicurativa è un caposaldo della nostra professione che, tra le diverse specializzazioni della Medicina, è forse quella che ha più particolari e delicati interessi medico-legali, etici e giuridici. Su questo fronte la nostra associazione ha dedicato i suoi più importanti sforzi – lo Scudo Giudiziario Aogoi ne è un po' il coronamento – ma senza un intervento legislativo capace di normare alcuni aspetti cruciali, quali l'imposizione dell'obbligo di assicurazione e la depenalizzazione della responsabilità in am-

bito sanitario, la situazione non potrà certo migliorare. È per questo che intensificheremo la nostra azione di sensibilizzazione delle istituzioni e della pubblica opinione affinché si arripi presto ad una buona legge, in grado di tutelare medici e pa-

zienti. Promoveremo dibattiti e forum di discussione e sulle pagine del nostro giornale continueremo a fornirvi un'informazione puntuale, il più possibile chiara. Un compito non sempre facile data la complessità di alcuni aspetti assicurativi e medico-legali. Cercheremo comunque di fare del nostro meglio. **Y**

GLOSSARIO

COS'È L'AUTOASSICURAZIONE

È un accantonamento di fondi generati nel processo di gestione, attuato in vista di eventi futuri imprevedibili, per i quali non è conveniente ricorrere alla copertura assicurativa tradizionale



L'errore in sanità: assicurazione e autoassicurazione

di Paola Buonopane

Presidente del CdA di Ge.As. Gestioni
Assicurative Srl

Negli ultimi anni la valutazione dell'errore in medicina si è evoluta. Ciò che prima veniva esclusivamente percepito come un comportamento censurabile, connotato da notevole disvalore sociale, oggi rappresenta un evento meritevole di analisi approfondita. L'osservazione particolareggiata degli errori, nella loro frequenza storica, nonché l'individuazione delle cause ricorrenti, costituisce l'unica prevenzione possibile.

La formula recentemente adottata da alcuni servizi sanitari regionali di intraprendere la strada della "autoassicurazione" rischia di incidere pesantemente sul sistema così come fino ad oggi delineato. Con inevitabili ricadute negative anche sugli strumenti assicurativi approntati dall'Aogoi a tutela dei propri associati

L'errore fino ad oggi è stato taciuto, ignorato, celato. È necessario invece evidenziarlo, catalogarlo, esaminarlo.

Nella recente letteratura scien-

tifica in materia si raccomanda alle strutture sanitarie la creazione di gruppi di lavoro deputati alla selezione e analisi degli errori ricorrenti. Al fine di assi-

curare il funzionamento di queste strutture, bisognerebbe incoraggiare la raccolta di dati in forma anonima, nonché promuovere presso il personale una "cultura dell'errore".

Ferme le premesse di cui sopra, è utile approfondire le attuali esigenze assicurative del medico dipendente da presidio sanitario (in particolare pubblico). La contrattazione collettiva prevede l'obbligo per le aziende sanitarie di assicurare adeguatamente la responsabilità personale dei dipendenti relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di ri-

valsa, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave.

I contratti assicurativi stipulati dalle aziende sanitarie, con riferimento ai medici dipendenti, si manifestano come contratti a favore di terzo. Pur non avendo partecipato il dipendente al perfezionamento del contratto, egli ne è parte. Nella sua qualità di assicurato può far valere, direttamente nei confronti della compagnia, le pretese (domanda di garanzia) derivanti dalla polizza.

La garanzia assicurativa prestata dalla compagnia dell'azienda sanitaria non è operante per i casi di dolo o colpa grave.

Attualmente le compagnie che assicurano la RC professionale degli specialisti in ginecologia e ostetricia si contano sulle dita di una mano. E offrono prodotti, a volte carenti e poco chiari, a premi elevati

Il regime dall'autoassicurazione: il caso Toscana

Recentemente alcune aziende sanitarie hanno optato per la sottoscrizione di polizze assicurative con franchigie molto elevate. La regione Toscana ha drasticamente deciso di intraprendere la strada della cosiddetta "autoassicurazione", inducendo i propri Presidi sanitari a non stipulare alcuna polizza di RC, e facendo fronte ai risarcimenti con le proprie disponibilità di spesa. La conformità della gestione in autoassicurazione agli obblighi di cui alla Contrattazione Collettiva Nazionale è quantomeno dubbia. In presenza di condanna solidale nei confronti del dipendente e dell'azienda sanitaria, l'assenza dell'Assicuratore e le tempistiche burocratiche dell'amministrazione sanitaria, potrebbero esporre il medico, ed il suo patrimonio, a diventare l'obiettivo immediato del procedimento di esecuzione.

La scelta adottata dal servizio sanitario toscano, parzialmente dal Piemonte, e da altre aziende sanitarie, nuovi scenari e costituisce una novità che incide pesantemente sul sistema così come fino ad oggi delineato.

La determinazione di quei medici dipendenti che in ogni caso optano per dotarsi di una polizza di primo rischio, scelta già

Il regime dell'autoassicurazione, parziale o totale, pregiudica l'operatività della polizza convenzione Aogoi, che rimane efficace esclusivamente per l'ipotesi di rivalsa per colpa grave

in passato oculata al fine di sottrarsi alle dinamiche - a volte litigiose - tra il proprio datore di lavoro e l'assicuratore di questi, ed avere un proprio diretto e noto interlocutore, diventa oggi imprescindibile per coloro che prestano l'attività in aziende sanitarie autoassicurate.

Tali nuovi assetti incidono altresì sugli strumenti assicurativi approntati dalla Aogoi in favore

dei propri Associati (vedi box alla pagina a fianco).

Le difficoltà del mercato attuale

Circa dieci anni fa nasceva l'idea di assicurare la responsabilità professionale di alcune categorie mediche in regime convenzionale. La convenzione IGEA era il frutto di questo progetto. L'assicurazione di RC profes-

sionale per una categoria di soggetti omogenei, con altresì l'offerta contestuale di prodotti assicurativi di diversa natura (più o meno graditi alle Compagnie), si rivelava una scelta vincente. Attraverso il regime convenzionale la forza negoziale del singolo - pressoché nulla nei confronti delle Compagnie - veniva amplificata dall'intervento delle Associazioni maggiormen-

te rappresentative.

Ciò consentiva di ottenere garanzie a condizioni economiche e normative molto favorevoli. Successivamente una serie di fattori concatenati, quali:

- la maggior sensibilità della magistratura alle nuove figure del danno, di matrice dottrinale
- l'aumento consequenziale delle controversie promosse dai danneggiati
- la contromisura adottata dalle compagnie dell'utilizzo generalizzato della garanzia "claims made", che rende difficoltoso assicurare la continuità temporale dell'assicurazione
- le indiscriminate disdette per sinistrosità da parte delle Compagnie
- lo spropositato aumento dei premi in linea con tutto l'ambito sanitario
- l'applicazione di franchigie, scoperti, condizioni di operatività
- i pessimi andamenti di tali rischi
- la scelta di molte compagnie di abbandonare l'ambito sanitario

hanno prodotto una vera e propria situazione di stallo e l'impossibilità di rinnovare la con-

► **Segue a pagina 8**

Fazio:

"Norme su errore medico in cima alla mia agenda"

■ Il problema dell'errore medico, per quanto riguarda sia "la sicurezza dei pazienti" che la "serenità degli operatori", è "in cima alla mia agenda". Lo ha assicurato il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, nel corso dell'audizione in Commissione Sanità del Senato dove ha parlato di diversi argomenti legati all'ammodernamento e alla riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale. Fazio ha assicurato di avere a cuore il disegno di legge sul rischio clinico, in discussione proprio al Senato. "Ho incontrato ieri il viceministro all'Economia per parlare dell'argomento", ha detto. Oggetto dell'incontro la copertura

economica del disegno di legge, "allo scopo di accelerarne l'iter", ha precisato Fazio, spiegando che "serve una norma che faccia stare tranquilli i medici e i cittadini" e assicurando che la legge in questione avrebbe costi "mi auguro molto bassi". Il disegno di legge sul rischio clinico "non introduce - ha spiegato - le assicurazioni per i medici, che ci sono già nelle diverse aziende sanitarie. Quello che fa è rendere omogeneo, più facile, anche con la risoluzione extragiudiziale, il contenzioso con i pazienti. E aiuta, inoltre, creare delle strutture tali per cui il medico si senta tranquillo e sappia che non verrà accusato in caso di errore. E questo andrà a ridurre la medicina difensiva che attualmente ha un costo molto alto per il Paese", ha concluso Fazio. (Roma, 9 febbraio - Adnkronos Salute)



Le convenzioni Aogoi

Come operano le nostre polizze in primo e secondo rischio per gli associati dipendenti e libero professionisti, con o senza polizza propria. E cosa cambia con il regime dell'autoassicurazione

La responsabilità professionale degli associati

Dal 1° gennaio 2007 l'Aogoi, con la collaborazione del broker GEAS, offre a tutti gli associati in regola con le quote associative una polizza di responsabilità civile professionale che ha una operatività differenziata in ragione della situazione lavorativo/professionale del singolo Associato.

Per i medici dipendenti a rapporto esclusivo o che svolgono libera professione intramoenia la polizza opera in eccedenza ai massimali garantiti dalle polizze di primo rischio stipulate dall'Azienda o dall'Associato medesimo.

In caso di inoperatività, insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali, ovvero in ipotesi di rivalsa per colpa grave esercitata dall'Ente, l'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati Aogoi opera in primo rischio.

La garanzia costituisce un notevole beneficio per il medico dipendente del Servizio Sanitario sotto un duplice profilo:

- tutela il medico dotandolo di un massimale in eccesso a quello garantito dalla polizza dell'ospedale;
- opera a primo rischio in caso di azione di rivalsa esperita dall'ente datore di lavoro per colpa grave.

Ecco cosa cambia con il regime di autoassicurazione

Fino ad oggi i medici dipendenti, pur non potendo incidere sulla verifica dell'adeguatezza delle condizioni e dei massimali della polizza, avevano la certezza che il proprio datore di lavoro avesse comunque stipulato una polizza di RC.

Attualmente la scelta di alcune Aziende sanitarie di orientarsi verso il

regime dell'autoassicurazione, parziale o totale, pregiudica l'operatività della convenzione Aogoi. L'inesistenza della polizza stipulata dall'ospedale impedisce parzialmente l'operatività della polizza convenzione Aogoi, la quale rimane efficace esclusivamente per l'ipotesi di rivalsa per colpa grave.

Per i liberi professionisti o in relazione all'attività di extramoenia la polizza opera in eccedenza ai massimali garantiti dalla polizza di primo rischio stipulata dall'Associato, o da Terzi in favore di questi. Polizza, quest'ultima, che dovrà garantire un massimale minimo di Euro 1.500.000,00, importo che, in caso di inesistenza, inoperatività o inefficacia, resta a carico dell'associato.

Esclusivamente in caso di insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali di primo rischio l'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati Aogoi opera in primo rischio.

La tutela legale

Anche la polizza convenzione di Tutela Legale per gli Associati Aogoi rappresenta un insostituibile strumento di tutela

La garanzia consente agli Associati – nei limiti dei massimali assicurati – di vedersi indennizzate le spese legali necessarie alla difesa in procedimenti penali e civili, qualora gli assicuratori (propri o dell'ente datore di lavoro) non intendano gestire direttamente la lite.

Ai sensi della contrattazione collettiva le Aziende sanitarie hanno l'obbligo di tenere indenni i propri dipendenti delle spese legali relative a controversie insorte nell'ambito dell'attività lavorativa. Spesso – nella pratica quotidiana – l'Azienda sanitaria e gli assicuratori della medesima (quando presenti, viste le recenti tendenze) non riescono, nelle rigide tempistiche processuali, a tutelare il medico dipendente, che spesso è costretto a tutelarsi in proprio, affidandosi al legale di fiducia e anticipandone i costi.

Ecco cosa cambia con il regime di autoassicurazione

La polizza convenzione Aogoi presuppone l'esistenza di una polizza di RC stipulata dall'Associato stesso o da terzi (Azienda sanitaria). Pertanto gli Associati dipendenti di Azienda sanitaria non assicurata (autoassicurata) dovranno dotarsi di polizza RC personale per poter contare sull'operatività della garanzia di Tutela Giudiziaria Aogoi.

Costruire una cultura dell'errore

L'insorgenza degli errori medici in sanità è una questione che difficilmente si esaurisce in una mera azione (ovvero omissione) del singolo operatore. Deficienze organizzative e strutturali, carico lavorativo eccessivo o mal organizzato, difetti di supervisione e coordinamento del personale, carenti relazioni di comunicazione tra gli operatori costituiscono l'humus ideale per la genesi dell'errore. Anche errori apparentemente prodotti dall'incompetenza e inesperienza del singolo operatore sono spesso riconducibili a carenze di appropriate metodologie formative e di aggiornamento, ovvero al difetto di comunicazione e relazione fra gli operatori esperti e i più giovani. L'attività sanitaria è un'attività complessa esercitata da uomini: l'errore è sempre in agguato. Nelle procedure chirurgiche avveniristiche, ma anche in meri atti materiali che, in astratto, non hanno nulla di complicato.



Richiamiamo l'attenzione degli Associati, dipendenti di aziende sanitarie autoassicurate, sulla necessità fondamentale di stipulare polizze personali di primo rischio

► Segue da pagina 6

venzione IGEA.

Attualmente le compagnie che assicurano la responsabilità professionale dei medici specialisti in ginecologia ed ostetricia:

- si contano sulle dita di una mano;
- richiedono la sottoscrizione di complessi questionari al fine di respingere gli assicurandi che – anche solo formalmente – hanno subito reclami in passato;
- offrono prodotti, a volte carenti e poco chiari, a premi elevati.

Nella pratica quotidiana si osserva che i pochi prodotti disponibili sul mercato risultano caratterizzati da un esagerato tecnicismo. Allo scopo di mantenere i premi accettabili vengono previste molteplici condizioni di operatività, differenziazioni e personalizzazioni tra le varie categorie di medici (professionisti, dipendenti intra moenia, dipendenti extra moenia), nonché pericolosi meccanismi di interazione con le polizze delle strutture sanitarie ove i medici svolgono la loro attività.

Peraltro più una polizza è tecnicizzata e condizionata, tanto aumenta il rischio di divergenze interpretative tra l'assicurato e l'assicuratore.

Una legge. Senza ulteriori rinvii

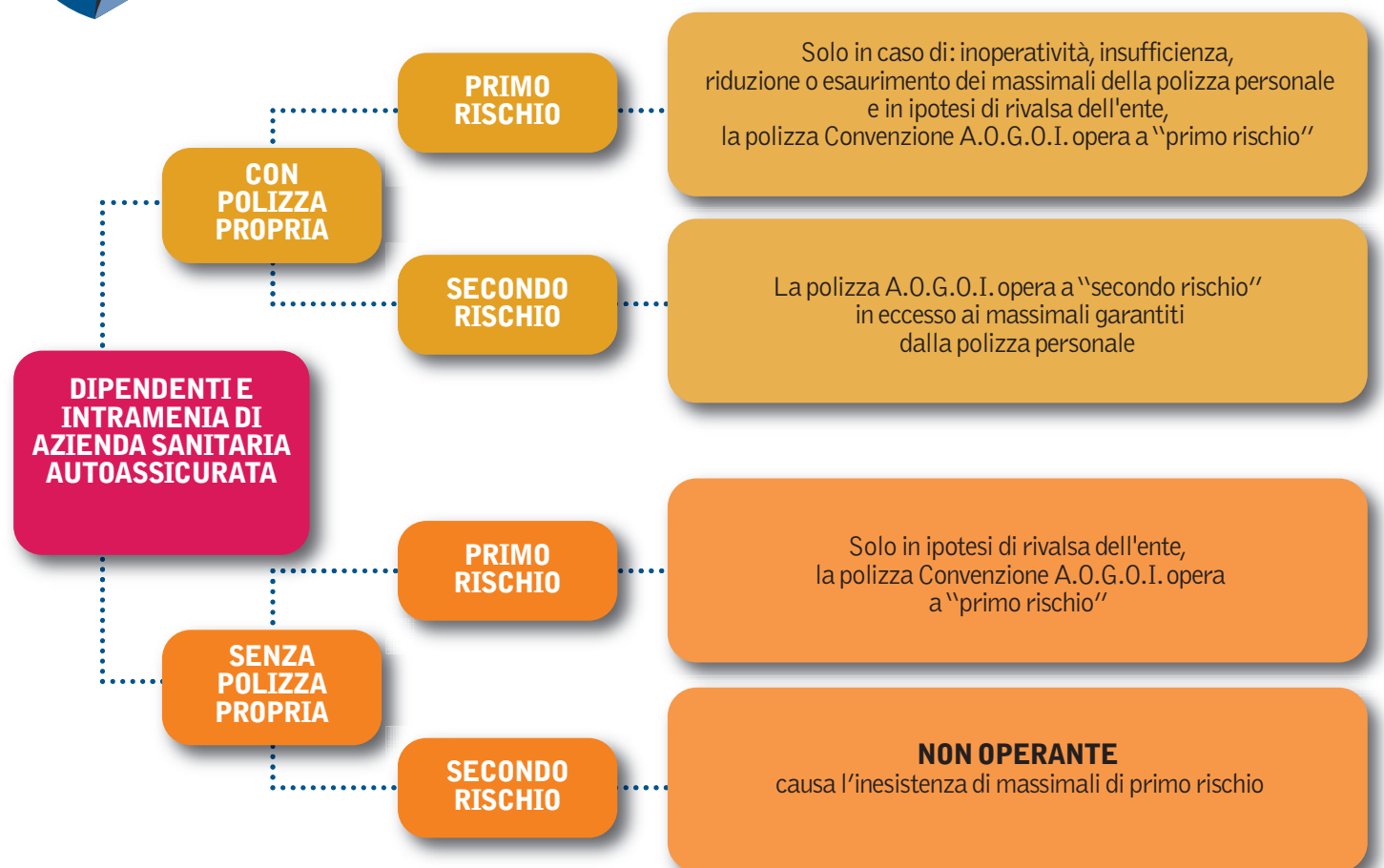
Chiunque affronti l'argomento del presente articolo non può che concludere sollecitando un intervento legislativo. I progetti di legge, riproposti ad ogni legislatura, in merito all'imposizione dell'obbligo di assicurazione, alla depenalizzazione della responsabilità in ambito sanitario, ad oggi sono rimasti tali. Gli intermediari assicurativi si rivolgono sempre più alle compagnie estere anelando, in ambito sovranazionale, a quella concorrenza che in Italia è venuta meno.

In ultimo, e lo scenario è paradossale quanto pericoloso per il sistema, anche per i medici specialisti, rimane l'ipotesi della autoassicurazione, magari coniugata con la nullatenenza. ❏

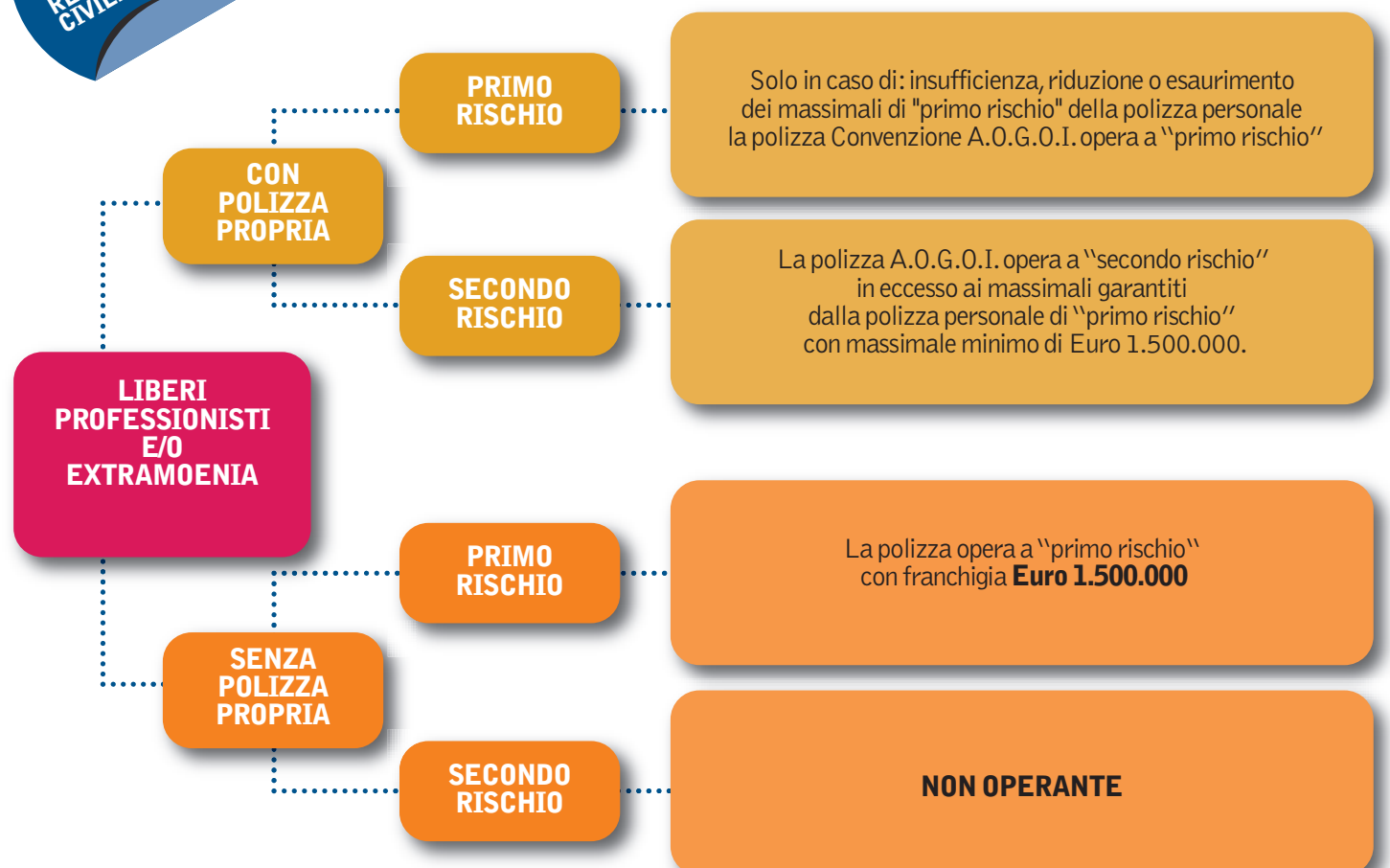


PER GLI ASSOCIATI DIPENDENTI DI AZIENDE SANITARIE IN REGIME DI AUTOASSICURAZIONE

(INESISTENZA DELLA POLIZZA DELL'OSPEDALE)



PER GLI ASSOCIATI LIBERO PROFESSIONISTI



SCREENING DEL CANCRO CERVICALE:

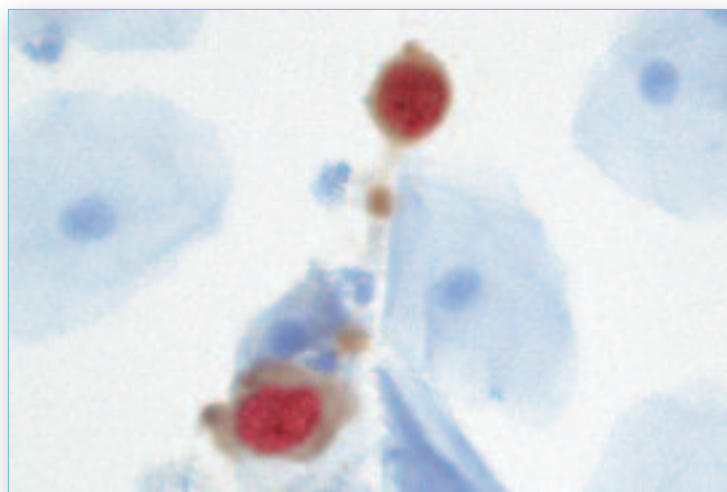
Combinazione perfetta.

Ora
disponibile

ALTA SENSIBILITÀ
+ ALTA SPECIFICITÀ
= CINtec PLUS

CINtec[®] PLUS

CLARITY AND CONFIDENCE



**Combinazione di biomarcatori
all'avanguardia per la
rilevazione precoce di lesioni
cervicali di alto grado**

Ora disponibile

p16 PLUS Ki-67 in un singolo test

Ora dimostrato

in tre grandi studi clinici su più di
30.000 donne

www.cintec.info

mtm

mtm laboratories Italia S.r.l.
Via Torri Bianche 7m • 20059 Vimercate (Milano)

Vaccinazione anti-Hpv

La copertura universale è ancora lontana

di Antonino Michienzi

È stata avviata poco meno di due anni fa, dopo che all'inizio del gennaio 2007 il Consiglio superiore di sanità aveva espresso all'unanimità il parere che la vaccinazione delle ragazze nel dodicesimo anno di vita rappresenta per il contesto italiano la migliore strategia contro l'Hpv. Tuttavia, la campagna vaccinale contro il papillomavirus umano è ancora lontana dal raggiungere la copertura obiettivo, fissata dall'Istituto superiore di sanità nel 95% di questa coorte di riferimento entro cinque anni.

A giugno, secondo i dati della Commissione Salute presso la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, soltanto un terzo delle aventi diritto, cioè le nate nel 1997, aveva concluso il ciclo completo di vaccinazione (tre dosi) e poco più del 26% nella coorte di nascita 1996. I dati medi, però, come spesso avviene in questi casi, nascondono un quadro molto più complesso, a macchia di leopardo, in cui è difficile riscontrare anche il solito gradiente Nord-Sud. Una disomogeneità in parte connessa al diverso momento di inizio delle campagne vaccinali nelle Regioni, in parte alle differenti strategie da esse messe in atto. Alcune Regioni hanno per esempio preferito vaccinare dapprima le tredicenni per poi passare alle dodicenni, mentre altre hanno introdotto più coorti in offerta attiva e gratuita. Altre ancora hanno previsto un *social price* (un terzo del prezzo al pubblico) per avvicinare le donne fino a 26 anni per le quali la vaccinazione è indicata ma non offerta gratuitamente dal Servizio sanitario regionale.

“Dati discordanti che evidenziano notevoli disparità e confermano l'anomalia del sistema vaccinale italiano”, ha commentato Gianni Amunni, delegato del presidente Enrico Rossi a rappresentare la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in un incontro promosso dall'Osservatorio nazionale sulla salute della Donna (ONDa) e tenutosi alla Ca-

Soltanto un terzo delle aventi diritto ha completato il ciclo di vaccinazioni a due anni dal lancio della campagna. In un incontro alla Camera dei deputati, promosso nell'ambito della “Settimana europea Hpv” a fine gennaio, il punto sulla situazione dell'attività regionale e sullo screening. Per coinvolgere in prima persona le giovanissime ONDa, in collaborazione col Ministero dell'Istruzione, ha presentato un Progetto di informazione rivolto alle maturande

mera dei deputati. “Va bene la Toscana col 62,1% di adesione nella coorte 1997 per le tre dosi di vaccino – ha proseguito Amunni – meno il Veneto e la Provincia di Bolzano (sotto il 5%). Per la coorte 1996 è alta l'adesione in Valle d'Aosta con il 58,9% per le 3 dosi di vaccino e bassa in Puglia (1% circa). Anche l'adesione a una sola dose di vaccino è alta in Toscana nella coorte 1997 (80,4%) e bassa in Calabria (poco più del 20%). Questi, comunque, sono dati in divenire e l'aderenza alla prima dose di vaccino, buo-

na anche se non entusiasmante, fa sperare che anche per le successive, con il tempo, i dati migliorino”.

L'informazione, un'arma essenziale

A parte le difformità su base territoriale, sono altri i dati che inducono a riflettere: per esempio il divario tra quante si sono sottoposte alla prima dose e quante hanno completato la vaccinazione. Infatti mentre l'adesione è stata mediamente alta per la prima dose di vaccino (raggiungendo il 61,8% nel-

la coorte del 1997 e il 43,9% nella coorte del 1996), per la seconda dose si è registrato un netto calo. Probabilmente un sintomo della scarsa consapevolezza da parte delle ragazze, che forse ignorano che senza una corretta adesione il vaccino perde di efficacia e diventa inutile per loro oltre che costoso per il Sistema sanitario nazionale. “La prevenzione del tumore al collo dell'utero è un argomento che sta particolarmente a cuore all'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, impegnato sull'argomento

fin dal 2005 con numerose attività e progetti di informazione”, ha spiegato Francesca Merzagora, presidente di O.N.Da. “Il punto chiave dell'efficacia



Una campagna riuscita a metà

Senza i ginecologi è difficile centrare l'obiettivo

di Carlo Maria Stigliano

Gruppo di Studio AOGOI contro l'HPV

Proprio dalle pagine di questo giornale l'Aogoi aveva sollevato in tempi non sospetti alcune perplessità sulla preparazione della campagna vaccinale. In un articolo della primavera del 2007 (!) intitolato “Ginecologi all'ombra della Campagna” avevo infatti paventato il rischio che una non adeguata ed efficace campagna di informazione tra i giovani – ma anche verso i loro genitori – avrebbe potuto ridurre l'impatto di una così importante azione di salute pubblica. Questo non è un vaccino contro un'infezione comune, in questo caso en-

trano in gioco fattori complessi, che riguardano la sessualità in soggetti che per età non sono ancora pronti a recepire un'informazione generica o peggio burocratica.

Per tale ragione ci lasciava perplessi la sensazione che si sottovalutasse l'importanza del ruolo che i ginecologi avrebbero dovuto avere nell'opera di sensibilizzazione non soltanto delle vaccinande ma soprattutto dei loro genitori, in particolare delle madri. I medici delle donne sono i ginecologi: è con essi che le donne parlano e ad essi che chiedono consiglio, anche per le loro figlie: aver pensato, anche per un attimo, di poter fare a meno del prezioso contributo di

questi professionisti poneva inevitabilmente le premesse per un ridotto successo della vaccinazione.

Ci sembra molto attuale quanto scrivevamo allora: “il ginecologo ha questo compito che è tecnico e al tempo stesso di counselling; dovrà farlo perché se è pur vero che le ragazze da vaccinare sono ancora seguite dal pediatra, se è giusto che le famiglie si consultino con i medici di medicina generale, se è logico che il personale sanitario dei servizi vaccinali delle Asl dovrà attuare le vaccinazioni, alla fin fine saranno però gli specialisti ginecologi che dovranno prendersi cura della salute dell'apparato genitale delle donne di domani.



Hpv Test batte Pap Test

I dati dello studio NTCC - New Technologies for Cervical Cancer Screening, appena pubblicati su Lancet Oncology, hanno dimostrato la maggiore capacità del test Hpv rispetto al vecchio, e comunque efficace, Pap test di rilevare lesioni precancerose

“**D**a quel che sappiamo, il nostro studio è il primo che mostra la maggiore efficacia del test Hpv rispetto al Pap test nella prevenzione del cancro invasivo nei Paesi sviluppati, dove lo screening citologico è implementato da anni e i cancri cervicali avanzati sono estremamente rari fra le donne che si sottopongono regolarmente a test di screening”. Guglielmo Ronco, dell'Unità di epidemiologia dei tumori del Centro per la prevenzione oncologica di Torino illustra così i dati dello studio NTCC, New Technologies for Cervical Cancer Screening, appena pubblicati su Lancet Oncology che hanno dimostrato la maggiore capacità del test Hpv rispetto al vecchio e comunque efficace Pap test di rilevare lesioni precancerose.

“I nostri risultati - hanno spiegato i ricercatori - supportano l'uso del test Hpv Dna per le donne di età superiore ai 35 anni nello screening primario a prolungati intervalli, riservando alla citologia il triage delle donne HPV positive”.

In pratica, ha illustrato, Ronco in una recente pubblicazione dell'Osservatorio Nazionale Screening, “un algoritmo che si è dimostrato molto efficace è eseguire in prima battuta il test Hpv. Qualora questo si dimostrasse positivo, procedere con lo stesso campione prelevato - dunque senza che la donna venga richiamata - all'esame citologico. Se anche questo è positivo, si procederà allora alla colposcopia. Nel caso in cui l'esame citologico fosse negativo, invece, ci sono buone probabilità che la donna non abbia alcuna lesione. Tuttavia, a un anno di distanza, la si può sottoporre a un nuovo test Hpv, e se risultasse ancora positiva - segno che l'infezione da Hpv rilevata con il test di primo livello non è regredita nel corso dell'anno - allora si procede con la colposcopia. Una procedura articolata, certo, che garantisce però un'alta affidabilità”.

Un tema, quello dell'informazione, su cui ha posto l'attenzione anche il sottosegretario alla Salute Francesca Martini, presente anch'essa all'incontro insieme al Presidente della Commissione sanità al Senato, Antonio Tomassini. “Il nostro impegno - ha commentato Martini - sarà intensificare ancor di più le azioni di informazione coinvolgendo anche medici di famiglia, pediatri e ginecologi al fine di fornire indicazioni dettagliate, chiare, omogenee e di elevata qualità per rendere le

donne sempre più consapevoli dell'importanza della prevenzione”.

Maggiore impegno per vincere l'Hpv

Un maggiore impegno delle istituzioni nella prevenzione sarebbe auspicabile: “l'Italia è, tra le nazioni occidentali, quella che investe meno in prevenzione”, ha sottolineato nel corso dell'incontro Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio Nazionale Salute Regioni. “Meno dell'1 per cento del Pil”. Uno sforzo ulteriore potrebbe contribuire a ridurre quelle disparità nell'accesso che costituiscono un serbatoio vitale per il virus da cui ha origine il carcinoma della cervice uterina, che, secondo le stime Oms conta ancora 500 mila nuovi casi e 250 mila decessi all'anno nel mondo.

“È necessaria una maggiore equità di accesso alla vaccinazione con ampliamento dell'offerta gratuita e di quella a prezzo agevolato anche ad altre coorti”, ha pertanto aggiunto Merzagora. “Le economie derivanti dal drastico abbassamento dei costi del vaccino negli ultimi due anni hanno liberato delle risorse impensabili al momento del lancio della campagna di vaccinazione”.

Insomma, oggi è pensabile puntare a una copertura più alta senza temere di far saltare la cassa del Servizio sanitario nazionale: “è una meta che possiamo raggiungere - ha concluso il senatore Tomassini - perché finalmente da questo terribile male si può guarire”. **Y**

delle campagne vaccinali, infatti, è proprio una comunicazione corretta”. Per questa ragione ONDA ha lanciato un progetto, sviluppato in colla-

borazione con il ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca per coinvolgere in prima persona le giovanissime e per allargare le coorti e che preve-

de la distribuzione a tutte le maturande del 2010 il volantino informativo “Hpv: che cos'è e come prevenire il cancro del collo dell'utero”.

Ai ginecologi spetterà l'onere di seguire nel tempo la vita sessuale e le sue conseguenze nella coppia, anche in considerazione del fatto che, viste le strette correlazioni esistenti tra la salute sessuale e quella riproduttiva, interventi realizzati in un ambito avranno inevitabilmente ripercussioni significative anche nell'altro”. Oggi ci rendiamo conto che non aver puntato sulla formazione e sull'informazione complessiva dei ginecologi ha portato ad una minor efficacia della campagna vaccinale; e ciò non soltanto in riferimento alle giovanette del target previsto ma anche nei confronti di quelle di età maggiore ma che comunque potrebbero giovare del vaccino. L'Aogoi ha per parte sua intrapreso molte iniziative selettive in questo campo, ma le difficoltà finanziarie degli ul-

timi tempi e la carenza di impegno delle istituzioni in questa direzione hanno generato un vuoto informativo con le conseguenze che oggi lamentiamo. Esiste, ed è documentato, un grande bisogno di informazione sul papillomavirus e sul vaccino contro di esso, ma i medici (persino i ginecologi) non sono stati in grado di sostenere un adeguato sforzo comunicativo. Oggi pertanto l'opinione pubblica, particolarmente dopo l'esperienza dell'influenza H1N1, appare piuttosto diffidente verso i vaccini in genere; le informazioni sul papillomavirus, poi, oscillano tra il terrorismo mediatico (“il cancro!”) e una inaccettabile trascuratezza (“è un'esagerazione!”).

Dunque, perché non proviamo a ripartire con un progetto condiviso tra tutti i soggetti interessati per il successo di

una così importante iniziativa di prevenzione?

Noi ginecologi siamo pronti: con il nostro bagaglio di esperienza e di cultura nella medicina di genere, con il nostro rapporto 'speciale' con le donne, con la capacità di trasmettere ogni giorno informazioni concrete e validate sul campo.

L'Aogoi, in qualità di rappresentante della stragrande maggioranza dei ginecologi italiani, capillarmente presente in tutte le regioni italiane, è in grado di garantire la qualità e l'omogeneità dell'informazione ai cittadini nel campo della prevenzione del cervicocarcinoma e sull'importanza della vaccinazione contro il papillomavirus. Se sarà messa nella condizione di operare - insieme a quanti, istituzioni, associazioni, ministero, abbiano a cuore la salute delle

donne e la loro difesa da questa malattia - saprà farsi carico della formazione (e della corretta informazione scientifica) dell'intero corpo dei ginecologi italiani.

Questa è una battaglia di civiltà che si vince soltanto uniti: senza i ginecologi però è un po' più difficile, come i dati riportati purtroppo dimostrano. Il nostro auspicio è che rapidamente si ponga rimedio ad un errore di impostazione che sottovalutando l'importanza del ruolo del ginecologo rischia di compromettere il buon esito della vaccinazione anti-Hpv e di perdere un'eccellente opportunità per stabilire un buon rapporto con gli adolescenti, maschi e femmine, in tema di sessualità e di prevenzione delle Mts, in un contesto più vasto di educazione alla medicina preventiva.

Presentata all'Iss la Linea guida sul Taglio cesareo

Per una scelta consapevole al Tc: l'informazione alle mamme

Sono una macchia nell'efficienza del sistema sanitario italiano. I parti cesarei in un trentennio sono saliti di ben 26 punti percentuali (dall'11% del 1980 al 38% del 2008). Siamo così il Paese a livello europeo con la più alta percentuale di cesarei, seguiti solo dal Portogallo con il 33% e ben distanziati dal 15% dell'Olanda. E con grandi differenze a livello regionale: si va dal 23% della provincia di Trento e del Fvg al 62% della Campania.

Alla luce di questi scenari il Sistema nazionale per le Linee guida dell'Iss ha elaborato una Linea guida su "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole". Al progetto, finanziato dal ministero della Salute, hanno partecipato un gruppo multidisciplinare formato da esperti, rappresentanti delle società scientifiche del settore, tra cui e delle associazioni dei cittadini. La Linea guida affronta in particolare il tema della *patient oriented care* (il documento è consultabile sul sito internet <http://www.snlg-iss.it>). Obiettivi: informare le donne su rischi e vantaggi del parto con taglio cesareo per arrivare ad una scelta consapevole; fornire supporto e strumenti per vincere l'eventuale paura del parto naturale; migliorare la comunicazione tra le donne e gli operatori sanitari sulle modalità di parto.

E questa è solo la prima parte di un progetto più ampio che si concluderà alla fine del 2010 e prenderà in esame le indicazioni al taglio cesareo elettivo, l'appropriatezza di procedure diagnostiche e manovre impiegate nella pratica clinica corrente e le ricadute del Tc sulle future gravidanze e modalità di parto. "Questa linea guida - ha spiegato Enrico Garaci, presidente dell'Istituto superiore di sanità - rappresenta il passo iniziale, per quanto significativo, di un percorso che è anche una sfida, da giocarsi sul terreno del consolidamento delle buone pratiche nell'assistenza alla nascita. Siamo consapevoli che per governare la complessità del fenomeno non bastano delle raccomandazioni, seppure suffragate dalle migliori prove disponibili, ma si richiede, piuttosto, un riorientamento complessivo del sistema, un approccio integrato

in cui le misure di programmazione sanitaria, a livello nazionale e regionale, sappiano coniugarsi con l'implementazione di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale". Questo, conclude Garaci, "nella consapevolezza che su questa capacità di agire come sistema si deciderà, in larga misura, il futuro della sanità pubblica in Italia".



in cui le misure di programmazione sanitaria, a livello nazionale e regionale, sappiano coniugarsi con l'implementazione di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale". Questo, conclude Garaci, "nella consapevolezza che su questa capacità di agire come sistema si deciderà, in larga misura, il futuro della sanità pubblica in Italia".

Partiamo dall'informazione alla donna

Le Linee guida nascono da una richiesta istituzionale del ministro della Salute. E la richiesta istituzionale, a sua volta, nasce dall'evidenza del ricorso improprio al taglio cesareo.

"Gli ultimi dati del 2008 - ha ricordato Serena Donati, coordinatrice del gruppo di lavoro dell'Iss - rilevano una percentuale di Tc a livello nazionale di 38,4%. Un valore fuori linea rispetto a quanto accade negli altri Paesi europei che si attestano mediamente intorno al 20-25%. Inoltre abbiamo una variabilità preoccupante non solo a livello regionale, ma anche tra Asl e Asl e persino tra punto nascita all'interno della stessa Asl. Differenze figlie di una mancata appropriatezza nell'indicazione a questa pratica. Una pratica salvavita che, lo ricordo, è sicuramente fondamentale, tant'è che se l'Oms da un lato raccomandava

di non superare il 15% di Tc dall'altro suggerisce anche di non scendere sotto la soglia del 5%, questo perché molte del Sud del mondo non arrivano ad avere un cesareo nonostante l'indicazione appropriata e quindi muoiono di parto".

Quindi, occorre compiere un giro di boa. Anche perché spesso, ha sottolineato Donati: "Si pensa che siano le scelte materne a far aumentare i cesarei, ma i dati non confermano questa affermazione. Infatti, in tutte le indagini realizzate, la stragrande maggioranza della donne alla domanda su quale tipo di parto avrebbero preferito, anche quelle che hanno avuto un cesareo, indicano lo spontaneo". Tradotta in cifre, la richiesta materna di cesareo riguarda appena il 6-7% dei casi.

Per questo la Linea guida presentata all'Iss parte dalla donna. O meglio dalle modalità più appropriate per fornire alle mamme le indicazioni necessarie per scegliere liberamente come partorire avendo acquisito informazioni scientifiche chiare e complete sulle modalità di espleta-

Il panel multiprofessionale che ha elaborato la linea guida

Responsabile del progetto
Alfonso Mele
Istituto superiore di sanità

Coordinatori
Giovanni Baglio
Istituto superiore di sanità
Serena Donati
Istituto superiore di sanità
Cristina Morciano
Istituto superiore di sanità

Panel
Giovanna Bestetti
Ministero della salute
Rossella Barbanti Ausl, Viterbo
Vittorio Basevi CeVEAS - Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, Ausl, Modena
Giovanna Bestetti
Università degli studi, Milano
Guerino Carnevale
Ministero della salute
Ivana Castelletti Società Italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva
Luana Danti Associazione scientifica Andria, Torino
Alessandra De Palma Unità operativa di medicina legale, Ausl, Modena
Maria Grazia Frigo Club italiano anestesisti ostetrici
Alessandro Ghirardini Ministero della salute
Raffaella Michieli Società italiana di medicina generale
Massimo Moscarini Associazione ginecologi universitari italiani
Nicola Natale Società italiana di ginecologia e ostetricia
Fabrizio Niccolini Azienda ospedaliera Careggi, Firenze
Anita Regalia Azienda ospedaliera S. Gerardo, Monza
Bruno Rusticali Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
Barbara Siliquini Associazione parto naturale
Fabio Sirimarcio Associazione ospedaliera ginecologi ostetrici italiani
Angela Spinelli Istituto superiore di sanità
Maria Vicario Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche
Rinaldo Zanini Società italiana di neonatologia

Formatori dei valutatori della letteratura

Giovanni Baglio
Istituto superiore di sanità
Salvatore De Masi Asl 6, Livorno
Serena Donati Istituto superiore di sanità
Letizia Sampaolo Istituto superiore di sanità

Valutatori della letteratura
Patrizia Brigoni Sistema nazionale per le linee guida
Elena Cesari Azienda ospedaliera Sant'Antonio Abate, Gallarate (Varese)
Andrea Lo Vecchio Università Federico II, Napoli

Documentalisti
Rosaria Rosanna Cammarano Istituto superiore di sanità
Maurella Della Seta Istituto superiore di sanità

Referee
Salvatore Alberico Irccs Burlo Garofolo, Trieste
Anna Aprile Università degli studi, Padova
Sandro Spinsanti Istituto Giano, Roma

Iss- Sistema Nazionale per le Linee Guida (Snlg)

È online sul sito www.snlg-iss.it il testo completo della linea guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", dedicata agli aspetti della comunicazione tra gli operatori sanitari e le donne, in particolare sui temi dell'informazione sulle modalità di parto, del consenso informato e della gestione della richiesta materna di taglio cesareo in assenza di motivazioni cliniche. È stata inoltre predisposta una versione divulgativa specificamente rivolta alle donne: "Taglio cesareo solo quando serve".

E ora tocca al Css

Il Consiglio superiore di sanità ha in mano il futuro della Ru 486 nel nostro Paese

di Cesare Fassari

Appena insediato, il neo Consiglio superiore di sanità, dovrà affrontare una pratica che scotta: la Ru 486. La questione non è di lana caprina. Sul tavolo resta infatti l'incertezza sul come debba essere gestita la pillola abortiva. Un'incertezza che ha già provocato una spaccatura nelle Regioni, come evidenzia la nostra indagine pubblicata in ultima pagina. Secondo l'autorizzazione Aifa la somministrazione deve avvenire in regime di ricovero in un ospedale pubblico ma, non essendo stato specificato che quel ricovero debba essere "ordinario", si è aperta la possibilità che esso possa svolgersi anche in day hospital, come già avviene nella maggior parte dei Paesi europei e come hanno già annunciato di volere fare alcune regioni. Il Governo, e in particolare il ticket Sacconi-Roccella, si è sempre detto contrario a tale possibilità richiamando l'obbligo, in base a quanto disposto dalla legge 194, della permanenza in ospedale per tutto il periodo necessario all'interruzione di gravidanza. Un obbligo che, secondo molti osservatori, non sarebbe invece contemplato dalla legislazione sull'aborto che in nessuna parte del testo prevede tale indicazione vincolante. Vista così la querelle apparirebbe circoscritta ad una disputa legislativa, materia sulla quale, recentemente, lo stesso Css si è dichiarato non competente (vedi verbale del Comitato di presidenza del 9 aprile 2008 sulle nuove linee guida della legge 40 sulla fecondazione assistita dove si leggeva che "sui presupposti giuridici (...) il Css, organismo di natura squisitamente tecnico-scientifica, non è legittimato ad esprimersi").

Del resto nell'annunciare la richiesta di parere, il ministro Fazio ha parlato di "una valutazione della situazione attuale e in particolare della disomogeneità a livello regionale e se e come stilare delle linee guida uniformate a livello nazionale". In proposito l'attuale Css potrebbe convenire sull'opportunità di riprendere in esame le osservazioni che lo stesso Css fece nel 2004 e nel 2005 in occasione di due diversi pareri richiesti all'epoca della sperimentazione della Ru 486 presso l'ospedale Sant'Anna di Torino, quando il farmaco non era ancora stato autorizzato. In quei pareri il Css di allora non ebbe dubbi: la sperimentazione andava condotta assicurando la permanenza della

donna in ospedale per tutto il tempo necessario. Quindi niente day hospital. Ma allora si trattava appunto di una sperimentazione, svolta tra l'altro usando dosaggi diversi del principio attivo rispetto a quelli contenuti nella confezione in commercio.

Ora è diverso. La Ru 486 è stata regolarmente autorizzata. Non siamo più di fronte a sperimentazioni ma dinanzi a un farmaco di uso ospedaliero inserito in prontuario con specifiche e ben chiare indicazioni cliniche e posto quindi sotto la diretta responsabilità del medico che lo prescriverà e somministrerà.

Anche qualora il Css dovesse concludere che il ricovero ordinario assicurerebbe un migliore monitoraggio della paziente rispetto al day hospital e convenisse sull'opportunità di emanare apposite linee guida nazionali, esse potrebbero in ogni caso trovare l'obiezione costituzionale delle Regioni ma anche degli stessi operatori sanitari, i quali vedrebbero fortemente limitata la loro autonomia professionale che li autorizza a stabilire il da farsi, caso per caso, in "scienza e coscienza".

È tuttavia indubbio che un parere del genere costituirebbe un presupposto molto ingombrante a favore di una prassi rispetto ad un'altra in caso di futuri contenziosi medico-legali.

Quindi, nei fatti, il Css ha in mano il futuro della Ru 486 nel nostro Paese, perché se dovesse prevalere, come possibile e forse probabile, l'orientamento favorevole al ricovero ordinario e venisse in qualche modo sancito l'obbligo di permanenza in ospedale per tre giorni, le ragioni e la convenienza, anche psicologica, di questa pratica abortiva alternativa all'intervento chirurgico (oggi gestito con ricovero in day hospital), verrebbero sostanzialmente a mancare.

A meno che, con una soluzione tutta italiana, ci si metta d'accordo sull'indicazione del ricovero ordinario salvo poi scaricare tutta la responsabilità della dimissione anticipata sulla donna, "suggerendole" di esprimere il consenso per tornare a casa dopo il primo giorno di ricovero con l'accordo implicito di ritornare in ospedale due giorni dopo, al momento dell'espulsione del feto. Un'ipotesi sconcertante ma tutt'altro che sibillina, considerando che nessuna legge e tantomeno alcuna linea guida, possono impedire a un paziente ricoverato di lasciare l'ospedale qualora questa sia la sua manifesta volontà.

La pillola abortiva divide le Regioni

RU 486: day hospital o ricovero ordinario?

di Stefano Simoni

Ormai manca solo la "fustella". Una volta che il Poligrafico dello Stato terminerà la stampa delle etichette, contenenti il codice a barra e le altre indicazioni di legge, la ditta francese produttrice della RU 486 inizierà a spedire le confezioni in tutta Italia. Questione di qualche settimana al massimo (si parla di metà marzo), hanno confermato dal quartier generale di Parigi della Exelgyn. Tutto a posto, quindi? Non tanto, perché al momento - secondo i dati raccolti da *Il Bisturi* - solo sei Regioni italiane (Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana, Trento e Veneto) hanno già deciso come somministrare la RU 486 alle donne che vorranno effettuare l'aborto farmacologico in alternativa a quello chirurgico. Tutte le altre non hanno ancora preso una decisione. In particolare, Lombardia, Toscana e Veneto hanno deliberato per il ricovero ordinario per tutta la durata dell'interruzione di gravidanza (normalmente tre giorni), mentre Emilia Romagna, Piemonte e P.A. di Trento, hanno seguito la via della possibilità del day hospital, prevedendo appositi protocolli che consentono comunque il monitoraggio costante della donna, anche al di fuori dell'ospedale, per l'arco di tempo necessario all'aborto.

Le altre Regioni aspettano indicazioni. Indicazioni che potrebbero prendere la forma di vere e proprie linee guida nazionali, come auspicato dal ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Maurizio Sacconi (che ha mantenuto la delega politica per le questioni etiche) e dal sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella o, come preferito dalle Regioni, di un'intesa in Conferenza Stato-Regioni. Su tutto peserà senz'altro il parere del Consiglio superiore di sanità, annunciato dal ministro Ferruccio Fazio (anche se la richiesta formale di parere non è stata ancora inoltrata al neo presidente Enrico Garaci), che tornerà a pronunciarsi sulla RU 486 dopo averlo già fatto in occasione della sperimentazione della pillola all'ospedale S. Anna di Torino nel biennio

■ **Un'inchiesta de *Il Bisturi* rivela che, alla vigilia dell'arrivo della pillola abortiva, solo 6 Regioni hanno deciso quale via di somministrazione adottare. Le altre aspettano indicazioni da Roma e c'è qualcuno che ha rimandato la scelta al dopo elezioni di marzo**

2004/2005. Comunque ad oggi nulla è ancora stato deciso e il quadro che emerge dall'indagine è quello di una preoccupante confusione, almeno nelle Regioni ancora indecise sul da farsi. In questi ultimi casi, infatti, pur essendo state fatte riunioni, attivati tavoli tecnici e commissioni sanitarie allo scopo di raccogliere i pareri degli esperti e per sviluppare analisi dei costi a seconda degli scenari prospettabili, per il momento si è stabilito di aspettare. E tra le motivazioni poste figura anche l'esito delle elezioni di marzo, "perché - hanno rilevato alcuni interlocutori - questa decisione non è solo sanitaria ma anche etica e politica".

Quindi per il momento il rischio che si possa aprire una via regionale alla RU 486 è reale. E lo sa bene il Governo. Da qui

l'annuncio della richiesta di un parere al Css per, ha spiegato il ministro della Salute Ferruccio Fazio "una valutazione della situazione attuale e in particolare della disomogeneità a livello regionale e se e come stilare delle linee guida uniformate a livello nazionale".

Dal suo canto il ministro Sacconi ha fatto sapere che il Governo detterà "ulteriori linee guida sull'obbligo di ricovero ospedaliero per l'aborto farmacologico. E questo perché, secondo Sacconi, "anche se l'Agenzia del farmaco è stata chiara ed ha indicato la necessità di un pieno e continuo controllo ospedaliero, il Governo ritiene che l'aborto farmaceutico debba svolgersi in condizioni di ricovero ospedaliero ordinario per essere coerente con la legge 194 e per la salute della donna". Per questo, ha spiegato Sacconi, il Governo procederà ad emanare ulteriori linee guida per chiarire la necessità di ricovero nell'utilizzo della pillola abortiva.

Ancora più netta il sottosegretario Roccella che esprime un secco "no al day hospital: la pillola RU486 deve essere somministrata in regime di ricovero ospedaliero ordinario, come previsto dalla legge 194.

Nella direttiva comunitaria sul mutuo riconoscimento - ha sottolineato - è stabilito chiaramente che prevale la legge nazionale, e la nostra legge sull'aborto stabilisce la necessità del ricovero ordinario. In questo senso c'è anche il parere del ministro Sacconi che abbiamo inviato all'Unione Europea e che comunicheremo anche alle Regioni". Sono queste ultime, scandisce Roccella, "a doversi dotare di linee guida compatibili". La questione, insomma secondo il sottosegretario, non lascia adito a dubbi: "La pillola abortiva va somministrata in regime di ricovero ordinario e con attento monitoraggio. Le regioni dovranno rispettare la legge: è una direttiva comunitaria che lo impone". Ma, al momento, le Regioni, o si sono già divise o aspettano.

Le Regioni e la RU 486

Si al day hospital

Emilia Romagna
Piemonte
P.A. di Trento

Solo ricovero ordinario

Lombardia
Toscana
Veneto

Non hanno ancora deciso

Abruzzo
Basilicata
Calabria
Campania
Friuli Venezia Giulia
Lazio
Liguria
Marche
Molise
Puglia
Sardegna
Sicilia
Umbria
Valle d'Aosta

Nota: La P.A. di Bolzano non ha risposto all'inchiesta

Fonte: indagine de *Il Bisturi*, febbraio 2010



Contenzioso medico-legale

Responsabilità del medico in caso di insuccesso terapeutico

di Pier Francesco Tropea

Appartiene ormai alla quotidiana constatazione la ricerca spasmodica dell'attribuzione di una responsabilità da parte del paziente che ha subito un danno conseguente ad un trattamento medico. In tali casi è prassi consolidata che in sede giudiziaria civile vengano chiamati in causa sia l'Istituto di cura che il medico che si è fatto carico dell'assistenza del paziente, ciascuno per la parte di rispettiva competenza.

Un problema giuridico si può porre nel caso della Casa di cura privata in cui il sanitario che ha effettuato l'intervento non sia strutturato, ma agisca in qualità di collaboratore esterno più o meno occasionale. In verità, a tale quesito la giurisprudenza di legittimità ha già risposto in questi ultimi anni affermando che l'Istituto presso il quale è avvenuta la prestazione sanitaria risponde sempre a titolo di responsabilità contrattuale, anche laddove il medico che si è avvalso della struttura sanitaria e delle sue attrezzature, non ha rapporti di dipendenza con quest'ultima. A tal proposito, merita di esser riportata la pronuncia della Cassazione n. 13953 del giugno 2007, nella parte che si occupa della problematica più sopra accennata.

Casa di cura e medico non strutturato

La sentenza afferma testualmente: "il rapporto che si instaura tra paziente e Casa di cura (o ente ospedaliero) ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente) insorgono a carico della Casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo "lato sensu" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicanze o emergenze. Ne consegue che la responsabilità della Casa di cura o dell'ente nei confronti del paziente ha natu-

■ Una puntuale informazione sui rischi e le eventuali complicazioni connessi a un intervento chirurgico programmato ai fini dell'ottenimento di un valido consenso da parte del paziente si dimostra un elemento essenziale anche in questa sentenza, che affronta alcune delle principali problematiche legate alla chiamata in causa del sanitario



ra contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente o comunque dal medesimo scelto".

Insuccesso terapeutico e responsabilità medica

Prescindendo dal problema della chiamata in causa della struttura sanitaria in caso di evento dannoso occorso al paziente in

regime di ricovero (questione questa che ha ricevuto risposta univoca da parte della Giurisprudenza corrente, come più sopra riportato) in presenza di un insuccesso terapeutico nasce spontaneo il quesito della relazione causale tra la condotta del medico e l'evento, condizione indispensabile per affermare o escludere la responsabilità del sanitario nel caso in oggetto.

Analizzando un caso pervenuto all'esame della Corte di Cassazione (Sez. III Civ. sentenza n. 24742, novembre 2007), concernente una lesione nervosa conseguente a un intervento chirurgico, appare evidente il nesso di causalità tra l'operazione e il danno verificatosi e quindi la responsabilità commissiva del chirurgo operatore. Considerata come scontata tale circostanza, il problema che si è posto all'attenzione dei Giu-

dici è quello di verificare l'esistenza e la validità di un consenso informato prestato dal paziente preventivamente all'intervento, essendo stata acclarata l'evenienza di una non rara incidenza della complicità verificatasi in questo tipo di chirurgia.

Il nodo del consenso informato

Un primo quesito è relativo alla necessità di raccogliere il consenso del paziente anche laddove si palesi l'opportunità di procedere all'intervento nell'interesse del recupero della salute del malato stesso.

Sul punto, i Giudici hanno fatto riferimento ad una precedente pronuncia della Cassazione (sentenza n. 5444, marzo 2006) nella quale si afferma che "in tema di consenso informato prima di un intervento chirurgico, la necessità o meno per il paziente di sottoporsi all'intervento stesso è del tutto indifferente ai fini della configurazione della condotta omissiva dannosa e dell'ingiustizia del fatto, la quale sussiste per la semplice ragione che il paziente, a causa del deficit di informazione, non è stato messo in condizione di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni e che, quindi, tale trattamento non può dirsi avvenuto previa prestazione di un valido consenso e appare eseguito in violazione tanto dell'art. 32 Cost. comma 2 (a norma del quale nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge) quanto dell'art. 13 Cost. (che garantisce l'inviolabilità della libertà personale con riferimento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica) e Legge 23 dicembre 1978 n. 833, art. 33 (che esclude la possibilità di accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente, se questi è in grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità ex art. 54 c.p.)".

Lo "stato di necessità"

Il richiamo all'art. 54 c.p. è quanto mai opportuno, in quanto per il passato il medico, al fine di giustificare di aver operato in assenza di consenso del malato, si è trincerato dietro un ipotetico stato di necessità che garantisse al sanitario la condizione di impunità. In proposito, va sottolineato che la Giurisprudenza tende oggi ad applicare in modo restrittivo la scriminante prevista dall'art. 54 c.p., nel senso che il medico è legittimato a praticare un intervento in assenza di consenso del paziente solo se si dimostra realmente e rigorosamente la necessità e l'urgenza di intervenire per salvare la vita del paziente stesso che in quel momento non è stato in grado di esprimere un valido assenso o un aperto dissenso all'operazione.

Il consenso imperfetto

In tema di consenso valido, ci si deve soffermare soprattutto sull'obbligo che il medico assume circa l'informazione concernente i rischi connessi con l'intervento chirurgico programmato e ciò allo scopo di fornire al malato la facoltà di consentire o dissentire circa il trattamento chirurgico, aderendo ad un'alternativa terapeutica a lui opportunamente prospettata dal sanitario.

Infatti, se è mancato questo tipo di informazione specificamente finalizzata all'illustrazione del rischio chirurgico, il consenso all'intervento, anche se prestato per iscritto dal paziente, può essere considerato imperfetto e quindi non valido. Pertanto, il Medico che non fornisca informazioni al paziente sui rischi che l'intervento chirurgico programmato presenta, addirittura affermando, come nel caso in questione, l'assenza di un rischio operatorio, incorre in un inadempimento contrattuale che obbliga il sanitario, nel caso di evento dannoso, al risarcimento del danno in sede civile.

Danno biologico e danno esistenziale

Circa le varie voci di danno risarcibile che hanno condotto ad un notevole incremento delle cifre di risarcimento concesse dai Giudici, nella sentenza in oggetto viene fatto esplicito riferimento al danno biologico che è inteso come menomazione dell'integrità psico-fisica della persona, in tale nozione rientrando tutte le ipotesi di danno indipendente dalla capacità reddituale del soggetto, ivi compresi il danno estetico e quello concernente la vita di relazione.

Sul punto, la Corte di Cassazione

► Segue a pagina 30

A fine marzo il rinnovo di 13 Giunte e consigli regionali

Sanità

protagonista assoluta del voto regionale

Un viaggio nella sanità delle 13 Regioni che andranno al voto il 28 e 29 marzo. Programmi e desiderata dei diversi schieramenti politici che su una cosa la pensano allo stesso modo: sulla sanità ci si può giocare le elezioni

Siamo agli ultimi atti della campagna elettorale. Poche settimane per scegliere chi votare alle elezioni che il 28 e 29 marzo vedranno i candidati di 13 Regioni contendersi la presidenza delle Giunte. Poche settimane alla scelta e poche alle spalle per pesare le candidature. La campagna elettorale è infatti partita tardi, soprattutto in alcune Regioni, do-

ve i partiti sono stati occupati fino all'ultimo nella scelta dei candidati. Una cosa, però, è emersa subito con chiarezza: la campagna elettorale si sarebbe giocata in gran parte sulla sanità. Del resto il sistema sanitario si porta dietro circa il 75% dei bilanci regionali e ha un peso indiscutibile nelle strategie e nelle scelte di natura politica, economica e sociale delle Re-

gioni, tanto più adesso, con l'attuazione del federalismo. In molte realtà locali il Ssn è la prima "impresa" del territorio per risorse impiegate ed occupati e in ogni caso è sulla sanità, sulla qualità dei servizi, sui tempi di attesa e la accessibilità alle cure che sempre ci si può giocare, nel bene e nel male, l'ambita poltrona di Governatore.

Lombardia

FORMIGONI VERSO IL 4° MANDATO



Roberto Formigoni non è messo in discussione. Il centrosinistra presenta l'ex presidente della Provincia, **Filippo Penati**. E poi **Savino Pezzotta** (Udc); **Vittorio Agnoletto** (Federazione della sinistra); **Marco Cappato** (lista Bonino-Pannella); **Claudio Crimi** (Movimento Cinque stelle di Beppe Grillo)

LA "FORZA" DEL PRIVATO

I lombardi, e soprattutto chi governa da ormai tre legislature, pongono il Ssr tra i fiori all'occhiello della Regione. E in effetti la qualità della sanità lombarda è universalmente riconosciuta al di là di dibattito sulla forte presenza della componente privata, che copre il 55% degli istituti. Un primato, quello della sanità lombarda contestato anche da Veneto, Emilia Romagna e Toscana (vedi schede). E a ben guardare i numeri ci sono: presentando il Rapporto "La

valutazione dell'efficacia ospedaliera 2004-2008 per la Lombardia", il presidente Formigoni ha ricordato che la spesa regionale è più bassa della media nazionale (6,7% del Pil regionale contro l'8,7% del Pil nazionale); e anche il costo pro capite è inferiore, 1.600 euro pro capite contro i 1.700 a livello nazionale; le prestazioni ambulatoriali sono aumentate del 7,5% nel solo 2008 rispetto al 2007, mentre i ricoveri in strutture pubbliche sono diminuiti del 10%. Ma Formigoni dimentica di citare che i cittadini, spesso, sono costretti a causa della insufficiente offer-

ta pubblica, a ricorrere alle cure private, con un tasso di ospedalizzazione per acuti tra i più alti di Italia: 26,4 ogni mille abitanti (dati Aiop 2008). Anche se Formigoni sottolinea come la Lombardia - che non è la Regione con la maggior presenza del privato in sanità (si classifica, infatti, al settimo posto dopo Calabria, Lazio, Campania, Emilia Romagna, Sicilia e Abruzzo) - sia quella "in cui si realizza il miglior mix tra pubblico e privato".

Veneto

E ORA TOCCA ALLA LEGA



Per il centrodestra è candidato l'attuale ministro all'agricoltura **Luca Zaia**, mentre per il centrosinistra è **Giuseppe Bortolussi** della Cgia di Mestre. Udc e Unione Nordest sostengono **Antonio de Poli**, coordinatore Udc. **Gianluca Panto** è il candidato del Partito Nazionale Veneto (Pnv), mentre per il partito "Partito dei Veneti" il candidato è **Silvano Polo**, già sindaco di San Bonifacio (Vr).

TRADIZIONE E CONTINUITÀ

Così come la Lombardia, la sanità veneta ha una lunga e gloriosa tradizione, con un'elevata offerta socio-sanitaria. Tuttavia, i sindacati denunciano mancanza di fondi e ritardi nei pagamenti degli stipendi al personale medico e paramedico. Accuse che il presidente Galan e l'assessore alla Sanità Sandro Sandri rispediscono al mittente affermando che invece i conti sono in ordine, tant'è che il saldo finale tra il risultato di gestione del 2008 (-201 milioni) e i finanziamenti disposti a copertura dalla Regione con la sua manovra finanziaria (216 milioni 743 mila euro) producono un attivo di oltre 15 milioni di euro. Secondo il presidente, il deficit della Regione è calcolato, prevedendo già le manovre per coprirlo e "non con ticket e tagli", ma "soprattutto con l'Irpef alle banche e sui redditi più alti".

Certo, la decisione della GlaxoSmithkline di chiudere il Centro Ricerche di Verona avrà delle ricadute sia economiche sia sulle numerose collaborazioni instaurate con la Regione, per esempio in materia di prevenzione e promozione della salute.

re il Centro Ricerche di Verona avrà delle ricadute sia economiche sia sulle numerose collaborazioni instaurate con la Regione, per esempio in materia di prevenzione e promozione della salute.

Numeri		
€	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	16.904
	diretta	9.551
	convenzionata	7.353
👤	Dipendenti pubblici	102.418
	sanitari	60.567
	amministrativi	11.317
	Dipendenti privati	10.773
🛏️	Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	3,88
	non acuti	0,77
	residenziali	4,64
	Anziani in Adi (%)	3,52
💊	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	6,7
	Abitanti per ogni farmacia	3.459

Numeri		
€	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	8.652
	diretta	5.529
	convenzionata	3.123
👤	Dipendenti pubblici	59.609
	sanitari	39.669
	amministrativi	6.231
	Dipendenti privati	3.416
🛏️	Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	3,71
	non acuti	0,59
	residenziali	0,40
	Anziani in Adi (%)	5,14
💊	Ricette pro-capite per la farmaceutica convenzionata	6,9
	Abitanti per ogni farmacia	3.685

Piemonte

SFIDA ACESA TRA PD E LEGA



Il Pd sceglie come candidato il presidente uscente **Mercedes Bresso**, sostenuta anche dall'Udc. Il Pdl ha nominato **Roberto Cota**, capogruppo Carroccio alla Camera. Poi **Davide Bono** per la lista "Movimento cinque stelle Piemonte" di Beppe Grillo; **Renzo Rabellino**, consigliere della Provincia di Torino, con una propria lista

BATTAGLIA DI CIFRE SUL DEFICIT

"Una sanità allo sfascio", con un disavanzo di 1 miliardo e 300 milioni di euro e un contrazione dei servizi ai cittadini. Sarebbe questa la situazione piemontese secondo il consigliere regionale Pdl

e componente della Commissione regionale Sanità, Caterina Ferrero. Ma il presidente uscente Bresso ribadisce in questi giorni che invece "non lasciamo un euro di debito nella sanità. Se avessimo trovato il pareggio di bilancio quando siamo arrivati - ha aggiunto alludendo alla situazione al momento del suo insediamento cinque anni fa, dopo dieci anni di governo di centrodestra guidato da Enzo Ghigo - ora avremmo 115 milioni di euro in più da spendere in servizi sanitari per i cittadini".

La candidatura di Bresso rappresenta, peraltro, il caso più significativo dell'alleanza tra centrosinistra e Udc, che non ha ritenuto di appoggiare il leghista Roberto Cota.

Numeri

€	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	8.253
	diretta	5.397
	convenzionata	2.856
Dipendenti pubblici	sanitari	57.472
	amministrativi	36.684
Dipendenti privati	sanitari	8.081
	amministrativi	3.264
Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	non acuti	3,48
	residenziali	0,91
Anziani in Adi (%)	residenziali	0,43
	totali	1,53
Ricette pro-capite	per la farmaceutica convenzionata	7,8
	Abitanti per ogni farmacia	2.834

Liguria

BURLANDO TENTA IL BIS

Claudio Burlando sarà il candidato del centrosinistra appoggiato anche dall'Udc, mentre il centrodestra schiera **Sandro Biasotti**

RISANAMENTO: MISSIONE COMPIUTA



La Liguria è la Regione d'Italia con il maggior numero di ultra sessantacinquenni, con tutte le conseguenze che questo ha sull'organizzazione e i costi assistenziali. Regione sottoposta al piano di rientro, ha comunque avviato un percorso di risanamento conquistando anche il plauso del Governo e recuperando 852 milioni di deficit con risparmi sui farmaci, negli ospedali e sul personale, ma senza strozzare i servizi.

Non va ancora bene il day hospital, specie nella Asl di Genova: spesso serve a erogare semplici prestazioni ambulatoriali. Invece, è un'eccellenza il day surgery, in particolare a La Spezia e a Savona. La Liguria, però, è sotto la media nazionale nel campo della prevenzione, e deve migliorare le liste di attesa. Buono, invece, il risparmio sulla spesa farmaceutica, grazie al ricorso dei generici.

Quanto alle politiche del personale, c'è stato un taglio di 870 posti, e sono stati stabilizzati 1.042 precari. Secondo l'Opposizione di centrodestra, tut-

tavia, la sanità ligure non è ancora in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini, in particolare per l'assistenza alle fragilità. E su questo preme Sandro Biasotti, candidato alla presidenza per il centrodestra della Regione Liguria, che promette di "riorganizzare la rete di assistenza per gli anziani ed i disabili, sviluppare le case della salute, ridurre le liste d'attesa a trenta giorni al massimo per le visite urgenti e 60 giorni al massimo per gli altri casi".

Numeri

€	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	3.225
	diretta	2.174
	convenzionata	1.051
Dipendenti pubblici	sanitari	25.895
	amministrativi	15.365
Dipendenti privati	sanitari	2.456
	amministrativi	268
Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	non acuti	4,25
	residenziali	0,92
Anziani in Adi (%)	residenziali	0,45
	totali	3,07
Ricette pro-capite	per la farmaceutica convenzionata	9,3
	Abitanti per ogni farmacia	2.720

Emilia Romagna

ERRANI SI FA IN "QUATTRO"



Vasco Errani (Pd) sostenuto dal centrosinistra corre per il quarto mandato; **Anna Maria Bernini** (Pdl) con l'appoggio della Lega; **Gian Luca Galletti** per l'Udc; tra i minori **Giovanni Favia** (Movimento Cinquestelle, Beppe Grillo), **Werther Casali** (candidato virtuale radicale in attesa delle firme necessarie). Ancora da definire sigle a sinistra del Prc

UN MODELLO QUASI PERFETTO

È indiscutibilmente uno dei sistemi sanitari regionali più efficienti del Paese, con un governo di centrosinistra forte guidato da Vasco Errani (a capo anche della Conferenza dei presidenti delle Regioni) e un assessorato alla Sanità condotto da Giovanni Bissoni, una delle figure di riferimento delle politiche sanitarie italiane. Che si contende con la Toscana dell'assessore Enrico Rossi lo scettro dell'efficienza sanitaria targata centro sinistra.

Spicca, in particolare, la qualità della rete delle cure primarie, sviluppata attraverso un'oculata riorganizzazione della rete ospedaliera. Il segreto del successo emiliano è stato quello di intervenire per tempo e sulla base di una programmazione studiata in ogni dettaglio.

L'accorpamento e la riduzione delle attività ospedaliere è avvenuto contestualmente alla creazione di risposte alternative sul territorio. Questo ha permesso di offrire ai cittadini risposte di salute appropriate ed efficaci, salvaguardando l'eccellenza della rete ospedaliera, punto di riferimento per molte altre Regioni italiane. Un modello perfetto? Purtroppo nulla è perfetto. Due vicende balzate agli onori della cronaca hanno recentemente provocato uno scossone sui vertici regionali. Anzitutto l'indagine della ma-

gistratura su Cup2000 (la società controllata dalla Regione che gestisce il centralino unico delle prenotazioni di Bologna) nell'ambito dello scandalo che ha portato alle dimissioni del sindaco di Bologna Delbono, accusato di truffa. E poi il mancato ingresso del senatore e trapiantologo Ignazio Marino nello staff chirurgico del Policlinico Sant'Orsola di Bologna. Un'intercettazione tra due medici del Sant'Orsola - rilevata nel corso di un'inchiesta della Procura di Crotone - lasciava infatti credere che l'incarico fosse saltato a causa della candidatura di Marino alla segreteria del Pd contro Pierluigi Bersani, sostenuto dai vertici regionali. La polemica è rientrata subito, ma la vicenda ha comunque lasciato un'ombra sulla presenza della politica nell'affidamento degli incarichi.

Toscana

LA CORSA DELL'EX ASSESSORE



L'attuale assessore al diritto alla salute **Enrico Rossi**, sostenuto da Pd, Idv, Ps, Verdi e Federazione della Sinistra che riunisce Prc, Pdc e socialismo 2000 si candida per il centrosinistra. Pdl e Lega Nord sostengono il sindaco di Castiglion della Pescaia (Grosseto) **Monica Faenzi**, mentre l'Udc ha scelto il parlamentare **Francesco Bossi**. A correre per i Radicali è l'imprenditore **Alfonso De Virgiliis**

LA "PRIMA" DELLA CLASSE

Si considera da sempre "la prima della classe": buoni indici di salute per i cittadini, i conti della Regione sono a posto e il settore go-

de anche di iniziativa e innovazione. E non che non abbia il suo da fare, con 50.000 addetti, 16 Aziende sanitarie tra territoriali e universitario-ospedaliera e oltre 40 ospedali, ciascuno con una propria vocazione, con caratteristiche, strutture e problematiche diverse. Le liste d'attesa e la spesa farmaceutica potrebbero migliorare anche in questa Regione, così come l'accesso improprio al Pronto Soccorso. Ma quel che contraddistingue la Toscana dalla maggior parte delle Regioni italiane,

Numeri

€	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	6.812
	diretta	5.000
	convenzionata	2.812
Dipendenti pubblici	sanitari	51.225
	amministrativi	35.103
Dipendenti privati	sanitari	5.110
	amministrativi	851
Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	non acuti	3,92
	residenziali	0,33
Anziani in Adi (%)	residenziali	2,90
	totali	2,13
Ricette pro-capite	per la farmaceutica convenzionata	8,9
	Abitanti per ogni farmacia	3.306

è che qui si cerca di migliorare qualcosa che è già adeguato. Anche per questo, dalle elezioni regionali non si aspettano grandi sorprese. A meno di clamorosi ribaltoni elettorali, sarà l'attuale assessore regionale alla Sanità Enrico Rossi il nuovo presidente della Toscana.

Marche

CENTRO SINISTRA STABILE



Gian Mario Spacca, governatore uscente, candidato dall'alleanza Pd-Udc-Idv-Verdi, con l'appoggio di Api, Alleanza Reformista e alcune liste civiche; **Erminio Marinelli**, vice sindaco di Civitanova Marche, candidato del Pdl e della Lega; **Massimo Rossi**, ex presidente della Provincia di Ascoli Piceno, candidato da Prc, Pdc e Sinistra Ecologia e Libertà; **Marco Perduca**, candidato della Lista Bonino-Pannella; **Youry Venturelli**, operaio della Merloni, candidato del Partito Comunista dei Lavoratori

EFFICIENZA E BILANCI IN ORDINE

Una Regione che fa poco parlare di sé anche perché, complessivamente, presenta una situazione piuttosto stabile dal punto di vista sanitario, con livelli di assistenza efficienti e bilanci in ordine. Peraltro, la Regione Marche è stata recentemente lodata da Assobiomedica perché una delle poche Regioni che paga nei tempi stabiliti le imprese fornitrici di strumenti biomedicali, attestandosi al di sotto della media nazionale di 200 giorni (che in alcuni casi superano addirittura i due anni).

Numeri

	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	2.687
	diretta	1.916
	convenzionata	771
	Dipendenti pubblici	19.518
	sanitari	13.074
	amministrativi	1.810
	Dipendenti privati	765
	Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	3,68
	non acuti	0,56
	residenziali	4,44
	Anziani in Adi (%)	3,66
	Ricette pro-capite	
	per la farmaceutica convenzionata	9,2
	Abitanti per ogni farmacia	3.058

Umbria

L'INCOGNITA BINETTI



Ingresso all'ultimo momento per **Paola Binetti** tra le fila dell'Udc, a cui si è recentemente unita dopo aver lasciato il Pd per contrasti non sanabili con i valori del partito, che ha scelto di candidare Emma Bonino per il Lazio.

C'è poi **Catiuscia Marini** (Pd), che raccoglie il sostegno di gran parte del centro sinistra. Rifondazione comunista ha presentato il sindaco di Gubbio, **Orfeo Goracci**.

I radicali candidano **Maria Antonietta Farina Coscioni**. Il Pdl si affida a **Fiammetta Modena**. Il candidato di Movimento Umbria cinque stelle, che fa riferimento a Beppe Grillo, candida **Filippo Gallinella**

IL "PESO" CRESCENTE DEGLI ANZIANI

La sanità umbra non ha mai presentato particolari problemi di sostenibilità, ma registra comunque inapproprietezze dovute all'aumento della popolazione anziana e delle cronicità e a una sanità ancora non bene sviluppata sul territorio. Anche la gestione delle liste d'attesa rimane un punto fortemente critico, così come si resta in guardia per il rischio che dopo il 2010 la spesa sanitaria umbra possa non essere più sostenibile per effetto dei tagli e delle richieste di aumento dei

Lea. La necessità, dunque, è quella di fare un grande investimento sulla medicina territoriale, ma i candidati si dicono preoccupati che la mancanza di fondi da parte del Governo possa ridurre gli investimenti e la qualità dei servizi. Coscioni ha posto anche il problema della trasparenza e della legalità negli appalti sanitari, sottolineando inoltre che "l'Umbria è la terza Regione italiana per suicidi, e la maggior parte deriva dalla mancata assistenza ai malati anziani".

Numeri

	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	1.568
	diretta	1.146
	convenzionata	422
	Dipendenti pubblici	10.967
	sanitari	7.979
	amministrativi	977
	Dipendenti privati	180
	Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	3,65
	non acuti	0,24
	residenziali	2,25
	Anziani in Adi (%)	4,06
	Ricette pro-capite	
	per la farmaceutica convenzionata	10,1
	Abitanti per ogni farmacia	3.250

Lazio

LA SFIDA PIÙ ATTESA



La sfida è tra la candidata del centrodestra **Renata Polverini**, con il sostegno dell'Udc, ed **Emma Bonino** per il centrosinistra. Si candidano anche **Roberto Fiore** segretario nazionale di Forza Nuova e l'ex consigliere comunale del centrodestra, **Michele Baldi**

L'INCUBO DEL DEFICIT

Si prepara ad essere una grande sfida quella del Lazio, e non solo perché a contendersi il governo della Regione sono due donne, ma anche perché il Lazio, tra scandali recenti e antichi, piani di rientro e rapporti con il Vaticano, è sicuramente una delle Regioni più difficili da gestire. E il campo sanitario lo è altrettanto, tra la grande mole di popolazione e turisti a cui assicurare assistenza, un deficit ormai cronico (che da solo è la metà di quello nazionale) e una componente di strutture sanitarie religiose forte ma non sempre ben vista. Proprio sulla sanità, infatti, si sta principalmente giocando la campagna elettorale. Il candidato del centrodestra alla presidenza della Regione Lazio, Renata Polverini, ha subito dichiarato l'intenzione di rinegoziare con il Governo un piano di rientro sanitario. "Non credo - ha detto - che il primo modo per rientrare dal debito sia tagliare posti letto", anche se nel

Lazio i letti superiori alla media nazionale e allo standard previsto del 3,5. Da parte sua, Emma Bonino mette le mani avanti e spiega fin da subito che nell'attuale condizione di bilancio e commissariamento, non sarà possibile ridurre le tasse. Però sarà possibile migliorare i servizi potenziando il territorio, in modo anche da ridurre le spese improprie a carico delle strutture ospedaliere. Ma il cavallo di battaglia della campagna Bonino è la trasparenza, dei conti e dei vertici della sanità.

Numeri

	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	11.104
	diretta	6.285
	convenzionata	4.819
	Dipendenti pubblici	53.613
	sanitari	35.818
	amministrativi	6.084
	Dipendenti privati	11.997
	Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	4,52
	non acuti	1,18
	residenziali	3,28
	Anziani in Adi (%)	3,53
	Ricette pro-capite	
	per la farmaceutica convenzionata	9,8
	Abitanti per ogni farmacia	3.638

Puglia

ANCORA VENDOLA?

Nichi Vendola candidato del centrosinistra; **Rocco Palese**, candidato del centrodestra; **Adriana Poli Bortone**, candidata Udc e Io Sud; **Michele Rizzi** candidato Alternativa Comunista

VOLTARE PAGINA DOPO GLI SCANDALI



Conti in rosso, indagini sugli appalti, furti, arresti e dimissioni eccellenti, malasanita. Se in tutta Italia la sanità è in parte una questione politica, in Puglia ne è alla completa mercé, di politici, di imprenditori, e anche di personaggi noti alle cronache per scandali sessuali.

Il giro d'affari è da 7 miliardi, le inchieste numerose e destinate ad aprire una voragine ancora più ampia. Vicende vecchie, ma anche scandali nuovi, che alla fine non fanno uscire bene né l'ex Giunta di centrodestra né quella di centrosinistra di Nichi Vendola, che pure, con le primarie, ha conquistato il 73% dei consensi, molti dei quali da camici bianchi, infermieri e precari della sanità. Un sostegno che si farà senz'altro sentire anche alle elezioni di marzo e tra i quali spunta, a sorpresa, anche Don Luigi Verzè. Il governatore gay e con l'orecchino ha promesso di aprire a Taranto il San Raffaele del Mediterraneo, che

andrà ad aggiungersi alle case di cura per anziani di don Verzè in Puglia. Lo sfidante principale è Rocco Palese, ex direttore sanitario dell'ospedale di Gagliano, che conosce i primari per nome, i bilanci al centesimo, gli ospedali al millimetro, e punta alla piccola imprenditoria sanitaria che guarda al Pdl per avere salvi i fatturati.

Numeri

	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	7.083
	diretta	4.214
	convenzionata	2.869
	Dipendenti pubblici	38.040
	sanitari	24.806
	amministrativi	4.119
	Dipendenti privati	4.009
	Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	3,60
	non acuti	0,45
	residenziali	2,32
	Anziani in Adi (%)	1,63
	Ricette pro-capite	
	per la farmaceutica convenzionata	9,2
	Abitanti per ogni farmacia	3.763

Calabria

LOIERO CONTRO TUTTI



Agazio Loiero, presidente uscente della Giunta, è il candidato del centrosinistra, ma senza Italia dei Valori. **Scopelliti**, sindaco di Reggio Calabria, è il candidato del Pdl e dell'Udc. **Callipo**, imprenditore, ex presidente di Confindustria Calabria, è sostenuto da Idv, da liste civiche e dai Radicali

L'OMBRA DELLA CRIMINALITÀ

Fare piazza pulita di tutti manager della sanità, senza più guardare alla politica. Si è presentato così Giuseppe Scopelliti, sindaco di Reggio Calabria e candidato del Pdl alla Regione. Ma a governare Asl e ospedali in Calabria è proprio l'intreccio di politica e criminalità che elargisce posti e appalti ad amici e familiari. Dal centrosinistra si rifa invece avanti Loiero, candidatura a cui si era fermamente opposta anche la deputata Pd ed ex assessore alla sanità calabrese Doris Lo Moro. Lo staff di Loiero, d'altra parte, colleziona scandali e condanne, come il manager dell'Asl di Cosenza, Franco Pietramala, fedelissimo di Loiero e al centro, tra gli altri, dello scandalo dei rimborsi non dovuti alle cliniche private: oltre 200 milioni reclamati per prestazioni in eccedenza, e che il Consiglio di Stato aveva ritenuto illegittime. Quanto ai bilanci e all'assistenza, i numeri sono ingannevoli. Se la spesa sanitaria pro-capite è tra le più basse, molti studi dimostrano come questo non si traduca in una buona assistenza. Anzi, la Calabria è al primo posto quanto a malasanità e a carenza di servizi. Ma, intanto, ha evitato il commissariamento, grazie all'accordo per il ripiano del debito firmato a dicembre con il Governo. L'accordo prevede che vengano sbloccati i 700 milioni di euro necessari per l'am-

modernamento tecnico-strutturale degli ospedali e la Regione Calabria si doterà di un Ufficio per il Piano di rientro, per la cui attuazione gli è stata affiancata la Regione Toscana.

Numeri

€	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	3.338
	diretta	2.023
	convenzionata	1.315
👤	Dipendenti pubblici	22.421
	sanitari	15.375
	amministrativi	3.529
👤	Dipendenti privati	3.131
	Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	4,03
🛏	non acuti	0,51
	residenziali	3,42
	Anziani in Adi (%)	2,49
📄	Ricette pro-capite	
	per la farmaceutica convenzionata	10,2
	Abitanti per ogni farmacia	2.641

modernamento tecnico-strutturale degli ospedali e la Regione Calabria si doterà di un Ufficio per il Piano di rientro, per la cui attuazione gli è stata affiancata la Regione Toscana.

Basilicata

SFIDA DIETRO LE QUINTE



Vito De Filippo (Pd), governatore uscente, per il centrosinistra; **Nicola Pagliuca** (Pdl) per il centrodestra; **Magdi Cristiano Allam**, europarlamentare, per la lista "Io amo la Lucania"; **Maurizio Bollognetti**, Radicali italiani; **Florenzo Doino**, per il Partito comunista dei lavoratori e **Miko Somma**, per la lista Comunità lucana

UN MODELLO PER IL SUD

Se ne parla sempre poco, nonostante rappresenti per il Mezzogiorno una realtà particolare. Il Servizio sanitario della Basilicata si presenta infatti con una serie di risultati che danno prestigio alla Regione che, pur condividendo alcune situazioni comuni a tutte le Regioni del Sud, individua percorsi virtuosi di programmazione socio-sanitaria regionale.

Si tratta di una Regione piccola (e questo può rappresentare un punto di forza) ma con una orografia che crea problemi di viabilità e comunicazione, con un rischio che la espone alla migrazione sanitaria. Anche la struttura della popolazione è in qualche modo anomala, con una bassa fertilità che, assieme all'incremento

Numeri

€	Tot. Spesa Ssr (mln di euro)	1.018
	diretta	686
	convenzionata	332
👤	Dipendenti pubblici	7.301
	sanitari	4.733
	amministrativi	633
👤	Dipendenti privati	35
	Posti letto acuti (x 1.000 ab.)	3,70
🛏	non acuti	0,25
	residenziali	11,14
	Anziani in Adi (%)	4,35
📄	Ricette pro-capite	
	per la farmaceutica convenzionata	9,7
	Abitanti per ogni farmacia	2.927

della sopravvivenza ed al saldo negativo di migratorietà, provoca un invecchiamento decisamente più rapido e consistente rispetto alle altre Regioni del Mezzogiorno.

In questo senso, anche se i tassi di ospedalizzazione totali sono minori rispetto all'Italia, si registra tuttavia una forte inappropriatazza. Scarsi i ricoveri chirurgici, mentre è alto il ricorso al ricovero per le fasce anziane di età, conseguenza alla scarsa presenza di strutture ad hoc e di servizi sul territorio.

Campania

DOPO BASSOLINO



Tre, al momento, i candidati: **Vincenzo De Luca**, per il centrosinistra, **Stefano Caldoro**, per il centrodestra, e **Roberto Fico**, per il "Movimento a 5 stelle Campania" di Beppe Grillo. L'Udc ancora deve sciogliere la riserva in merito ad un eventuale appoggio al candidato Pdl

SANITÀ SEMPRE IN EMERGENZA

La Campania rappresenta, insieme alla Calabria e al Lazio, una delle Regioni più difficili da governare. Deficit, scandali e corruzione pesano sulla Giunta Bassolino come un macigno. Per la sanità, ma non solo. La vicenda "rifiuti" è l'esempio su tutti. A più riprese il presidente della Regione ha tentato di difendere il suo operato, rivendicando l'esattezza dei conti e il credito che lo Stato ha nei confronti della Regione Campania. "Lo Stato deve alla Regione Campania 2 miliardi e mezzo di euro. Con assoluta certezza ci deve 1 miliardo e 777 milioni di euro che, appena versati, devono essere immediatamente girati alla Sanità pubblica e privata e ai creditori che attendono da tempo. Più il pagamento

viene rinviato più aumentano gli interessi sulle nostre spalle". Il problema è che non si tratta solo di un fatto "ragionieristico", ma di servizi che si offrono, e quando si paragonano i dati della Regione Campania a quelli di altre Regioni, si evidenzia - ad esempio - un uso indiscriminato e inappropriato del ricovero ospedaliero e un record di tagli cesarei. Sulla sanità regionale, però, pesano anche le gravi vicende di malaffare. Tra le più note, quella della Soresa, la società per azioni nata nel 2003 per volontà della Giunta Bassolino con il compito di contenere e azzerare il debito pubblico della sanità campana. La società, nel cui Cda compaiono molti politici vicini a Ds e Margherita, non ha tuttavia risolto il problema del debito pubblico della sanità campana, che anzi, è continuato ad aumentare. La Regione Campania per ripianare il debito ha ottenuto la disponibilità da parte di 3 banche: Credit Suisse, Cylon e Lehman Brother. La Soresa per gestire al meglio la consulenza per l'accertamento del credito e la procedura di transizione si è rivolta a tre società: la Carrington&Cross Srl, la Fmg Partners Corporate Advisor srl la Posillipo Finance Srl.

Sulla cordata si è però presto aperta un'inchiesta che ha portato, alla fine di novembre, al sequestro, da parte della Guardia di Finanza, di oltre tre milioni di euro. Si contestano i reati di false fatturazioni e infedele dichiarazioni dei redditi, oltre al fatto che le Società incaricate non avevano né la struttura operativa né le dotazioni necessarie e le risorse per svolgere il compito assegnato.

Sulla cordata si è però presto aperta un'inchiesta che ha portato, alla fine di novembre, al sequestro, da parte della Guardia di Finanza, di oltre tre milioni di euro. Si contestano i reati di false fatturazioni e infedele dichiarazioni dei redditi, oltre al fatto che le Società incaricate non avevano né la struttura operativa né le dotazioni necessarie e le risorse per svolgere il compito assegnato.

Sulla cordata si è però presto aperta un'inchiesta che ha portato, alla fine di novembre, al sequestro, da parte della Guardia di Finanza, di oltre tre milioni di euro. Si contestano i reati di false fatturazioni e infedele dichiarazioni dei redditi, oltre al fatto che le Società incaricate non avevano né la struttura operativa né le dotazioni necessarie e le risorse per svolgere il compito assegnato.

Fonte dei dati:

elaborazione de *Il Bisturi* su dati:

- Federfarma,
- Aiop (Rapporto Ospedali e Salute, 2008)
- ministero della Salute (Sistema informativo sanitario 2009 e Annuario Statistico 2007)

FIRMATO IL CONTRATTO DI LAVORO

Sdoganata l'indennità per l'esclusività di rapporto. Introdotta le sanzioni

di Carmine Gigli

La trattativa per il rinnovo del Contratto di lavoro, iniziata la mattina del 9 febbraio, si è conclusa dopo la mezzanotte con la firma dei due seguenti contratti:

- CCNL 2006-2009 - Ipotesi di Contratto integrativo
- CCNL 2006-2009 - Ipotesi di contratto per il biennio economico 2008-2009.

La scarsa entità delle risorse economiche a disposizione ha spostato l'attenzione sulla parte normativa, anche in considerazione del fatto che si trattava sull'introduzione delle sanzioni disciplinari. La trattativa su questo argomento ereditato dal precedente contratto è rimasta a lungo bloccata per il rifiuto opposto dalla controparte ad inserire delle norme che prevedessero il reintegro del dirigente in caso di sentenza assolutoria.

La situazione di stallo si è trascinata sino a quando la parte pubblica è stata disposta a riconoscere il diritto del dirigente

L'elemento destinato a caratterizzare e far ricordare questo contratto di lavoro è costituito dal fatto che, oltre a rivalutare per la prima volta l'indennità per l'esclusività del rapporto, si è riusciti a far abrogare la norma che ha reso sino ad oggi questa indennità come una sorta di oggetto misterioso fra le voci stipendiali del medico

ad essere reintegrato nel ruolo, in presenza di una sentenza assolutoria della magistratura. Per il resto, il contratto non ha potuto fare altro che registrare la normativa sulla responsabilità dei dipendenti pubblici, introdotta dal decreto Brunetta (D.Leg. 150/2009), nella quale si è riusciti a inserire delle sanzioni meno gravose, come la

"censura scritta", in precedenza non prevista.

Per le problematiche legate al rischio clinico, il contratto ha introdotto delle norme più vincolanti per le aziende e ha indicato gli elementi che devono essere contenuti nelle polizze aziendali per la responsabilità civile.

Tuttavia, a mio avviso, l'ele-

mento destinato a caratterizzare e far ricordare questo contratto di lavoro è costituito dal fatto che, oltre a rivalutare per la prima volta l'indennità per l'esclusività del rapporto, si è riusciti a far abrogare la norma che ha reso sino ad oggi questa indennità come una sorta di oggetto misterioso fra le voci stipendiali del medico. Infatti, dal Ccnl del 8 giugno 2000, è stata cancellata la frase che, riferendosi all'indennità per l'esclusività del rapporto, stabiliva: "essa costituisce un elemento distinto della retribuzione che non viene calcolato al fine della determinazione del monte salari cui fanno riferimento gli incrementi contrattuali".

Questo significa che l'indenni-

tà di rapporto entra a far parte del monte salari e dal prossimo contratto di lavoro sarà possibile calcolare l'aumento percentuale anche su questa voce stipendiale. Inoltre, con l'entrata in vigore del contratto si potrà chiedere di non far praticare più su questa indennità le ritenute previste nei primi giorni di malattia.

L'ipotesi di Contratto Nazionale che è stata firmata dalla maggioranza delle Oo.Ss. della Dirigenza medica e veterinaria, prima di diventare un Contratto Nazionale applicabile dovrà ricevere l'approvazione del Comitato di settore, della Corte dei Conti e del Consiglio dei Ministri, nonché passare al vaglio dei Ministeri dell'Economia e della Funzione pubblica.

Di seguito pubblichiamo il testo del Secondo Biennio Economico 2008/2009 rinviandovi al sito www.aogoi.it per la lettura del testo integrale del Contratto integrativo del Ccnl del 17 ottobre 2008.

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICO - VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SECONDO BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

PARTE I Disposizioni generali

Art. 1

Campo di applicazione, durata e decorrenze

1. Il presente contratto collettivo nazionale, che concerne il periodo 1° gennaio 2008 - 31 dicembre 2009, riguarda la parte economica di tale biennio e si applica a tutti i dirigenti medici, odontoiatri e veterinari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, dipendenti dalle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale, individuati dall'art. 10 del CCNQ dell'11 giugno 2007 relativo alla definizione dei comparti ed ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, quarto ali-

nea del CCNQ per la definizione delle autonome aree di contrattazione, stipulato il 1° febbraio 2008.

2. Sono confermati i commi 2 e 3 dell'art. 1 del CCNL 17.10.2008.

CAPO I

Trattamento economico dei dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo e non esclusivo

Art. 2

Incrementi stipendio tabellare nel biennio 2008-2009

1. A decorrere dal 1° gennaio 2008, lo stipendio tabellare

previsto per i dirigenti medici e veterinari a rapporto esclusivo e non esclusivo ed orario unico dall'art. 17 comma 2 del CCNL del 17 ottobre 2008, è incrementato di € 22,37 lordi mensili. Dalla stessa data, lo stipendio tabellare annuo lordo, comprensivo della tredicesima mensilità, è rideterminato in € 42.258,81.

2. A decorrere dal 1° gennaio 2009 l'incremento di cui al comma 1 è rideterminato in € 103,30 lordi mensili. Per effetto di tale incremento lo stipendio tabellare annuo lordo, comprensivo della tredicesima

mensilità, è rideterminato alla stessa data in € 43.310,90.

3. Gli incrementi di cui al presente articolo comprendono ed assorbono gli importi corrisposti, ai sensi delle disposizioni vigenti, a titolo d'indennità di vacanza contrattuale.

Art. 3

Incrementi stipendi tabellari dei medici a tempo definito e dei veterinari ad esaurimento

1. Dal 1° gennaio 2008, lo stipendio tabellare previsto per i dirigenti medici e veterinari di cui all'art. 18 del CCNL del 17 ottobre 2008, con rapporto di

lavoro ad esaurimento non esclusivo, è incrementato dell'importo mensile di seguito indicato:

- a) Dirigenti medici: € 7,45
- b) Dirigenti veterinari: € 9,51

Dal 1° gennaio 2008 lo stipendio tabellare annuo lordo, comprensivo della tredicesima mensilità, è quindi rideterminato rispettivamente in:

- a) € 24.293,60 per i medici;
- b) € 31.018,57 per i veterinari.

2. Dal 1° gennaio 2009 l'incremento di cui al comma 1 è rideterminato nell'importo mensile lordo di seguito indicato:

- a) Medici: € 59,56
- b) Veterinari: € 76,05

Dal 1° gennaio 2009, lo stipendio tabellare annuo lordo, per tredici mensilità, è quindi rideterminato rispettivamente in:

- a) € 24.971,03 per i medici
- b) € 31.883,59 per i veterinari

Art. 4

Ex medici condotti ed equiparati

1. Fatta salva l'applicazione del-



l'art. 13 del CCNL 3 novembre 2005, il trattamento economico omnicomprensivo di € 6.974,78 previsto dall'art. 19, comma 1 del CCNL il 17 ottobre 2008 per gli ex medici condotti ed equiparati tuttora a rapporto non esclusivo, è rideeterminato, a decorrere dal 1° gennaio 2008, in € 7.002,62 e, a decorrere dal 1° gennaio 2009, in € 7.197,98.

2. Il trattamento economico di cui al comma 1 è corrisposto mensilmente nella misura di 1/12. Nel corso del mese di dicembre si aggiunge la tredicesima mensilità.

CAPO II
Retribuzione di posizione minima contrattuale dei dirigenti

Art. 5
La retribuzione di posizione minima unificata dei dirigenti medici con rapporto di lavoro esclusivo

1. A decorrere dall'1° gennaio 2009, la retribuzione di posizione minima unificata dei dirigenti medici con rapporto di lavoro esclusivo di cui all'art. 20 comma 1 del CCNL il 17 ottobre 2008 è così rideterminata: **(vedi tabella 1)**.

2. L'incremento di cui al comma 1 non è riassorbito dalla retribuzione di posizione variabile aziendale eventualmente assegnata sulla base della graduazione delle funzioni e si aggiunge, pertanto, alla retribuzione di posizione complessivamente attribuita al dirigente indipendentemente dalla sua composizione storica.

3. Il fondo dell'art. 24 del CCNL del 17 ottobre 2008, alla data indicata nel comma 1, è automaticamente rideterminato aggiungendovi la somma corrispondente all'incremento spettante a ciascuno dei dirigenti interessati moltiplicato per il numero degli stessi al netto degli oneri riflessi.

4. È confermato il comma 4 dell'art. 20 del CCNL del 17 ottobre 2008.

Art. 6
La retribuzione di posizione minima unificata dei dirigenti veterinari con rapporto di lavoro esclusivo

1. A decorrere dall'1° gennaio 2009, la retribuzione di posizione minima unificata dei dirigenti veterinari con rapporto di lavoro esclusivo di cui all'art. 21 comma 1 del CCNL del 17 ottobre 2008 è così rideterminata: **(vedi tabella 2)**.

2. L'incremento di cui al comma 1 non è riassorbito dalla retribuzione di posizione variabile aziendale eventualmente assegnata sulla base della graduazione delle funzioni e si aggiunge, pertanto, alla retribuzione di posizione complessivamente attribuita al dirigente indipendentemente dalla sua composizione storica.

3. Il fondo dell'art. 24 del CCNL del 17 ottobre 2008, alla data indicata nel comma 1, è automaticamente rideterminato aggiungendovi la somma corrispondente all'incremento spettante a ciascuno dei dirigenti interessati moltiplicato per il numero degli stessi al netto de-

gli oneri riflessi.

4. È confermato il comma 4 dell'art. 21 del CCNL del 17 ottobre 2008.

Art. 7
La retribuzione di posizione minima unificata dei dirigenti medici e veterinari con rapporto di lavoro non esclusivo o ad esaurimento

1. Si conferma l'art. 22 del CCNL del 17 ottobre 2008.

CAPO III

Art. 8
Effetti dei benefici economici

1. Le misure degli stipendi tabellari stabiliti nel presente contratto hanno effetto sulla tredicesima mensilità, sul lavoro straordinario, sul trattamento ordinario di quiescenza, normale e privilegiato, sull'indennità premio di servizio, sull'indennità alimentare dell'art. 19 del CCNL 3 novembre 2005, sull'equo indennizzo, sulle ritenute assistenziali e previdenziali e relativi contributi e sui contributi di riscatto.

2. Gli effetti del comma 1 si applicano alla retribuzione di posizione complessiva nelle componenti minima unificata e variabile in godimento nonché alle voci retributive di seguito riportate:
- del CCNL 8 giugno 2000: indennità di cui all'art. 37, comma 2; assegni personali



Incrementi stipendio tabellare nel biennio 2008-2009 (Art. 2)	
Aumento mensile	Stipendio annuo 13 mens.
Dal 1° gennaio 2008	
€ 22,37 lordi	€ 42.258,81
Dal 1° gennaio 2009	
€ 103,30 lordi	€ 43.310,90

Stipendio tabellare mensile dal gennaio 2009
€ 3.331,61 lordi
Uguale per tutti (esclusivo e non-esclusivo)

pre-
visti dal-
l'art. 38, commi 1 e 2 e dall'art. 43, commi 2 e 3 data la loro natura stipendiale; indennità dell'art. 40;
- dagli artt. 3, 4 e 5 del CCNL 8 giugno 2000, II biennio economico.

3. I benefici economici risultanti dall'applicazione dei commi 1 e 2 hanno effetto integralmente sulla determinazione del trattamento di quiescenza dei dirigenti comunque cessati dal servizio, con diritto a pensione, nel periodo di vigenza del presente biennio contrattuale di parte economica alle scadenze e negli importi previsti dalle disposizioni richiamate nel presente articolo. Agli effetti dell'indennità premio di servizio, dell'indennità sostitutiva di preavviso e di quella prevista dall'art. 2122 del C.C. si considerano solo gli scaglionamenti maturati alla data di cessazione dal servizio nonché la retribuzione di posizione minima contrattuale.

dua-
te negli
artt. 6 e 7 a
decorrere dalle sca-
denze indicate nei medesimi
articoli.

3. A decorrere dal 1° gennaio 2009, il fondo di cui al comma 1 è ulteriormente incrementato di € 215,80 annui lordi per ogni dirigente medico e veterinario in servizio al 31 dicembre 2007.

4. È confermato il comma 3 dell'art. 24 del CCNL del 17 ottobre 2008.

Art. 10
Fondi per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro

1. Il fondo previsto dall'art. 25 del CCNL del 17 ottobre 2008, per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro è confermato sia per le modalità del suo utilizzo, che per le relative flessibilità. Il suo ammontare è quello consolidato al 31 dicembre 2007, tenuto anche conto degli incrementi effettuati ai sensi dell'art. 25, comma 2, secondo alinea del CCNL del 17/10/2008.

2. A decorrere dall'entrata in vigore del presente contratto, la retribuzione oraria per il lavoro straordinario dei dirigenti, maggiorata del 15% è fissata in € 26,61. In caso di lavoro notturno o festivo la tariffa maggiorata del 30% è pari a € 30,08 ed in caso di lavoro notturno festivo maggiorata del 50% è pari a € 34,70.

Art. 11
Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale

1. L'art. 26 del CCNL del 17 ottobre 2008, relativo al fondo per la retribuzione di risultato e per il premio della qualità della prestazione individuale per i dirigenti medici e veterinari è confermato. L'ammontare dei

Tabella 1	Retribuzione di posizione minima contrattuale unificata al 31 dicembre 2007	Incremento annuo	Nuova retribuzione di posizione minima contrattuale unificata dal 1 gennaio 2009
Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica	13.546,08	714,68	14.260,76
Dirigente incarico struttura complessa: area medicina	12.141,53	714,68	12.856,21
Dirigente incarico struttura complessa: area territorio	11.448,58	714,68	12.163,26
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990	8.653,74	456,56	9.110,30
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000	4.235,53	223,46	4.458,99
Dirigente equiparato	3.163,81	166,92	3.330,73
Dirigente < 5 anni	---	---	---

Tabella 2	Retribuzione di posizione minima contrattuale unificata al 31 dicembre 2007	Incremento annuo	Nuova retribuzione di posizione minima contrattuale unificata dal 1 gennaio 2009
Dirigente incarico struttura complessa: istituti zooprofilattici	11.448,57	714,68	12.163,25
Dirigente incarico struttura complessa: territorio	11.448,57	714,68	12.163,25
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990	8.653,74	456,56	9.110,30
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000	4.235,53	223,46	4.458,99
Dirigente equiparato	3.163,81	166,92	3.330,73
Dirigente < 5 anni	---	---	---

CAPO IV

Art. 9
Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa

1. Il fondo previsto dall'art. 24 del CCNL del 17 ottobre 2008 per il finanziamento dell'indennità di specificità medica, della retribuzione di posizione, dello specifico trattamento economico ove mantenuto a titolo personale nonché dell'indennità di incarico di direzione di struttura complessa, è confermato. Il suo ammontare è quello consolidato al 31 dicembre 2007.

2. Il Fondo di cui al comma 1 è incrementato delle risorse indivi-

Tabella 3

Dirigente con incarico di direzione di struttura complessa	€ 17.052,27
Dirigente con incarichi art. 27 lett. b) o c) del CCNL stipulato in data 8 giugno 2000 ed esperienza professionale nel SSN superiore a quindici anni	€ 12.791,61
Dirigente con incarichi art. 27, lett. b) o c) del CCNL stipulato in data 8 giugno 2000 ed esperienza professionale nel SSN tra cinque e quindici anni	€ 9.385,84
Dirigente con esperienza professionale nel SSN sino a cinque anni	€ 2.325,41

fondi ivi indicati è quello consolidato al 31 dicembre 2007, tenuto anche conto degli incrementi effettuati ai sensi dell'art. 26, comma 2, secondo alinea, del CCNL del 17/10/2008. Nel consolidamento non sono da considerare le risorse di cui all'art. 26 comma 1 ultimo periodo del CCNL del 17 ottobre 2008, le quali comunque costituiscono ulteriori modalità di incremento dei fondi dal 1° gennaio 2008 ai sensi del comma 3.

2. Il fondo è incrementato, a decorrere dal 1° gennaio 2009, di € 145,70 annui lordi per ogni dirigente medico e veterinario in servizio al 31 dicembre 2007.
3. Si conferma quanto previsto dal comma 3 dell'art. 26 del CCNL del 17 ottobre 2008.

Art. 12

Incremento dell'indennità di esclusività del rapporto di lavoro

1. Gli importi dell'indennità di esclusività del rapporto di lavoro di cui all'art. 5 del CCNL del 8 giugno 2000, sono rideeterminati dal 1° gennaio 2009 nelle misure annue lorde di seguito indicate (**vedi tabella 3**)
2. L'indennità di esclusività, fissa e ricorrente, è corrisposta per tredici mensilità.
3. È disapplicato l'art. 5, comma 2, secondo capoverso del CCNL 8/6/2000, secondo biennio economico.

Art. 13

Progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza

1. Al fine di dare maggiore impul-

so ai processi di innovazione, le Aziende promuovono specifici progetti programmi o piani di lavoro per il miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, con particolare riferimento alla piena adeguatezza dei sistemi organizzativi, nonché al conseguimento di una maggiore corrispondenza tra le prestazioni rese e le esigenze del cittadino.

2. I progetti e programmi di cui al comma 1, devono corrispondere ad esigenze effettive dell'Azienda ed apportare un concreto e misurabile contributo aggiuntivo alla attività fissata nei livelli essenziali di assistenza soprattutto per quanto riguarda gli obiettivi di riduzione delle liste di attesa e la piena e qualificata erogazione dei servizi, ivi compreso l'ampliamento degli orari delle strutture e il miglioramento del servizio di guardia, nonché delle attività di gestione dell'emergenza e del pronto soccorso.
3. Nell'ambito dei vincoli di finanzia pubblica fissati per i rispettivi sistemi sanitari regionali e fatto salvo comunque il rispetto dei Patti per la salute e dei relativi obiettivi e vincoli economici e finanziari, le Regioni, in presenza di ulteriori economie effettuate nell'ambito di processi strutturali di razionalizzazione e riorganizzazione del settore sanitario che consentano complessivi risparmi di spesa, ivi compresi quelli riferiti ai costi per il personale, individuano con specifica direttiva, a valere dall'anno 2009, ulteriori risorse nel limite massimo dello 0,8%, calcolate sul monte salari 2007, per

il finanziamento dei progetti innovativi di cui ai commi precedenti. Dette risorse non sono oggetto di consolidamento in alcuno dei fondi previsti dal presente CCNL e non possono finanziare voci del trattamento fondamentale della retribuzione.

4. Le suddette risorse sono erogate a consuntivo, previa verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi di cui ai commi precedenti, da attuarsi mediante appositi indicatori e parametri previsti nell'ambito della direttiva regionale di cui al comma 3, sulla base dei criteri individuati nell'Allegato 1 al presente CCNL. Tali risorse vengono destinate ai dirigenti direttamente coinvolti nell'ambito di tali progetti, secondo appositi meccanismi premiali correlati ai risultati conseguiti.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N.1

Le parti congiuntamente dichiarano che, con riferimento al biennio economico 2008-2009, nella definizione di "monte salari" viene ricompresa l'indennità di esclusività del rapporto di lavoro di cui all'art. 5 del CCNL dell'8 giugno 2000.

ALLEGATO N. 1

Criteri generali per la definizione di sistemi di verifica del raggiungimento degli obiettivi dei progetti e programmi di miglioramento di cui all'art.6 del presente CCNL. 1. Modalità attuative

Le Regioni forniscono, nell'ambito della direttiva di cui al comma 3 dell'art. 6 del presente CCNL, le

linee guida circa le modalità di attuazione dei progetti e programmi di cui al comma medesimo, individuando possibili macro-obiettivi coerenti con il piano sanitario regionale e prevedendo, in via generale, indicatori e parametri idonei ad accertare l'effettivo miglioramento delle prestazioni e dei servizi erogati ed il raggiungimento dei risultati quali - quantitativi prefissati.

Nell'ambito dei suddetti macro-obiettivi, i progetti aziendali individuano prioritariamente:

- gli obiettivi da conseguire;
- i processi nei quali si articola l'azione;
- le risorse umane, tecniche e strumentali necessarie, individuando, altresì, le competenze e le professionalità coinvolte;
- gli indicatori ed i parametri adeguati ai citati obiettivi ai fini della verifica dei relativi risultati raggiunti.

2. Indicatori - parametri

Per quanto riguarda le risorse assegnate e le procedure utilizzate, la misurazione del miglioramento qualitativo conseguito avviene sulla base di tali criteri, individuati a titolo esemplificativo:

- **Professionalità:** intesa come livello delle conoscenze scientifiche e delle abilità professionali possedute;
- **Efficacia:** con riferimento alla procedure utilizzate nell'erogazione dei servizi e semplificazione delle stesse, anche ai fini della riduzione dei tempi medi di erogazione;
- **Capacità innovativa:** attitudine dimostrata nell'attuare innovazioni organizzative, tecnologiche e di servizio e di partecipare attivamente ai processi di cambiamento organizzativo;
- **Orientamento all'utenza,** anche con riferimento al grado di soddisfazione espresso dai soggetti interessati;
- **Appropriatezza tecnica:** della strumentazione utilizzata e delle tecnologie disponibili;
- **Benchmarking:** il confronto

della qualità e quantità dei servizi con l'analoga offerta di altre aziende con performance elevate.

Per quanto riguarda le prestazioni ed ai servizi erogati nell'ambito dei progetti, i risultati conseguiti, da esplicitarsi, ove possibile, anche con dati quantitativi, vengono accertati sulla base delle seguenti tipologie di indicatori e requisiti:

- **Accessibilità ai servizi e alle prestazioni sanitarie:** con riguardo anche all'ampliamento degli orari di apertura delle strutture ovvero al miglioramento dei livelli di accoglienza e di ascolto anche in relazione alla capacità di garantire la massima trasparenza ed informazione.
- **Ampiezza ed incisività dell'intervento:** adeguatezza dell'attività assistenziale e sociosanitaria, rispetto alle esigenze e ai bisogni dell'utenza.
- **Integrazione:** con riferimento ai servizi socio-sanitari ovvero tra ospedale e territorio o tra le diverse strutture pubbliche che operano in un determinato ambito territoriale.
- **Continuità assistenziale:** capacità di articolare e collegare nel tempo gli interventi dei diversi operatori e delle differenti strutture sanitarie coinvolte.
- **Sicurezza:** capacità di fornire il massimo livello di assistenza e cura con il minimo rischio per il paziente e per gli operatori;
- **Immediatezza:** rapidità nell'erogare le prestazioni richieste dall'utenza anche con particolare riferimento alla riduzione /azzeramento dei tempi di attesa, per i quali i risultati conseguiti sono individuati in termini percentuali.
- **Gestione dell'emergenza riduzione dei tempi di attesa dei codici bianchi e verdi e integrazione tra DEA e 118.** **Y**

Per una scelta consapevole al Tc: l'informazione alle mamme

► Segue da pagina 12

mento del parto. Per capire quali sono i benefici e quali rischi tra una scelta e l'altra, per affrontare scelte consapevoli. Invece, ha specificato Donati, la prossima Linea guida punterà alle indicazioni sia al cesareo d'urgenza al cesareo programmato, proprio perché l'appropriatezza è l'altro punto critico: "Esamineremo tutta la letteratura disponibile per capire e supportare raccomandazioni che dicano quando è indicato un cesareo sia nell'elettivo sia nell'urgenza".

I punti cardine

Pilastrini della Linea guida sono, quindi, le informazioni da for-

nire alle gestanti sulle modalità del parto, i contenuti e i tempi di acquisizione del consenso informato e l'eventuale richiesta materna di taglio cesareo in assenza di motivazioni cliniche. Rappresentano spiega l'Iss: "Raccomandazioni di comportamento che possono essere utilizzate come strumento per medici e amministratori sanitari per migliorare la qualità dell'assistenza e razionalizzare l'utilizzo delle risorse".

E la comunicazione alle donne è considerata il punto nodale, in quanto alcuni trial clinici hanno dimostrato che interventi adeguati - informazioni scientifiche, incontri, ecc. - promuovono la conoscenza e il grado di soddisfazione della donna, riducono la paura e l'ansia verso il parto naturale migliorando quindi i processi decisionali. Ma fondamentale è anche far capi-

re alla futura mamma che la richiesta di cesareo, senza indicazioni cliniche, non è sufficiente. Vediamo in sintesi alcune delle principali raccomandazioni.

Tc su richiesta materna

La richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, non rappresenta un'indicazione al Tc. I professionisti sanitari devono esplicitare i potenziali benefici e danni del Tc rispetto al parto vaginale, discutere approfonditamente con la donna le motivazioni di tale richiesta e documentare l'intero percorso decisionale in cartella clinica.

Contro la paura del parto

Qualora il motivo della richiesta di Tc da parte della donna sia riconducibile primariamente alla paura del parto, si raccomanda di offrire, già durante la gravidanza, interventi informativi e

di supporto standardizzati e validati (come l'assistenza one-to-one e l'offerta di parto-analgesia anche non farmacologica), in grado di rassicurare la gestante e sostenerla nella decisione.

Il medico decide

In assenza di un'appropriate indicazione clinica, il medico ha il diritto di rifiutare una richiesta di Tc programmato. In ogni caso, alla donna deve essere garantita l'opportunità di accedere a un secondo parere.

Consenso informato e supporto alle donne

I professionisti sanitari devono offrire attivamente a tutte le donne in gravidanza informazioni basate su prove scientifiche relative alla gestazione e alle diverse modalità di parto. L'offerta attiva alle donne in gravidan-

za di interventi informativi e di supporto, standardizzati e validati, è raccomandata in quanto efficace nel ridurre la paura del parto, l'ansia e il conflitto decisionale. In tutti i casi in cui si decida di eseguire un Tc, il medico deve riportare in cartella clinica tutti i fattori che hanno determinato la decisione.

Inoltre, una donna capace di intendere e di volere che rifiuti la proposta di un Tc programmato, anche dopo approfondito colloquio in cui l'intervento sia stato presentato come vantaggioso per la salute del bambino, ha diritto di ricevere un secondo parere. Il rifiuto dell'intervento deve essere una delle possibili opzioni per la gestante e, in caso di indicazione a un Tc d'emergenza, una donna in possesso della capacità di intendere e di volere ha facoltà di rifiutarlo. **Y**



Donaflor®

per il benessere dell'ecosistema vaginale

Depositato presso l'AIFA in data 14 maggio 2008



Le principali cause dell'alterazione dell'equilibrio dell'ecosistema vaginale nelle donne in età fertile sono (1, 2):

- Terapie antibiotiche protratte
- Contraccezione ormonale
- Gravidanza
- Dispositivi intrauterini e spermicidi
- Stati di immunodepressione
- Rapporti sessuali e/o abitudini comportamentali e/o igieniche errate

Alterazione dell'epitelio vaginale
Riduzione della flora lattobacillare

Aumento del pH vaginale

Crescita di patogeni
Fenomeni di sensibilizzazione

La vagina è un perfetto esempio di ecosistema naturale in cui convivono in equilibrio tra loro e con l'ospite numerosi microrganismi.

L'integrità delle cellule della parete vaginale ha un importante ruolo nel mantenimento di tale equilibrio, in particolare gli strati superficiale ed intermedio dell'epitelio, la cui proliferazione e maturazione è ormono-correlata. Per mantenere l'armonia e l'equilibrio dell'ecosistema vaginale, la natura ha affidato la difesa ai Lattobacilli, da cui dipende la normale fisiologia dell'ambiente vaginale e la difesa dalle infezioni vaginali. (1, 2)

Donaflor®

è l'unica associazione preconstituita che porta rapidamente alla ricostituzione dell'ecosistema vaginale e previene le ricadute (3, 4, 5)

- ristruttura e mantiene l'ecosistema vaginale grazie alla sinergia di un duplice meccanismo d'azione:
 1. Estriolo a basso dosaggio che ripristina l'epitelio vaginale danneggiato
 2. Attività di Lattobacilli acidofili vivi che normalizzano rapidamente il pH vaginale
- normalizza tutti i parametri dell'ecosistema vaginale
- l'applicazione di una compressa la sera prima di andare a letto, offre un'eccellente profilo di tollerabilità e sicurezza, che ne rende possibile l'utilizzo anche in gravidanza o durante l'allattamento

DA VENDERSI DIETRO PRESENTAZIONE DI RICETTA MEDICA

6 compresse vaginali euro 10,00
12 compresse vaginali euro 16,50

Ogni compressa contiene:

- Lattobacillo acidofilo (50,0 mg di liofilizzato contenenti almeno 10 milioni di batteri vivi)
- Estriolo 30 mcg
- Lattosio

Conservare al fresco: tra 2-8°C

CLASSE C



BIBLIOGRAFIA

1. Guerra B. LE INFEZIONI VAGINALI: UN PROBLEMA BANALIZZATO? Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia Vol. LXXXI 2005
2. Ferdeghini F. & Nappi R. E. RIFLESSI SULL'INTIMO DELLE ALTERAZIONI DELL'ECOSISTEMA-VAGINALE Dal sito: <http://www.ecosistemavaginale.it/vagina%20sesso.html>
3. Vooijs, G P; Geurts, T B Review of the endometrial safety during intravaginal treatment with estriol Eur-J-Obstet-Gynecol-Reprod-Biol 1995
4. Kaiser R. et al Absorption of estriol from vaginal tablets after single and repeated application in healthy postmenopausal women Therapie Woche 2000
5. Kanne B. Local administration of low-dose estriol and vital Lactobacillus acidophilus in postmenopause Gynakologische Rundschau 1991

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE
DONAFLOL 50 mg + 30 mcg compresse vaginali

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA
Lattobacillo acidofilo ATCC 4356 50,0 mg di liofilizzato contenenti almeno 10 milioni di batteri vivi
Estriolo 30 mcg
Per gli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA
Compresshe vaginali.

4. INFORMAZIONI CLINICHE
4.1 Indicazioni terapeutiche

- Secrezione vaginale di origine sconosciuta (perdite vaginali) o casi di vaginosi batterica lieve o moderata, qualora l'impiego di terapia antibiotica non sia del tutto necessario.
 - Ripristino della flora vaginale (lattobacillo) dopo trattamento locale e/o sistemico con farmaci antibiotici o chemioterapici;
 - Vaginite atrofica da deficit di estrogeno in menopausa e post-menopausa, o come trattamento concomitante con la terapia sostitutiva ormonale sistemica.
- Una ulteriore possibile indicazione è nel trattamento profilattico delle recidive delle infezioni da candida.

4.2 Posologia e modo di somministrazione
Perdite vaginali, infezioni vaginali, terapia di ripristino della flora:
1-2 compresse vaginali al giorno per 6-12 giorni. Le compresse vaginali debbono essere inserite profondamente in vagina alla sera prima di coricarsi. E meglio effettuare l'inserimento in posizione distesa con le gambe leggermente piegate. Il trattamento deve essere interrotto durante le mestruazioni e ripreso subito dopo.
Vaginite atrofica, secrezione vaginale in post menopausa:
In caso di vaginite atrofica si raccomanda la dose di 1 compressa vaginale al giorno per la prima settimana, seguita da una dose di mantenimento di 1 compressa vaginale una o due volte a settimana. Se la vagina è molto asciutta, prima di essere inserite le compresse vaginali possono essere inumidite con poca acqua per favorirne la disintegrazione.

4.3 Controindicazioni

- Ipersensibilità all'estriolo o alle altre sostanze contenute in Donaflor;
- Modificazioni maligne (tumori estrogeno dipendenti) della mammella, dell'utero o della vagina;
- Endometriosi (accertata o presunta);
- Emorragia vaginale di origine sconosciuta;
- Il prodotto non deve essere impiegato in giovani donne che non hanno raggiunto la maturità sessuale.

4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego
Tenere il medicinale fuori della portata dei bambini

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione
Il lattobacillo acidofilo è sensibile a numerosi antibiotici (locali o sistemici); il trattamento concomitante con questi farmaci

può portare ad una riduzione dell'attività di Donaflor.

4.6 Gravidanza e allattamento
Studi sugli animali hanno mostrato effetti negativi dell'estriolo sui feti maschi. Nella specie umana la sicurezza di Donaflor durante la gravidanza non è stata studiata, ma il prodotto è usato da molti anni senza apparenti conseguenze negative. Come tutti i farmaci Donaflor deve essere usato durante la gravidanza se i benefici terapeutici superano i rischi.
L'estriolo è un ormone sessuale specifico della specie umana e non è riscontrato in altre specie di mammiferi. Per questa ragione i dati tossicologici ricavati dagli esperimenti condotti negli animali (di solito nei roditori) sono di impiego limitato e non possono essere estrapolati alla specie umana.
Poiché in Donaflor l'estriolo è presente in dose molto bassa ed è solo leggermente assorbito, quando il preparato viene impiegato durante la gravidanza la comparsa di effetti negativi sul feto è improbabile.
Donaflor può essere usato durante l'allattamento.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari
Donaflor non ha effetti sulla capacità di guidare autoveicoli o usare macchinari.

4.8 Effetti indesiderati
Subito dopo la somministrazione di Donaflor può essere avvertito lieve dolore pungente o bruciore. In casi rari sono state riportate reazioni di intolleranza quali arrossamento e prurito. In un caso è stata riscontrata allergia al liofilizzato di lattobacillo contenuto in Donaflor. Qualora Donaflor venga accidentalmente ingerito per via orale non sono attese reazioni avverse.

4.9 Sovradosaggio
Non è prevedibile sovradosaggio con questo prodotto.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE
5.1 Proprietà farmacodinamiche
Categoria farmacoterapeutica: associazione di ormone sessuale e lattobacillo acidofilo; codice ATC: G03CC06
Il lattobacillo acidofilo è il costituente predominante della flora batterica della vagina della donna sana. Il lattobacillo è un batterio non patogeno che ha - nei confronti della vagina - una funzione protettiva. Esso trasforma in acido lattico il glicogeno immagazzinato nelle cellule dell'epitelio vaginale. L'ambiente acido che ne risulta (pH 3,8-4,5) crea condizioni sfavorevoli alla colonizzazione e crescita dei microrganismi patogeni e costituisce un mezzo ottimale per la proliferazione del lattobacillo stesso. Oltre all'acido lattico il lattobacillo produce perossido di idrogeno e batteriocine anch'essi inibenti la crescita di microrganismi patogeni.
L'estriolo è un ormone estrogeno endogeno che possiede un effetto specifico sulla vagina. La presenza di estriolo in Donaflor serve ad assicurare la proliferazione dell'epitelio vaginale. Le cellule di un epitelio vaginale proliferativo sono capaci di immagazzinare glicogeno, substrato nutrizionale del lattobacillo. Nel caso di disordini ormonali, più comunemente osservati in età avanzata, il numero delle cellule dell'epitelio vaginale contenenti glicogeno diminuisce. Anche a dosi molto basse l'estriolo determina il ripristino dell'epitelio, fornendo glicogeno, nutrimento del lattobacillo.

Alterazioni o distruzione della flora vaginale fisiologica possono verificarsi soprattutto come conseguenza di trattamenti locali o sistemici con farmaci antibiotici, di malattie generali gravi, di inappropriate misure igieniche e di infezioni locali. In un ambiente vaginale non fisiologico, il lattobacillo può essere presente in quantità ridotta o essere del tutto assente, e la sua funzione protettiva non è più assicurata. Il principio terapeutico di Donaflor comprende il ripristino dell'equilibrio biologico della vagina e dell'epitelio vaginale attraverso il reimpianto del lattobacillo e l'effetto locale dell'estriolo sulle cellule dell'epitelio.
Anche il lattosio, eccipiente delle compresse vaginali può essere trasformato in acido lattico dal lattobacillo. La riproduzione del lattobacillo e la ricolonizzazione della vagina da parte di questo batterio ha luogo subito dopo la prima applicazione del preparato. Lattobacillo acidofilo ed estriolo esercitano la loro azione a livello locale nella vagina.

5.2 Proprietà farmacocinetiche
Non appena viene a contatto con la secrezione vaginale, la compressa vaginale si disintegra e rilascia il lattobacillo liofilizzato. Studi in vitro hanno dimostrato che il lattobacillo riprende il proprio metabolismo e provoca una riduzione del pH nel giro di poche ore.
Anche l'effetto estrogenico positivo indotto dall'estriolo inizia prontamente e lo stato proliferativo dell'epitelio vaginale migliora progressivamente nel corso del trattamento (6-12 giorni).
L'assorbimento dell'estriolo da Donaflor è stato studiato in donne sane in post-menopausa con epitelio atrofico. Dopo una singola applicazione intravaginale di Donaflor vi è stato solo un lieve aumento della concentrazione plasmatica di estriolo non coniugato (forma biologicamente attiva) rispetto al livello basale; la concentrazione massima di estriolo è stata raggiunta dopo 3 ore.
Dopo 8 ore, la concentrazione plasmatica di estriolo non coniugato non era più innalzata.
Dopo 12 giorni di terapia con Donaflor, alla dose di 1 compressa al giorno, il picco dei livelli plasmatici di estriolo non coniugato non si era innalzato rispetto al livello basale.
Durante i 12 giorni di trattamento non è stato osservato accumulo di estriolo.
Le concentrazioni plasmatiche di estrone ed estradiolo non sono influenzate dalla terapia con estriolo poiché l'estriolo è il loro metabolita finale. L'estriolo viene rapidamente eliminato nelle urine soprattutto sotto forme biologicamente inattive (glucuronidi, solfati). Dopo trattamento con Donaflor le condizioni fisiologiche della vagina possono rimanere inalterate per settimane o mesi.
Il basso dosaggio di estriolo (0,03 mg), l'impiego per applicazione locale e la limitata durata del trattamento (di norma 6-12 giorni) evitano un effetto estrogenico sistemico.

5.3 Dati preclinici di sicurezza
Due aspetti tossicologici devono essere presi in considerazione nella somministrazione di farmaci per via vaginale: tolleranza locale e possibilità di tossicità sistemica dovuta ad assorbimento dei componenti.
Il lattobacillo è il microrganismo predominante nella vagina della donna sana ed è considerato non patogeno. Per questo motivo non è previsto che l'introduzione di questo batterio in vagina provochi alcuna irritazione locale o danno dell'epitelio. I risultati degli esperimenti sugli animali (ratti Wistar) hanno

dimostrato che solo a dosaggi elevati l'estriolo può portare a femminilizzazione dei feti maschi.
Si deve tenere presente che i dati tossicologici ottenuti nei roditori hanno una valenza limitata e non possono essere estrapolati alla specie umana, poiché l'estriolo è ormone specifico nella specie umana e non è riscontrato in altre specie di mammiferi.
Considerata la bassa dose di estriolo contenuta in Donaflor, non è prevista tossicità acuta o cronica.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE
6.1 Elenco degli eccipienti
Lattosio; Cellulosa microcristallina; Magnesio stearato; Sodio amido glicolato; Sodio fosfato bibasico.

6.2 Incompatibilità
Non è nota alcuna incompatibilità

6.3 Periodo di validità
3 anni a confezionamento integro, correttamente conservato. Non utilizzare il medicinale dopo la data di scadenza indicata sulla confezione.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione
Conservare al fresco (tra 2 e 8°C).
La conservazione di Donaflor a temperatura ambiente nel periodo di trattamento (1-2 settimane) non influenza l'attività del prodotto.

6.5 Natura e contenuto del contenitore
Le compresse vaginali di Donaflor sono confezionate in blister di alluminio, inseriti a loro volta in astuccio di cartone. Sono disponibili confezioni da 6 e 12 compresse vaginali.

6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione e per lo smaltimento
Compresshe non completamente disciolte: Donaflor contiene eccipienti che non si dissolvono completamente; residui della compressa possono raramente essere riscontrati nella biancheria intima. Ciò non ha importanza ai fini della efficacia del preparato.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO (AIC)
Bruno Farmaceutici S.p.a., via delle Ande, 15, 00144 Roma. Su licenza della: Medinova Ltd. Eggbühlstrasse 14, CH-8052 Zurigo, Svizzera

8. NUMERO DI AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO (AIC)
Donaflor 6 compresse vaginali AIC N° 034027019
Donaflor 12 compresse vaginali AIC N° 034027021

DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DI AUTORIZZAZIONE
19 Marzo 2001

DATA DI REVISIONE DEL TESTO
Dicembre 2007

Agite

Tutelare la "salute futura": una Cartella per i Consultori Adolescenti

di Antonella Debora Turchetto

Ginecologa, Psicoterapeuta -
Consigliere nazionale Agite

Durante quest'ultimo decennio le Ausl hanno lavorato molto intensamente per promuovere l'attività dei Consultori per adolescenti, con investimenti nelle strutture e nella formazione degli operatori. Grazie a questa sinergica crescita la loro diffusione è ora capillare, anche se dobbiamo continuare a lavorare per migliorare la qualità dei servizi. Le società scientifiche affiliate Sigo che riuniscono i professionisti competenti sull'adolescenza operanti sul territorio: Agite, Sigia e Smic, hanno dato vita ad un gruppo di lavoro per "costruire" una Cartella per i Consultori Adolescenti. Affinare questo strumento è importante per offrire a questa vasta fascia di utenza una accoglienza più completa e per avere una ricaduta positiva sulla salute dei giovani alla media e lunga distanza. Molte Ausl hanno elaborato e utilizzato una propria cartella, concentrando ora il loro lavoro sulla difficile, ma irrinunciabile, informatizzazione.

La Cartella del Consultorio Adolescenti

La cartella comprende diverse tipologie di raccolte dati che deve rispondere alle esigenze psico-sociali, cliniche, epidemiologiche ed educative. La raccolta dati dovrebbe comprendere varie sezioni: 1) dati generali; 2) percorso per l'accesso; 3) educazione sessuale pregressa; 4) quale richiesta viene formulata al servizio; 5) storia contraccettiva e di protezione da Mst; 6) storia ginecologica; 7) storia futura; 8) storia sessuale. Sezioni Speciali potrebbero essere la scheda per "Spazio Maschio" (andrologia), per "Gravidanza", per "Ivg", per i "Disturbi del comportamento alimentare", insieme alla cartella delle consultazioni psicologiche o degli interventi dell'assistente sanitaria. I dati raccolti nella parte anagrafica/sociale ci possono dare una idea dei potenziali strumenti in possesso dell'adolescente: sco-

I Consultori Familiari dedicati agli adolescenti sono ormai una realtà ben presente nel territorio nazionale. Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (Pomi) del 2000 prevede infatti un Consultorio Adolescenti per ciascuna Ausl, introducendo il concetto di "offerta attiva" e inquadrando gli interventi di educazione sessuale nelle scuole come parte integrante e irrinunciabile dell'attività consultoriale. Il Progetto Obiettivo specifica inoltre i dettagli, raccomandando l'intervento nelle scuole medie inferiori e programmando un congruo numero di ore del personale sanitario e psico-sociale da dedicare a questa attività

larità, background familiare... contribuendo a fornire un profilo e una mappatura personalizzata del rischio sociale (gruppi per adolescenti fragili). Per esempio, è importante richiedere sempre il cellulare personale per motivi di privacy rispetto ai genitori. Altrettanto importante è avere notizie sui percorsi dell'accesso a scuola, amici, mamma, medico di medicina generale o campagne di informazione conpliant o poster. Le domande relative all'area clinico-ginecologica potrebbero essere focalizzate su endometriosi e disturbi endocrini, al fine di conoscere meglio la diffusione e l'evoluzione di alcune patologie frequenti in questa fascia d'età nonché di implementarne la diagnosi precoce.

Una "Bussola" per gli adolescenti

Per quanto riguarda l'area educativa informativa è fondamentale, come afferma anche il Pomi, che l'educazione sessuale sia parte integrante del lavoro dei Consultori Adolescenti (CA). Si deve offrire una continuità di percorso, per cui ciascun ragazzo viene contattato attivamente dai Consultori che vanno nelle scuole ed entrano in classe. In alcune Ausl i ragazzi vengono condotti in gita scolastica alla sede del Consultori Adolescenti dove si svolge la seconda parte dell'intervento. Il fine è quello di fornire una "Bussola per adolescenti" affinché siano in grado di ritrovare la struttura qualche anno più tardi. In ogni caso, registrare in cartella quando e con che metodologia il nuovo utente era stato raggiunto a scuola negli anni precedenti costituisce una fondamentale verifica dell'efficacia de-

gli interventi nelle scuole. Negli Stati Uniti c'è uno stretto monitoraggio dell'efficacia di qualsiasi intervento di educazione sanitaria, compresa l'analisi delle ricadute derivanti dall'installazione di un distributore di preservativi all'interno della scuola. Anche noi dobbiamo cominciare ad attrezzarci con strumenti di valutazione a breve (quando i ragazzi sono ancora nelle scuole) e a lunga distanza (quando successivamente accedono ai servizi). Stanno affermandosi degli studi finalizzati alla tutela della "salute futura", e cioè alla individua-

Cartella Consultorio Adolescenti

I contenuti del Simposio Agite al 10° Corso Aogoi di Aggiornamento Teorico Pratico di Medicina Embrio Fetale e Perinatale (Villasimius 13 - 16 maggio 2010)

Moderatori: Antonella Debora Turchetto e Maurizio Orlandella
Storia Futura - Andrea Peracino, Vicepresidente della Lorenzini Foundation (Milano)
Storia Ginecologica - Tiziano Motta, Dirigente Fondazione Irccs Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Presidente della Sigia (Milano)
Storia Educativa/Informativa - Francesca Cappello, Asp Palermo, Segretaria Agite Sicilia
Storia Contraccettiva e Mts - Paola Battistelli, Dip. Materno Infantile S. C. Assistenza Consultoriale Asl 2 Savonese
Storia Sessuale - Antonella Debora Turchetto, Ginecologa Psicoterapeuta (Venezia)

zione di fattori di rischio e alla promozione di comportamenti "virtuosi" che possono ridurre patologie "geologiche", intendendo con questo termine quelle affezioni che insorgono in età adulta e/o avanzata e che derivano dalla somma di fattori genetici, ambientali e comportamentali (Storia futura e NCD). Potrebbe essere utile delineare un profilo in questo senso e potrebbe essere un'occasione di stimolo educativo.

Contraccezione e protezione dalle Mst

Per quanto riguarda quest'area, i dati importanti sono quelli relativi alla protezione in occasione del primo rapporto in quanto fonte di possibile imprinting per lo sviluppo di capacità di autotutela in futuro. L'uso del preservativo all'interno della coppia e durante la vita sessuale dei ragazzi, per esempio, presenta un andamento "a dentate di sega", cioè un andamento alternante, con una progressiva diminuzione di uso nel tempo all'interno della medesima coppia e nelle nuove relazioni sessuali. Il coinvolgimento del partner maschile in un counselling contraccettivo va sempre tenuto presente anche in fase di stesura della cartella di accoglienza dei (CA). La storia sessuale comprende delle domande "difficili" quanto fondamentali: riguardano il vissuto del primo rapporto, le sensazioni di piacere o disagio, le memorie di abuso, le esperienze di violenza. Per muoversi in questo terreno minato, maneggiando della pericolosa Kryptonite (il meteorita verde che avvelenava persino Superman) bisogna aver ricevuto della formazione specifica. Fortunatamente sempre più ginecologi consultoriali aprono i loro interessi culturali e formativi alla sessuologia. Rimane aperta la questione di come strutturare la raccolta dati nelle visite successive alla prima. Attualmente si pensa di utilizzare uno spazio libero per le note degli operatori, ma questo potrebbe far perdere molti dati. Si propone quindi di utilizzare delle griglie per poter seguire nel tempo alcune situazioni cliniche specifiche (es. endometriosi). L'attività dello psicologo verrebbe riportata in una specifica sezione della cartella.

Le domande: poche, brevi e chiare

Le domande dovrebbero essere finalizzate essenzialmente a:

- tenere accesa l'attenzione degli operatori su certe tematiche
- sensibilizzare gli utenti su alcuni aspetti della loro salute
- raccogliere dati utili all'Ausl o agli sponsor
- raccogliere dati utili all'utente, nell'immediato clinico ma anche sulla lunga distanza dell'elaborazione statistica epidemiologica scientifica
- le "domande kryptonite" infine dovrebbero rendere possibile l'emergere dei casi di violenza o di abuso.

Al momento di riunire tutti questi input, sarà importante che le domande contemplate dalla Cartella del Consultorio Adolescenti siano poche, brevi e chiare; altrimenti si corre il rischio che non vengano poste dall'operatore (spesso in affanno per il cumulo di lavoro ancora da sbrigare) e che quindi non si riesca a raggiungere nessuno degli obiettivi menzionati.

Un riferimento tutto italiano

Le realtà dei Consultori sono molto diverse anche all'interno di una stessa regione. In alcune strutture ci sono in forze anche più operatori contemporaneamente disponibili per completare una lunga ed esaurientissima cartella d'accoglienza, in altre è lo stesso ginecologo che deve farsi carico della raccolta dati anagrafici, psico-sociali e ginecologici. La cartella, ancorché scientificamente perfetta, alla prova dei fatti (intesa come pratica quotidiana consultoriale), può rivelarsi inutilizzabile e quindi inutilizzata. È perciò necessaria una severa selezione tra la massa di raccolta dati che richiede una popolazione così poco studiata in Italia. Infatti ai Consultori Adolescenti afferisce già un campione di utenza molto rappresentativa della popolazione giovanile e con l'offerta attiva dell'Educazione Sessuale nelle scuole medie inferiori i Consultori incontrano la popolazione di adolescenti italiani. Si può infatti ipotizzare che, durante il secondo decennio di applicazione del Pomi, tutta la popolazione di adolescenti che frequenta la scuola dell'obbligo verrà ad essere raggiunta dal Consultorio Adolescenti della Ausl di appartenenza. Le domande "irrinunciabili" per ciascuna area tematica costituiranno la Cartella per i Consultori Adolescenti. Prima elaborata e condivisa all'interno delle società scientifiche, poi diffusa e utilizzata in tutto il territorio nazionale, ci permetterà di produrre delle evidenze scientifiche a partire dai dati della nostra popolazione giovanile, senza dover sempre avere come unico riferimento i lavori basati su adolescenti anglosassoni o nord europei. Ed allora, come in tutti i dibattiti sul "dove tagliare", la selezione è difficilissima e va portata avanti da un gruppo di lavoro che possa vantare sia conoscenza che esperienza. Dal punto di vista epistemologico l'esperienza, in senso galileiano dell'osservazione dall'esterno di un evento, è la via della scienza. Ma anche l'esperienza fenomenologicamente intesa, ovvero come vissuto all'interno del singolo osservatore, rinforza la conoscenza. Sicuramente, nell'ambito del lavoro nel sociale, questo tipo di esperienza è parte irrinunciabile della conoscenza. Si deve far tesoro, come dice Nietzsche, dei "Branzi di conoscenza strappati alla vita dall'esperienza". **Y**

Sport e disfunzioni del pavimento pelvico

Donne in palestra: attenzione al perineo!

di **Stefano Miele**

Responsabile U.O.S Uroginecologia
Ospedale Buon Consiglio, Napoli

I difetti di statica pelvica (prolasso uterino, cistorettocele) e i disturbi funzionali del perineo femminile sono oggetto di cura da parte del Servizio sanitario nazionale: la spesa nel 2006 è stata di oltre 200 milioni di euro e sono oltre tremila gli interventi chirurgici all'anno.

I costi, in termini di qualità di vita e di spesa sanitaria, sono destinati ad aumentare notevolmente, sia per l'invecchiamento della popolazione sia per la maggiore attenzione socio-culturale al problema.

Molte donne tendono ancora oggi a nascondere i propri problemi, a loro stesse, prima che al medico curante, convivendo così con un profondo senso di vergogna, disistima, sentimenti autodistruttivi e difficoltà nelle relazioni sociali.

Di contro, le tendenze socio-culturali dirette realizzare l'immagine di un corpo sano e giovane sovente inducono ad attività motorie presso palestre, assiduamente frequentate per semplice spirito emulativo o per rispondere ad intimi bisogni di affermazione. Così, ad ogni angolo, spuntano come funghi accoglienti palestre, ricche di tecnologiche innovative attrezzature, con personale dedicato a insegnare i più efficaci esercizi fisici per migliorare la performance muscolare e, soprattutto, rimodellare il corpo. Dalla letteratura scientifica, tuttavia, emerge che le donne che praticano attività sportiva sono a maggior rischio per le disfunzioni del pavimento pelvico.

Incontinenza urinaria da sforzo, prolasso della parete vaginale anteriore (cistocele), prolasso della parete vaginale posteriore (colpocele posteriore associato o meno a rettocele), ipertrofia longitudinale del collo uterino e isterocele sono disturbi sempre più frequenti non più soltanto nella donna in menopausa e postmenopausa, ma anche in giovani donne.

Oltre 300 milioni di euro a carico del Ssn nel 2006 e oltre 3mila gli interventi all'anno. Sono queste le cifre legate alle disfunzioni del pavimento pelvico che affliggono sempre più frequentemente non solo le donne in menopausa e postmenopausa ma anche le più giovani. Ora, dalla letteratura scientifica emerge chiaramente una correlazione tra attività fisica svolta in maniera non corretta e aumentato rischio di disfunzione perineale



Dopo il parto, è consigliabile andare in palestra solo dopo aver recuperato tono e adeguata capacità di controllo della muscolatura perineale

Qualche cenno di fisiopatologia

La conoscenza della fisiopatologia dei difetti di statica pelvica e l'importanza della coordinazione respirazione-attività muscolare-postura, inducono ad alcune

reflessioni. La donna che esegue sforzi non correlati a una corretta respirazione diaframmatica espone le strutture che sostengono utero e vescica a vettori di forza endoaddominale che possono superare le capacità di resistenza dei tessuti fasciali.

Ogni aumento di pressione endoaddominale legato ad uno sforzo spinge i visceri pelvici verso il basso.

In condizioni normali, ogni au-

Già durante la gravidanza la donna andrebbe aiutata ad avere una maggiore consapevolezza della propria muscolatura perineale

mento della pressione endoaddominale che si verifica durante lo sforzo muscolare è preceduto dalla contrazione della muscolatura perineale (muscolo elevatore dell'ano, diaframma urogenitale, muscoli trasversi superficiali e profondi del perineo).

La contrazione delle fibre rapide dell'elevatore dell'ano e la sinergica contrazione della muscolatura periuretrale e sfinteriale permette la continenza: l'uretra viene sollevata sotto la sinfisi pubica, la giunzione vescicouretrale conserva la sua angolazione, la pressione endoaddominale si esercita in eguale misura sulla vescica e l'uretra prossimale.

Il riflesso di difesa antigravitazionale è da considerarsi, da un punto di vista evolutivo, piuttosto recente, essendo collegato all'acquisizione della stazione eretta. È pertanto un riflesso "giovane", ancora delicato e fragile, che sta migliorando nel tempo.

Reperti archeologici di sculture raffigurano giovani donne con imponenti prolapsi, da riferirsi pertanto a una capacità di risposta agli aumenti pressori ancora inadeguata.

Questo riflesso protegge la statica e la dinamica pelvica facendo parte dei personali schemi motori-posturali.

Gravidanza, parto e puerperio

La gravidanza, per le particolari condizioni endocrino-metaboliche e per il modificato assetto posturale, induce una perdita del riflesso di difesa antigravitazionale, così da preservare la cavità uterina da incongrue pressioni contrapposte.

Il parto, a sua volta, con il passaggio del feto, induce modifiche funzionali e organiche per compressione, trauma, distorsione e lacerazioni tessutali.

Dopo il parto, il riflesso di difesa può essere recuperato con appropriati esercizi di riabilitazione perineale in quanto la muscolatura che avvolge la vagina è di tipo striato, volontaria e sottoposta a controllo mentale.

Solo dopo aver recuperato tono e adeguata capacità di controllo della muscolatura perineale è

dunque consigliabile andare in palestra.

Anche l'abitudine in puerperio a fasciare l'addome con panciere e corpetti costrittivi va abolita in quanto ogni sforzo muscolare a maggior ragione dirige i vettori di forza

endoaddominali verso il basso mentre è sopito il riflesso di difesa antigravitazionale.

Già durante la gravidanza la donna andrebbe aiutata ad avere una maggiore consapevolezza della propria muscolatura perineale per affrontare lucidamente le dinamiche del parto e mantenere un idoneo rilassamento del perineo.

Sensibilizzare le donne a una corretta attività fisica

L'importanza della coordinazione attività muscolare-attività respiratoria è stata ed è oggetto di particolare attenzione per ottimizzare lo sforzo fisico. Ma sempre più chiaramente emerge la correlazione tra attività fisica svolta in maniera non corretta e successivo aumentato rischio di disfunzione perineale.

Il nostro intervento mira a sensibilizzare le donne ad allenarsi ad una respirazione diaframmatica, ad effettuare ogni sforzo muscolare in fase espiratoria, assumendo una postura che riduca lo iato urogenitale (talloni uniti e punte dei piedi divergenti).

Ben vengano palestre e attività sportiva, ma sotto la guida di allenatori che comprendano l'importanza della coordinazione respiratoria, per prevenire danni di statica pelvica e disfunzioni correlate. **Y**

Angela Becorpi, Sonia Baldi,
Costante Donati Sarti

Direttivo S.I.Gi.T.E.

Società Italiana di Ginecologia
della Terza Età

MIRF e danno gonadico

I trattamenti con agenti citotossici possono indurre un ampio spettro di alterazioni istologiche dell'ovaio e, conseguentemente, una serie crescente di modificazioni che esprimono vari livelli di danno tissutale: dalla semplice riduzione del numero dei follicoli alla loro assenza, fino ad aspetti di danno acuto e successivamente regressivi dello stroma, che possono esitare in una fibrosi, con conseguenze irreversibili sulla funzione riproduttiva e ormonale.

La suscettibilità dell'organo, l'entità e reversibilità del danno prodotto sono elementi estremamente variabili in base a diversi parametri quali l'età della paziente; infatti in quelle molto giovani la maggioranza delle strutture follicolari si trova allo stadio di follicolo primordiale, cioè in uno stato funzionale di quiescenza che ne riduce sensibilmente la suscettibilità alle terapie (Oktem et al, 2007) rappresentando una protezione sulla fertilità futura.

Nelle pazienti oncologiche, a causa dei trattamenti gonadotossici, si rileva spesso oligo/amenorrea transitoria o persistente e, a lungo termine, menopausa precoce in una percentuale piuttosto rilevante in relazione a fattori di tipo diverso. Il rischio di sterilità delle donne sottoposte a terapie chemioterapiche oscilla dal 20-100% ed è dipendente anche dal tipo di trattamento utilizzato (Gadducci et al, 2007). I farmaci che maggiormente inducono sterilità sono gli alchilanti (Anderson et al, 2006) in particolare la ciclofosfamide, isofosfamide, nitrosurea, clorambucile etc. Altri agenti chemioterapici quali il metrotrexato, fluoruracile, vincristina, bleomicina e dactinomycin sono associati ad un basso o nessun rischio. Esistono pochissimi dati sull'uomo per agenti di più recente impiego come il taxolo. Anche il trattamento radioterapico può determinare danni simili a livello gonadico, correlabili all'età della donna, alla dose impiegata e alla modalità/sede di applicazione (Müller, 2003).

Preservare la fertilità

Se il soggetto ha una giovane età, e se la prognosi della malattia da cui è affetta è relativamente buona, l'oncologo dovrebbe valutare con la paziente l'opportunità della preservazione della sua fertilità attraverso tecniche di crioconservazione di ovociti o di tessuto ovarico (Chang et al, 2008). Negli ultimi anni, le procedure di prelievo e congelamento degli ovociti sono state offerte anche a pazienti con carcinoma mammario in cui però il protocollo di stimolazione ovarica prevede un'associazione tra gonadotropine e un anti-estrogeno inibitore delle aromatasi, il Le-

MIRF: come migliorare la qualità di vita

Terapie alternative nel trattamento della menopausa oncologica

La Menopausa Indotta Radiologica e Farmacologica (MIRF) è una sindrome la cui frequenza sta aumentando in rapporto al miglioramento dell'efficacia dei protocolli di terapia chemioantiblastica e radiante per varie tipologie tumorali, che consentono un'aspettativa di vita più lunga. Come ad esempio per il tumore della mammella, neoplasia più frequente nella donna, in cui la sopravvivenza a 5 anni è superiore all'88%. Obiettivo attuale della ricerca in questo settore è quello di assicurare, oltre ad un prolungamento della vita in condizione di assenza di malattia o di remissione, anche un significativo miglioramento della qualità della vita stessa

trozolo per cui i livelli periferici di estrogeni che si raggiungono con la stimolazione della ovulazione multipla sono dell'ordine di grandezza di quelli che si ritrovano in un ciclo ovarico normale (Oktay K. et al.2008). Il Letrozolo, inoltre, è un farmaco validato per la ormonoterapia del carcinoma mammario con recettori per gli estrogeni positivi al pari del tamoxifene (Mouridsen H et al, 2009).

Comunque, è preferibile offrire la crioconservazione del tessuto ovarico alle pazienti con recettori per gli estrogeni positivi e la conservazione degli ovociti alle pazienti con recettori per gli estrogeni negativi.

La conservazione della funzione ovarica dipende dall'età, dal tipo di trattamento e dalla diagnosi. La soppressione ovarica farmacologica in corso di chemioterapia al fine di preservarne la funzionalità rimane a tutt'oggi da definire. Infatti un piccolo studio suggerisce un beneficio in tal senso in soggetti con linfoma di Hodking e non con l'impiego di analoghi del

GnRH, peraltro non confermato da altri. Alcuni studi osservazionali suggeriscono che l'uso di contraccettivi orali potrebbe aiutare nel preservare la funzione ovarica durante la chemioterapia. Sono in corso trials per valutare la prevenzione della Pof con ana-

loghi del GnRH in pazienti con tumore mammario e recettori ormonali negativi in corso di chemioterapia (Lee et al, 2006).

MIRF e ipoestrogenismo

L'ipoestrogenismo conseguente alla MIRF e alla condizione di menopausa chirurgica può determinare significative ripercussioni a breve, medio e lungo termine, in particolare sul metabolismo fosforale con conseguente perdita di massa ossea. La sintomatologia a breve termine è rappresentata spesso dalla concomitanza, con intensità diversa, dei disturbi vasomotori, disturbi del sonno e del tono dell'umore, deficit cognitivi, diminuzione dell'interesse o del desiderio sessuale. Anche i quadri clinici a medio termine possono interferire pesantemente sulla qualità di vita in queste giovani pazienti. Le problematiche a carico dell'apparato uro-genitale con secchezza vaginale, dispareunia, le infezioni ricorrenti del tratto uro-genitale e i disturbi della minzione possono essere determinanti non solo sul vissuto della donna in que-

sto momento della sua esistenza ma anche sul rapporto di coppia. Infine, gli effetti a lungo ter-

mine della carenza estrogenica rappresentati dall'aumento del rischio cardiovascolare, dall'osteoporosi e dalle patologie degenerative del sistema nervoso centrale rappresentano, in pazienti spesso molto giovani, come ad esempio nel caso di neoplasie linfomioproliferative, un elemento da tener ben presente nell'inquadramento e nel follow-up di queste donne.

MIRF e scelta terapeutica

La terapia sostitutiva rappresenterebbe il trattamento più adeguato per la risoluzione della sintomatologia climaterica e la prevenzione delle sequele a lungo termine legate ad una menopausa precoce, ma indubbiamente la scelta del trattamento dovrà tener conto della patologia oncologica di base, scegliendo la terapia sostitutiva per le pazienti con tumori non ormonosensibili e utilizzando trattamenti alternativi sicuri ed efficaci nei soggetti con tumori ormonosensibili per i quali la HRT comporta un rischio teorico di stimolare una recidiva della malattia (Singh et al, 2009).

Alle donne a cui non può essere prescritta la HRT, possono essere proposti trattamenti non ormonali, spesso significativamente più efficaci rispetto al placebo che, da solo, è già in grado di dare una buona risposta nel 25-35% dei casi.

Antidepressivi

Le pazienti affette da MIRF frequentemente possono presentare un basso livello del tono dell'umore per le modificazioni indotte dalla carenza estrogenica da un lato, e dall'altro correlabili alle ripercussioni della consapevolezza della malattia e dello stato menopausale stesso. Molto efficaci si sono dimostrati in questo ambito i farmaci antidepressivi, sia per gli effetti sul tono dell'umore sia per gli effetti sulla frequenza delle vampate; tra questi i più studiati sono la venlafaxina (SNaRIs) e la paroxetina (SSRIs) (Bordeleau et al, 2007), anche la mirtazapina appartenente alla classe dei NaSSA (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant) ha dimostrato una riduzione di circa il 55% della frequenza e dell'intensità delle vampate. Il principale effetto collaterale di questo farmaco è costituito dalla sonnolenza (Biglia et al, 2007).

Una review della letteratura del 2009 suggerisce di utilizzare la venlafaxina e la paroxetina come farmaci di prima linea; la desvenlafaxina, sertralina, fluoxetina e citalopram come farmaci di seconda linea se la terapia con gli altri farmaci è fallita o se non sono tollerati dalle pazienti; la mirtazapina dovrebbe essere utilizzata solo in ultima linea per gli effetti collaterali (Carroll et al, 2009).

È comunque utile ricordare come nei soggetti in trattamento con tamoxifene per pregresso carcinoma mammario non è indicato impiegare farmaci come la paroxetina che compete con



CYP2D6 e a tal proposito è stato riportato recentemente un aumento di mortalità per tumore mammario causato da una ridotta efficacia della terapia con tamoxifene; infatti il CYP2D6 è coinvolto nell'attivazione metabolica di questo SERMs (Kelly CM et al, 2010).

Purtroppo ad oggi mancano ancora dati sull'efficacia e sui rischi a lungo termine per questo tipo di utilizzo (vedi tabelle 1 e 2).

Altri farmaci utilizzati per il controllo dei sintomi vasomotori sono la clonidina, antiipertensivo, con effetto alfa adrenergico centrale e la gabapentina, un antiepilettico utilizzato anche per il dolore cronico e gli attacchi di panico (Pinkerton et al, 2009; Hickey M. et al, 2009).

Un altro disturbo climaterico importante, soprattutto nelle pazienti giovani affette da MIRE, sono la secchezza vaginale e i disturbi sessuali correlati all'iposterogenismo menopausale accentuato dalle terapie antiestrogeniche, per cui i lubrificanti o reidratanti vaginali forniscono un modesto beneficio se confrontati con il placebo (Burwell et al, 2006; Leining et al, 2006). Il trattamento più efficace prevederebbe l'impiego di estrogeni per uso topico ma, nonostante l'utilizzo per via vaginale di dosi molto basse di estrogeni non sembra modificare in modo significativo i tassi circolanti di estradiolo e di estrone, che restano sempre nel range di normalità per la postmenopausa, non vi sono studi sufficienti per convalidarne la sicurezza nelle neoplasie ormono-sensibili (NAMS Position Statement, 2007; SOGC, 2009).

Medicine complementari

Altri trattamenti alternativi sempre più studiati per il controllo della sintomatologia climaterica sono: la fitoterapia, l'agopuntura e lo yoga.

La Fitoterapia

Branca della Medicina che utilizza piante medicinali e derivati a scopo preventivo e curativo, la fitoterapia ha avuto negli ultimi anni notevoli sviluppi nell'ambito delle acquisizioni terapeutiche nei vari settori. Di recente, è stata inserita in diverse realtà territoriali, quali la Regione Toscana, nei livelli essenziali di assistenza, nel settore delle Medicine Complementari. I fitoestrogeni sono stati promossi come l'"alternativa naturale" alla HRT e sono stati disponibili senza restrizioni per diversi anni come integratori alimentari. Vari effetti benefici sulla salute, compresa la protezione contro il carcinoma della mammella (Shu et al, 2009), sono stati attribuiti al consumo fin dalla pubertà di cibi a base di soia, in particolare alla componente degli isoflavoni (genisteina, daidzeina, gliciteina) (Lee et al, 2009). Riguardo all'efficacia sulla sintomatologia clinica da carenza estrogenica una recentissima metanalisi (Ricci et al, 2009) condotta su 1805 donne mette in evidenza come non vi sia complessivamente una differenza significativa sulla Scala di Green mentre il numero delle vampate (-0.8, P=0.03) e la severità (-0.93, P<0.001), nonché dell'Indice di Kuppermann (-0.96, P<0.0001) mostrano tutti un miglioramento della sintomatologia a seguito del trattamento con fitoestrogeni. I risultati derivati dalla metanalisi quindi mostrano benefici, seppur non marcati, sulla sintomatologia vasomotoria, la quale rappresenta un criterio di scelta per il trattamento con fitoestrogeni. In particolare dalla revisione della letteratura la genisteina alla dose di 54 mg/die comporterebbe una riduzione significativa dell'intensità e severità delle vampate di calore ad un anno di trattamento. Attualmente non vi sono indicazioni

TABELLA 1 Impiego dei farmaci antidepressivi (SSRIs e SNaRIs) più frequentemente usati nel trattamento della sintomatologia vasomotoria confrontati con placebo

Trials clinici	Dose	N° soggetti	Durata	Diff. (95% CI)
SSRIs:				
Paroxetina:				
Stearns et al. 2003	12.5 o 25mg/die	165	6 settimane	-1,52 (-2,36 a -0,69)
Stearns et al. 2005	10 o 20 mg/die	151	4 settimane	-2,43 (4,43 a 0,42)
<i>Totale</i>				-1,66 (-2,43 a 0,89)
Fluoxetina:				
Loprinzi et al., 2002	20 mg/die	81	3 settimane	-0,90 (-3,78 a 1,98)
Suvanto-Lukkonen et al, 2005	20 mg/die	100	3 mesi	-1,60(-3,63 a 0,43)
<i>Totale</i>				-1,37 (-3,03 a 0,29)
Citalopram				
Suvanto-Lukkonen et al, 2005	20 mg/die	100	3 mesi	-0,20(-1,45°1,05)
SNaRIs:				
Venlafaxina				
Loprinzi et al., 2000	37,5 o 75mg/die	167	4 settimane	-1,09(-3,78 a 1,98)
Evans et al, 2005	75 mg/die	80	12 settimane	1,10(-1,94 a 4,14)
<i>Totale</i>				-0,49(-2,40 a 1,41)

TABELLA 2 SSRI e Tamoxifene nel progresso Ca mammario (Brauch et al, 2009)

Il **Tamoxifene** è un SERM (Selective estrogen receptor modulator) che viene convertito dall'isoenzima 2D6 del citocromo P450 (CYP2D6) nei suoi metaboliti endoxifene e 4OH Tamoxifene.

La **paroxetina** e, in misura molto minore la fluoxetina e la sertralina, inibiscono l'attività dell'isoenzima CYP2D6 a differenza degli SNaRIs (venlafaxina) e degli NaSSA (Mirtazapina).

all'utilizzo di dosi maggiori, sia perché quelle impiegate superano le quantità assunte con diete ricche di fitoestrogeni, come

quella asiatica, sia perché dai vari studi non risulta un effetto dose dipendente sulla sintomatologia e sull'assetto metabolico. Per quanto riguarda gli effetti dei fitoestrogeni sull'osso studi epidemiologici nelle popolazioni orientali suggeriscono che l'uso alimentare per tutta la vita di alte dosi di soia possa essere associato ad un rischio di frattura più basso rispetto alle popolazioni occidentali. Nessun trial clinico è stato condotto al fine di valutare la riduzione o meno di fratture in donne in menopausa che assumevano fitoestrogeni. Studi epidemiologici e trials clinici condotti su donne in menopausa dimostrano invece che un'alimentazione con alto tenore in isoflavoni o una specifica supplementazione dietetica riducono in maniera significativa la perdita ossea. (Alekel et al, 2010; Wong et al,

2009). Dalla metanalisi di Ricci et al (2009) si osserva un effetto sul metabolismo osseo maggiore per la genisteina in accordo con il risultato di studi epidemiologici su popolazioni orientali dove l'uso alimentare di soia si associa ad un ridotto rischio di frattura. Comunque gli studi di intervento mediante la somministrazione di fitoestrogeni sul turn-over osseo e la densità ossea sono scarsi, aneddotici e contraddittori tanto che la prevenzione e il trattamento dell'osteoporosi non rappresentano al momento un'indicazione all'assunzione di queste sostanze. La contraddittorietà talvolta riscontrata in letteratura è relativa al dosaggio impiegato, corrispondente mediamente alla metà della dose raccomandata dal Ministero della Salute al solo scopo di integrazione alimentare (80 mg/die di isofla-

Per saperne di più

1. Alekel DL, Germain AS, Peterson CT, Hanson KB, Stewart JW, Toda T. Isoflavone-rich soy protein isolate attenuates bone loss in the lumbar spine of perimenopausal women. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72:844-52
2. Alekel DL, The soy isoflavones for reducing bone loss (SIRBL) study: a 3-y randomized controlled trial in postmenopausal women. *Am J Clin Nutr.* 2010 Jan;91(1):218-30
3. Alfhaily F. Acupuncture in managing menopausal symptoms: hope or mirage? *Climacteric.* 2007
4. Anderson R.A et al. The effects of chemotherapy and long-term gonadotrophin suppression on the ovarian reserve in premenopausal women with breast cancer. *Hum Reprod* 2006
5. Arjmandi BH, Khalil DA, Smith BJ, Lucas EA, Juma S, Payton ME, Wild RA. Soy protein has a greater effect on bone in postmenopausal women not on hormone replacement therapy, as evidenced by reducing bone resorption and urinary calcium excretion. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003; 88: 1048-54

6. BIG 1-98 Collaborative Group, Mouridsen H, et al. Letrozole therapy alone or in sequence with tamoxifen in women with breast cancer. *N Engl J Med* 2009 Aug 20;361(8):766-76
7. Biglia N, Kubatzki F, Sgandurra P, Ponzoni R, Marengo D, Peano E, Sismondi P. Mirtazapine for the treatment of hot flashes in breast cancer survivors: a prospective pilot trial. *Breast J.* 2007 Sep-Oct;13(5):490-5.
8. Booth-LaForce C, et al. A pilot study of a Hatha yoga treatment for menopausal symptoms. *Maturitas* 2007 Jul 20;57(3):286-95
9. Bordeleau L et al. Therapeutic Options for the Management of Hot Flashes in Breast Cancer Survivors: An Evidence-Based Review. *Clin Ther* 2007; 9:230-241
10. Borud E, White A. A review of acupuncture for menopausal problems. *Maturitas* 2010 Jan 7
11. Brauch H, Murdter TE et al. Pharmacogenomics of tamoxifen therapy. *Clin Chem* 2009 Oct;55(10):1770-82

12. Burwell SR. J. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Clin Oncol* 2006 Jun 20;24(18):2815-21; 13
13. Carroll DG, Kelley KW. Use of antidepressants for management of hot flashes. *Pharmacotherapy.* 2009 Nov;29(11):1357-74
14. Chang et al. Fertility preservation for women with malignancies: current developments of cryopreservation. *J Gynecol Oncol.* 2008 Jun;19(2):99-107
15. Cho SH Acupuncture for vasomotor menopausal symptoms: a systematic review. *Menopause* 2009 Sep-Oct;16(5):1065-73
16. Dodin S, Cunnane SC, Mâsse B, Lemay A, Jacques H, Asselin G, Tremblay-Mercier J, Marc I, Lamerche B, Légaré F, Forest JC. Flaxseed on cardiovascular disease markers in healthy menopausal women: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Nutrition* 2008; 24:23-30. Epub 2007 Nov 5
17. Evans ML, Pritts E, et al. Management of postmenopausal hot flashes with venlafaxine hydrochloride: a randomized, controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2005;

18. Executive summary and consensus statement. Treatment of estrogen deficiency symptoms in women surviving breast cancer. Part 6: Oncology (Williston Park). 1999 Jun;13(6):859-61, 865-6, 871-2 passim
19. Gadducci A, Cosio S, Genazzani AR. Ovarian function and childbearing issues in breast cancer survivors. *Gynecol Endocrinol* 2007;23:625-63
20. Hickey M et al. Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. *Hum Reprod Update.* 2009 May-Jun;15(3):323-39
21. Kelly CM et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study *BMJ* 2010 Feb 8;340:355
22. Kim KH et al. Effects of acupuncture on hot flashes in perimenopausal and postmenopausal women—a multicenter randomized clinical trial. *Menopause.* 2009 Nov 10
23. Kreijkamp-Kaspers S, Kok L, Grobbee DE, de Haan EH, Aleman A, Lampe JW, van der

- Schouw YT. Effect of soy protein containing isoflavones on cognitive function, bone mineral density, and plasma lipids in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004 Jul 7;292:65-74
24. Lee MS, et al. Yoga for menopausal symptoms: a systematic review. *Menopause.* 2009 May-Jun;16(3):602-8
25. Lee SA, et al. Adolescent and adult soy food intake and breast cancer risk: results from the Shanghai Women's Health Study. *Am J Clin Nutr.* 2009 Jun;89(6):1920-6
26. Lee SJ, Leslie RS, Ann H Partridge, Pasquale P., Wallace WH, Kkaren H, et al American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients *J of Clin Oncol* 20 June 2006
27. Leining MG et al. Menopausal-type symptoms in young breast cancer survivors. *Ann Oncol.* 2006 Dec;17(12):1777-82
28. Loprinzi CL, Kugler JW et al. Venlafaxine in management of hot flashes in survivors of breast cancer: a randomized controlled trial. *Lancet*

von) e non terapeutico (Poulsen et al, 2008). D'altra parte le preparazioni di fitoestrogeni sono considerate integratori alimentari, pertanto non sono sottoposte all'obbligo di dichiarare il preciso dosaggio e contenuto di sostanze attive. Gli studi che hanno preso in considerazione i singoli composti sono pochi, quali quelli di Marini et al. (2007) e Morabito et al. (2002) che hanno valutato nelle donne osteopeniche l'effetto della sola genisteina mettendo in evidenza un effetto positivo sulla densità ossea a livello vertebrale e lombare. Similmente l'effetto globale rilevato sui lipidi e sulla glicemia sembra maggiore per i lignani da una parte e la genisteina dall'altra.

La sicurezza in campo oncologico

Non ci sono ancora evidenze sufficienti sulla sicurezza di queste molecole in campo oncologico: in vitro per esempio sono riportati effetti contrastanti sulla crescita cellulare in relazione alla dose impiegata. Tutto questo ci consiglia quindi prudenza nel loro impiego nei soggetti a rischio oncologico elevato o con neoplasie ormono-sensibili che talvolta rappresentano proprio quei casi che inducono il medico alla loro prescrizione come alternativa alla HRT.

D'altra parte la supplementazione di fitoestrogeni in postmenopausa è ritenuta, al momento, una controindicazione assoluta nelle donne con neoplasie ormono-sensibili in quanto potrebbero avere un blando effetto estrogenico con promozione della crescita neoplastica dovuto all'azione agonista in un ambiente endocrino non estrogenizzato (NAMS Position Statement, 2004) (Vedi tabella 3).

L'agopuntura

È una terapia complementare

TABELLA 3 Medie iniziali e finali degli studi inclusi nella metanalisi dell'osso (BMD) (Ricci et al, 2009)

Autori (anno)	Trattamento (mg)	Trattati inizio (media, DS)	Trattati fine (media, DS)	Controlli inizio (media, DS)	Controlli fine (media, DS)
Alekel et al. (2000)	isoflavoni dalla soia (80.4)	0.981 (0.121)	0.978 (0.11)	1.000 (0.135)	0.989 (0.132)
Arjmandi et al. (2005)	isoflavoni dalla soia (60)	0.944 (0.130)	0.934 (0.130)	0.941 (0.135)	0.933 (0.135)
Dodin et al. (2005)	lignani dai semi di lino (.)	1.120 (0.140)	1.090 (0.140)	1.120 (0.150)	1.110 (0.150)
Kreijkamp-Kaspers et al. (2004)	isoflavoni dalla soia (100)	0.917 (0.112)	0.86 (0.113)	0.831 (0.119)	0.826 (0.121)
Lydeking-Olsen et al. (2004)	isoflavoni dal latte di soia (76)	0.925 (0.26)	0.933 (0.265)	0.865 (0.19)	0.835 (0.212)
Potter et al. (1998)	isoflavoni (56)	0.971 (0.145)	0.969 (0.143)	0.94 (0.159)	0.934 (0.153)
Potter et al. (1998)	isoflavoni (90)	0.892 (0.114)	0.912 (0.119)	0.94 (0.159)	0.934 (0.153)
Uesugi et al. (2003)	isoflavoni (61.8)	1.040 (0.100)	1.040 (0.100)	1.030 (0.100)	1.050 (0.220)
Wu et al. (2006)	isoflavoni (75)	0.891 (0.123)	0.884 (0.121)	0.907 (0.13)	0.904 (0.129)
Ye et al. (2006)	isoflavoni dalla soia (126)	0.892 (0.151)	0.904 (0.149)	0.864 (0.103)	0.851 (0.102)
Ye et al. (2006)	isoflavoni dalla soia (84)	0.839 (0.111)	0.841 (0.108)	0.864 (0.103)	0.851 (0.102)
Zhang et al. (2007)	isoflavoni (78)	0.995 (0.203)	1.006 (0.295)	1.005 (0.207)	0.988 (0.253)

sempre più utilizzata – oltre che in Oriente, in Europa e negli Usa – per il trattamento dei disturbi neurovegetativi della menopausa e la stessa Oms afferma che può essere impiegata con efficacia per il trattamento della sintomatologia vasomotoria, insonnia, ansia e per la riduzione del peso corporeo (Borud et al, 2010).

Gli studi clinici fino ad oggi effettuati non sono numerosissimi e presentano spesso problemi di tipo metodologico e qualitativo. Tuttavia diversi di essi, soprattutto i più recenti, concludono che vi è un beneficio nel gruppo trattato, rispetto ai controlli, sulla sintomatologia neuro-vegetativa e sull'aumento ponderale (Kim et al, 2009). Occorre poi notare che il trattamento di agopuntura è quasi del tutto privo di effetti collaterali, non ha controindicazioni, è caratterizzato da un'alta compliance e concordanza delle utenti e contribuisce al cambiamento degli stili di vita poiché le donne vengono informate sulla corretta alimentazione, la ginnastica da effettuare e i ritmi sonno-veglia da osservare per migliorare lo stato

di salute (Cho SH, 2009). L'agopuntura può quindi essere considerato una promettente tecnica terapeutica per il miglioramento dei disturbi vasomotori della menopausa e trova una corretta indicazione nelle donne che:

- non possano assumere la TOS, perché a rischio o con pregresse patologie oncologiche ormono-dipendenti
- rifiutino per motivi vari la TOS, anche in assenza di controindicazioni
- abbiano assunto la TOS e che, alla sua sospensione, continuino a presentare disturbi vasomotori del sonno, dell'umore e incremento ponderale
- non presentino un'indicazione elettiva per la TOS.

Molte sono le ipotesi sul meccanismo di azione dell'agopuntura e sui livelli centrali e periferici che sono interessati durante questo trattamento. Se ne riconoscono vari effetti: antalgico/ analgesico, immunomodulatore, neuroendocrino, trofico e vasomodulatore. Infine è descritto un effetto sul tono muscolare e un effetto se-

dativo sulla sfera psicoemotiva: vi sono numerose pubblicazioni inerenti l'ansia, la depressione, l'insonnia (con probabile azione sul sistema monoaminergico, sulla serotonina, sugli oppioidi endogeni e sulle endorfine).

Il meccanismo quindi, che può determinare il successo nel trattamento dei disturbi associati alla menopausa, potrebbe essere legato alla stimolazione dell'attività oppioide centrale.

Studi randomizzati dimostrano che l'uso dell'agopuntura su specifici punti può essere considerato un rimedio non ormonale per il miglioramento delle vampate di calore e dei disturbi del sonno, anche se in maniera minore rispetto al trattamento con estrogeni; non mancano comunque inviti alla prudenza legati soprattutto alla qualità degli studi (Alfhaily et al 2007).

Lo yoga

Vari studi dimostrano che tecniche che promuovono il rilassamento e una migliore gestione dello stress quali lo Yoga possono portare ad un miglioramento della sintomatologia climaterica o ad un adattamento

alla presenza di questa, determinando una riduzione dei sintomi vasomotori e dei disturbi del sonno. Sembra infatti che lo stress emotivo sia un comune elemento scatenante le vampate per cui tecniche che promuovono il rilassamento ed una migliore gestione dello stress, come lo yoga, possono essere particolarmente utili in queste pazienti (Booth-LaForce et al, 2007; Lee et al, 2009).

Un bagaglio terapeutico "personalizzato"

L'esistenza di un bagaglio terapeutico sempre più vasto ai fini del controllo della sintomatologia da carenza estrogenica nelle pazienti in menopausa indotta per patologie neoplastiche, rappresenta indubbiamente un elemento fondamentale ai fini di una corretta personalizzazione del trattamento. Sarà comunque fondamentale, accanto ad un adeguato controllo dello stile di vita, la possibilità di integrazione di terapie di tipo diverso e di trattamenti non farmacologici con l'obiettivo non solamente di "curare" ma di "prenderci cura" della donna con tutte le problematiche emergenti. **Y**

2000;356:2059-2063
 29. Loprinzi CL, Sloan JA, Perez EA, et al. Phase III Evaluation of Fluoxetine for treatment of hot flushes. *J Clin Oncol* 2002; 20 (6): 1578-1583.
 30. Lydeking-Olsen E, Beck-Jensen JE, Satchell KD, Holm-Jensen T. Soy milk or progesterone for prevention of bone loss--a 2 year randomized, placebo-controlled trial. *Eur J Nutr* 2004; 43:246-57.
 31. Marini H, Minutoli L, Polito F, Bitto A, Altavilla D, Atteritano M, Gaudio A, Mazzaferro S, Frisina A, Frisina N, Lubrano C, Bonaiuto M, D'Anna R, Cannata ML, Corrado F, Adamo EB, Wilson S, Squadrino F. Effects of the phytoestrogen genistein on bone metabolism in osteopenic postmenopausal women: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007 Jun 19;146:839-47. Summary for patients in: *Ann Intern Med* 2007 Jun 19;146:134
 32. Menopause and Osteoporosis Update. *J Obst Gyn Can* 2009; 31 (1): S1-48
 33. Morabito N, Crisafulli A, Vergara C, Gaudio A, Lasco A, Frisina N, D'Anna R, Corrado F, Pizzo-

leo MA, Cincotta M, Altavilla D, Ientile R, Squadrino F. Effects of genistein and hormone-replacement therapy on bone loss in early postmenopausal women: a randomized double-blind placebo-controlled study. *J Bone Miner Res* 2002; 17:1904-12
 34. Müller J. Impact of cancer therapy on the reproductive axis. *Horm Res* 2003;59 Suppl 1:12-20. Review
 35. NAMS Position Statement. Treatment of menopause-associated vasomotor symptoms: position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2004; 11(1): 11-13
 36. Nelson HD, Vesco KK et al. Non hormonal therapy for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2006 May 3;295(17):2057-71.
 37. North American Menopause Society. The role of local vaginal estrogen for treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women: 2007 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2007 May-Jun;14(3 Pt 1):355-69.
 38. Oktay K., Azim AA, Costantini-Ferrando M. Safety of fertility

preservation by ovarian stimulation with letrozole and gonadotropins in patients with breast cancer: a prospective controlled study. *J Clin Oncol*. 2008 Jun 1;26(16):2630-5.
 39. Oktem O, Oktay K. Quantitative assessment of the impact of chemotherapy on ovarian follicle reserve and stromal function. *Cancer* 2007;110:2222-2229
 40. Pinkerton JV, Stovall DW, Kightlinger RS. Advances in the treatment of menopausal symptoms. *Womens Health (Lond Engl)*. 2009 Jul;5(4):361-384
 41. Poulsen RC, Kruger MC. Soy phytoestrogens: impact on postmenopausal bone loss and mechanisms of action. *Nutr Rev*. 2008 Jul;66(7):359-74
 42. Potter SM, Baum JA, Teng H, Stillman RJ, Shay NF, Erdman JW Jr. Soy protein and isoflavones: their effects on blood lipids and bone density in postmenopausal women. *Am J Clin Nutr*. 1998; 68(6 Suppl):1375S-1379S.
 43. Ricci E et al. Metanalisi dei fitoestrogeni in menopausa. Uso dei fitoestrogeni in menopausa: revisione sistematica e metana-

lisi degli studi pubblicati. *Rivista di Ostetricia e Ginecologia pratica e medicina perinatale*. 2009 vol.1
 44. Ries L et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2005. *Natl Cancer Inst* 2008. Bethesda
 45. Shu XO et al. Soy food intake and breast cancer survival. *JAMA*. 2009 Dec 9;302(22):2437-43
 46. Singh P et al. Hormone replacement after gynaecological cancer. *Maturitas*. 2009 Dec 15.
 47. Stearns V, Johnson MD, et al. Active tamoxifen metabolite plasma concentrations after coadministration of tamoxifen and the selective serotonin reuptake inhibitor paroxetine. *J Natl Cancer Inst*. 2003 Dec 3;95(23): 1758-64.
 48. Suvanto-Lukkonen et al. Citalopram and fluoxetine in the treatment of menopausal symptoms: a prospective, randomized, 9-month, placebo-controlled, double-blind study. *Menopause* 2005;12:18-26.
 49. Uesugi T, Fukui Y, Yamori Y. Beneficial effects of soybean isoflavone supplementation on bone metabolism and serum lipids in postmenopausal Japanese women:

a four-week study. *J Am Coll Nutr*. 2002; 21:97-102.
 50. Wong WW et al. Soy isoflavone supplementation and bone mineral density in menopausal women: a 2-y multicenter clinical trial. *Am J Clin Nutr*. 2009 Nov;90(5):1433-9
 51. Wu J, Oka J, Ezaki J, Ohtomo T, Ueno T, Uchiyama S, Toda T, Uehara M, Ishimi Y. Possible role of equal status in the effects of isoflavone on bone and fat mass in postmenopausal Japanese women: a double-blind, randomized, controlled trial. *Menopause*. 2007 Sep;14:866-74.
 52. Ye YB, Tang XY, Verbruggen MA, Su YX. Soy isoflavones attenuate bone loss in early postmenopausal Chinese women : a single-blind randomized, placebo-controlled trial. *Eur J Nutr*. 2006; 45:327-34. Epub 2006 Jun 8.
 53. Zhang G, Qin L, Shi Y. Epimedium-derived phytoestrogen flavonoids exert beneficial effect on preventing bone loss in late postmenopausal women: a 24-month randomized, double-blind and placebo-controlled trial. *J Bone Miner Res*. 2007; 22:1072-9.

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Ma serve?

Ho iniziato più di trent'anni fa nelle parrocchie con i corsi prematrimoniali per i fidanzati e di affettività per gli adolescenti. Qualche tempo dopo, complice l'ingresso a scuola dei miei figli, è arrivata l'educazione sessuale vera e propria, pur nell'eufemismo degli interventi di educazione alla salute, poi diventata consuetudine. Così ho alternato scuole medie inferiori e superiori, non rifiutando mai alcun invito. A lungo l'approccio per entrambi è stato quello della lezione frontale "ex cathedra", facendo molta attenzione al messaggio trasmesso, sia nelle modalità che nei contenuti, però rispettando sempre la scienza oltre che la coscienza. Solo in tempi più recenti, per i più grandi, ho

Oltre mille, ogni anno, le Ivg tra le minorenni nella sola Puglia dicono gli ultimi dati. Le ragazze che visitano i consultori sono poche, e quasi sempre sole. Quelle poi che arrivano con le idee chiare per intraprendere un cammino contraccettivo (tra mille riserve e preoccupazioni) si contano sulle dita di una mano



cambiato metodo, organizzando una specie di "uno contro tutti" televisivo: dopo la distribuzione

qualche giorno prima di materiale divulgativo (non c'era ancora Scegli tu!) l'incontro è strutturato

in maniera che dai ragazzi sia posto ogni tipo di domande cui lo specialista dà una risposta. Con una buona cultura e un'adeguata parola l'esperienza risulta molto efficace oltre che gratificante. Contemporaneamente si è azzerata la richiesta per i più piccoli, spesso per ostacolo delle famiglie, per incomprensibili pudori e timori, retaggi di epoche che credevamo lontane. In certi periodi l'impegno è stato davvero sfiancante: la mattina nelle aule, la sera nelle sacrestie, un giorno sì e l'altro pure. A quanti ho cercato di dare qualcosa che potesse servire e restare? Tra i ricordi, due i più significativi: il primo approccio del nuovo corso in una aula magna di liceo con più di quattrocento giovani prossimi alla licenza e una affollata riunione prenatalizia nel salone della cattedrale con cento coppie di nubendi. Non dovrei dirlo io, ma due successi

stremitosi! Spesso mi vien da sorridere quando continuo a sentire, in occasione di congressi, chi continua ad arzigogolare e soprattutto a non fare! Ma serve? In Puglia si registra un'alta percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza tra le minorenni. Oltre mille per anno, secondo gli ultimi dati. E infatti poche sono le ragazze che dopo gli incontri visitano i consultori, il più delle volte solo per chiedere la contraccezione post-coitale. Sempre desolatamente sole, come se le conseguenze dell'amore non fossero un problema di coppia. Si contano sulle dita di una sola mano quelle che arrivano con le idee chiare per intraprendere un cammino contraccettivo. Tra mille riserve e preoccupazioni, dall'accettazione in famiglia alle tante chiacchiere dure a morire sulla pillola. E così si riprende a parlare... Servirà, questa volta?

Gyno-Canesten®

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. 5 g di crema vaginale contengono: **Principio attivo:** clotrimazolo 100 mg. **GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali.** Una compressa vaginale contiene: **Principio attivo:** clotrimazolo 100 mg. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere sezione 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Crema vaginale. Compresse vaginali. **4. INFORMAZIONI CLINICHE.** **4.1. Indicazioni terapeutiche.** Gyno-Canesten crema vaginale e compresse vaginali si usano per il trattamento di: **infezioni vulvo-vaginali sostenute da Candida**, con sintomi localizzati quali: prurito, leucorrea, arrossamento e sensazione di gonfiore della mucosa vaginale, bruciore al passaggio dell'urina. Gyno-Canesten crema si usa anche per: **vulviti e balaniti da Candida**. **4.2. Posologia e modo di somministrazione.** Le compresse o la crema vanno introdotte il più profondamente possibile in vagina ed a tale scopo la paziente dovrà assumere la posizione supina a gambe lievemente piegate. Il trattamento dovrebbe essere opportunamente iniziato e concluso nel periodo intermestruale. **GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale.** Salvo diversa prescrizione medica, si somministra giornalmente, e cioè alla sera per 3 giorni consecutivi, introducendo il contenuto di un applicatore (5 g circa) profondamente in vagina. Se necessario può essere effettuato un secondo trattamento di 3 giorni. In caso di vulvite o balanite da Candida, il trattamento dovrebbe protrarsi per 1-2 settimane. Inoltre, si consiglia l'applicazione di Gyno-Canesten crema esternamente, sulla zona perineale sino alla regione anale. Ciò si esegue applicando in loco la crema in strato sottile 2-3 volte al giorno e facendola penetrare con lieve movimento. Allo scopo di evitare una reinfezione, in particolare in presenza di vulvite o balanite da Candida, il partner deve essere contemporaneamente trattato localmente (glande e prepuzio). **GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali.** Una compressa la sera per sei giorni consecutivi (vedere sezione 6.6), oppure all'occorrenza si può attuare la posologia di 2 compresse la sera prima di coricarsi, per 3 giorni consecutivi. Nelle forme croniche recidivanti, la posologia giornaliera può essere aumentata a 2 compresse vaginali la sera, per un periodo di 6-12 giorni. Inoltre, si consiglia l'applicazione di Gyno-Canesten crema esternamente, sulla zona perineale sino alla regione anale. Ciò si esegue applicando in loco la crema in strato sottile 2-3 volte al giorno: si consiglia anche, soprattutto in caso di vulvite da Candida, il contemporaneo trattamento locale del partner (glande e prepuzio) con Gyno-Canesten crema. Perché Gyno-Canesten compresse si dissolvano completamente è necessario che la vagina presenti un adeguato grado di umidità. Altrimenti, potrebbe verificarsi la fuoriuscita di frammenti non dissolti della compressa. Per evitare ciò, è importante che il medicinale venga inserito il più profondamente possibile in vagina al momento di coricarsi. Se, nonostante tale precauzione, la compressa dovesse non dissolversi completamente nell'arco di una notte, si dovrà prendere in considerazione l'impiego della crema vaginale. **4.3. Controindicazioni.** Ipersensibilità al principio attivo, all'alcool cetostearilico (Gyno-Canesten crema) o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4. Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego.** Gyno-Canesten può ridurre l'efficacia e la sicurezza dei prodotti a base di lattice, come preservativi e diaframmi. L'effetto è temporaneo e si verifica solo durante il trattamento. L'impiego, specie se prolungato, di prodotti per uso topico, può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione. In tal caso, è necessario interrompere il trattamento e adottare idonee misure terapeutiche. L'alcool cetostearilico contenuto nella crema può provocare reazioni cutanee locali (es. dermatite da contatto). **4.5. Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** Nessuna nota. **4.6. Gravidanza ed allattamento.** Sebbene non siano stati effettuati studi clinici controllati nelle donne in gravidanza, le indagini epidemiologiche indicano l'assenza di effetti dannosi del trattamento con Gyno-Canesten sulla madre e sul bambino. Tuttavia, come per tutti i farmaci, nel primo trimestre di gravidanza il prodotto va somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. In caso di infezione vaginale da Candida, nelle ultime 4-6 settimane di gestazione va opportunamente eseguito un ciclo di cura, con l'intento di bonificare il canale genitale materno, onde evitare i frequenti casi di candidosi neonatale. In tal caso, si dovrebbe effettuare il trattamento, sotto il diretto controllo medico, con Gyno-Canesten compresse, in quanto utilizzabili senza applicatore. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non è stato osservato alcun effetto sulla capacità di guidare o di usare macchinari. **4.8. Effetti indesiderati.** Gli effetti indesiderati, classificati per organi ed apparati, sono: organismo nel suo complesso: reazione allergica (sincope, ipotensione, dispnea, disturbi gastrointestinali), dolore. Cute e annessi: prurito, eruzione cutanea. **4.9. Sovradosaggio.** Non sono riscontrabili nella letteratura segnalazioni di effetti tossici del clotrimazolo riferibili ad iperdosaggio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE.** **5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: antimicotico per uso topico, appartenente al gruppo dei derivati imidazolici. Codice ATC: G01AF02. **Meccanismo d'azione.** Il clotrimazolo agisce contro i funghi mediante inibizione della sintesi dell'ergosterolo. L'inibizione della sintesi dell'ergosterolo provoca una compromissione strutturale e funzionale della membrana citoplasmatica. **Effetti farmacodinamici.** Il clotrimazolo ha un ampio spettro d'azione antimicotica *in vitro* ed *in vivo*, che comprende dermatofiti, lieviti, muffe, ecc. In appropriate condizioni sperimentali, i valori di MIC per questi tipi di funghi sono nell'intervallo inferiore a 0,062-4-8 µg/ml di substrato. Il meccanismo

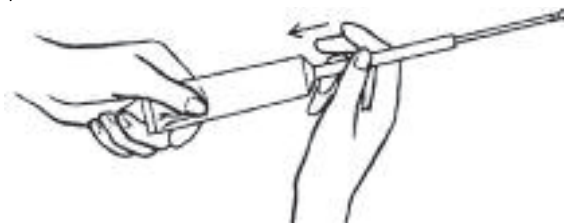
d'azione del clotrimazolo è fungistatico o fungicida in relazione alla sua concentrazione nella sede d'infezione. L'attività *in vitro* è limitata agli elementi fungini proliferanti; le spore fungine sono solo leggermente sensibili. In aggiunta alla sua attività antimicotica, Gyno-Canesten agisce anche su *Trichomonas vaginalis*, microrganismi gram-positivi (*Streptococchi* / *Stafilococchi*) e microrganismi gram-negativi (*Bacteroides* / *Gardnerella vaginalis*). *In vitro*, il clotrimazolo inibisce la moltiplicazione dei *Corynebatteri* e dei *cocchi gram-positivi* - con l'eccezione degli *Enterococchi* - in concentrazioni di 0,5-10 µg/ml di substrato ed esercita un'azione tricomocida a 100 µg/ml. Le varianti primariamente resistenti di specie fungine sensibili sono molto rare; lo sviluppo di una resistenza secondaria da parte di funghi sensibili è stata finora osservata solo in casi veramente isolati, in condizioni terapeutiche. **5.2. Proprietà farmacocinetiche.** Gli studi farmacocinetici dopo applicazione cutanea e vaginale hanno evidenziato che viene assorbita solo una piccola parte del clotrimazolo (rispettivamente il 3% e dal 3 al 10% della dose). A causa della rapida trasformazione epatica del clotrimazolo assorbito in metaboliti privi di attività farmacologica, le risultanti concentrazioni plasmatiche di picco sono inferiori a 10 ng/ml; a seguito di applicazione intravaginale infatti, il clotrimazolo non dà luogo ad effetti sistemici misurabili o ad effetti indesiderati, se non in casi eccezionali. **5.3. Dati preclinici di sicurezza.** I dati preclinici rivelano assenza di rischi per gli esseri umani sulla base di studi convenzionali di tossicità per somministrazioni singole e ripetute, genotossicità e tossicità riproduttiva. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE.** **6.1. Elenco degli eccipienti.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Sorbitano stearato, polisorbato 60, cetil palmitato, alcool cetostearilico, ottildodecanolo, alcool benzilico, acqua depurata. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Lattosio monoidrato, amido di mais, magnesio stearato, silice colloidale anidra, calcio lattato pentaidrato, crospravidone, acido lattico, ipromellosa, cellulosa microcristallina. **6.2. Incompatibilità.** Non sono segnalati in letteratura fenomeni di incompatibilità del clotrimazolo con altri farmaci. **6.3. Periodo di validità.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale 3 anni. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali 4 anni. **6.4. Speciali precauzioni per la conservazione.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Nessuna speciale precauzione per la conservazione. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Nessuna speciale precauzione per la conservazione. **6.5. Natura e contenuto del contenitore.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. Tubo di alluminio internamente protetto con resine epossidiche. Tubo da 30 g di crema vaginale con 6 applicatori monouso. GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Blister di PVC/Alluminio. 12 compresse. **6.6 Istruzioni per l'uso e la manipolazione.** GYNO-CANESTEN 2% crema vaginale. L'applicatore va usato una sola volta e quindi gettato al fine di evitare possibili reinfezioni.

Crema vaginale

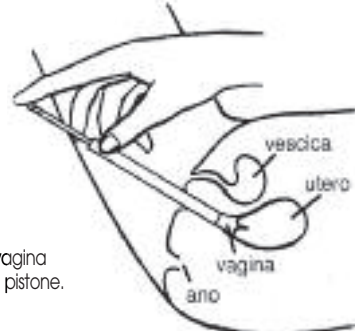
1. Innanzi tutto estrarre il pistone dall'applicatore monouso fino al suo arresto.



2. Aprire il tubo. Inserire l'applicatore monouso in quest'ultimo e tenerlo ben premuto. Riempire l'applicatore esercitando una cauta pressione sul tubo.



3. Sfilare l'applicatore monouso, introdurre lo stesso il più profondamente possibile in vagina (è consigliabile stare sdraiate) e svuotarlo mediante regolare e continua pressione sul pistone.



4. Estrarre l'applicatore e quindi gettarlo.

GYNO-CANESTEN 100 mg compresse vaginali. Dopo aver lavato accuratamente le mani, introdurre la compressa vaginale direttamente con il dito il più profondamente possibile in vagina (il modo migliore è con la paziente sdraiata sul dorso, con le gambe leggermente flesse). **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Bayer S.p.A. - V.le Certosa 130 - MILANO. **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Gyno-Canesten 2% crema vaginale: AIC 025833068. Gyno-Canesten 100 mg compresse vaginali: AIC 025833029. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** Gyno-Canesten 2% crema vaginale: Giugno 2005. In commercio dal settembre 1982. Gyno-Canesten 100 mg compresse vaginali: Giugno 2005. In commercio dal maggio 1973. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO.** Giugno 2007.

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Basta la parola...?

Un antico adagio così recitava: "L'uomo si distingue dalle bestie per il dono della parola"; e un altro: "Ne uccide più la parola che la spada". Ebbene non v'è chi non veda il danno che troppe parole in libertà possono procurare tanto alle nostre povere orecchie quanto al nostro buon senso: in ogni dove si ritrovano sedicenti 'esperti' di cose mediche, tutti discettano di come diagnosticare e curare sindromi e malattie e non è raro ascoltare dal verduraio o dal parrucchiere persone, la cui formazione scolastica non ha superato la scuola dell'obbligo, elevare pesanti critiche all'operato di questo o quel chirurgo di questo o quel clinico, stabilendo – senza tema di dubbio alcuno – come era meglio gestire il parto di sua cugina o di sua sorella.

Suntuose trasmissioni televisive, settimanalmente distillano massime e istruzioni sull'arte medica con la partecipazione – ahinoi! – di illustri colleghi che argomentano con dotte elucubrazioni di come si possano facilmente ("...e che ci vuole?") realizzare avveniristici interventi, effettuare fantascientifici esami o miracolose cure mediche, trascurando di spiegare chiaramente che la realtà non sempre corrisponde alla teoria, comodamente esposta in una bella poltrona di un magnifico studio televisivo.

La "realtà" nel piccolo e grande schermo

Le persone guardano la tv, seguono i talk show, gli sceneggiati a puntate o i filmetti di successo, e si convincono che nell'era della tecnologia avanzata esiste sempre e comunque la possibilità di fare diagnosi e di curare le malattie: se ne deduce che quando questo non avviene, è senza dubbio per l'incapacità del medico o per la sua scarsa diligenza. Ancora peggio è per gli interventi chirurgici: sale operatorie con attrezzature da urlò, pronto soccorso da favola, studi con pc, monitor, nugoli di infermiere ed infermieri da concorso di bellezza, tecnologie spaziali, consentono di fare senza alcun problema e sempre con sicuro successo trattamenti incredibili; mai una

In televisione si risolve sempre tutto: c'è una cura per tutto, si chiarisce agevolmente ogni dubbio diagnostico! "E che problema c'è?". La realtà però non sempre corrisponde alla teoria, comodamente esposta in una bella poltrona di un magnifico studio televisivo



sbavatura, mai un incidente, mai qualcosa che non vada per il verso giusto! "Lo stiamo perdendo, lo stiamo perdendo..." riferito al paziente è diventato ormai un tormentone, ma solo per aumentare e sollecitare l'interesse del telespettatore e prepararlo all'inevitabile colpo da maestro del medico-salvatore che tutto ha capito e che riesce a rimediare inevitabilmente e felicemente all'incapacità ed alla protervia di altri medici biechi, incapaci e ignoranti! E se poi la realtà è tanto differente? Se una persona politraumatizzata muore perché non vi era effettivamente alcuna possibilità di salvarla? Se non si riesce in nessun modo a riprendere quella vita che era appesa ad un filo? Apriti cielo: certamente scatterà la denuncia contro i medici, colpevoli (neanche a dirlo!) di imperizia, negligenza e naturalmente imprudenza! Nasce un bimbo fortemente prematuro, con seri problemi respiratori e altre patologie connesse con la grave prematurità? Se non sopravvive è ovviamente perché non adeguatamente assistito e curato dai medici! Ma se vive e negli

anni mostra qualche reliquato dovuto alla grave situazione di prematurità, non sarà magari per qualche insufficienza nelle cure prestate alla nascita? Tanto, basta fare un esposto (una denuncia no, altrimenti poi se "per caso" è infondata e temeraria si pagano... le spese!), anche dopo vent'anni (ci siamo accorti solo ora del problema presumibilmente legato al... parto!).

Cattiva informazione? Ci mettiamo del nostro

Allora, proviamo a fare il punto: principi della medicina (a volte anche qualcuno non titolato) convincono i cittadini delle illimitate possibilità della scienza medica che tutto può diagnosticare, tutto sapere, tutto perfettamente guarire; la gente ovviamente ci crede: "lo ha detto 'il' professore alla Tv!". Ma, con qualche rarissima eccezione, avete mai sentito qualcuno di questi grandi personaggi della medicina andare in televisione e dire: attenzione, la medicina non è perfetta; non sempre si può capire, non sempre si può diagnosticare, non sempre si può curare, non sempre si può operare? E ancora: qualcuno di questi

illustrissimi colleghi è mai andato sui teleschermi a raccontare che gli interventi chirurgici (anche quelli considerati – a torto – più 'semplici') sono gravati da rischi e possono anche andare male (come statisticamente avviene nella realtà anche nei loro centri)? Sono mai stati corretti nell'informare che la realtà non è fatta solo di fantascientifiche strutture multimediali e che esistono anche gli ospedali reali, con i loro problemi, con le apparecchiature di non ultimissima generazione e qualche volta addirittura superate, con i loro buchi nel personale, con la burocrazia che ci assilla ecc. ecc.? È mai stato spiegato che la medicina non è scienza esatta e che anche nell'epoca della supertecnologia rimane scienza probabilistica? Che in ogni umana attività, specialmente se complessa e delicata come è l'esercizio della medicina, esiste un inevitabile margine di rischio di errore anche umano? E che in ostetricia e ginecologia più che mai non si possono trattare o programmare gli eventi naturali con il computer? No: in televisione si risolve sempre tutto: c'è una cura per tutto, si chiarisce agevolmente ogni dubbio diagnostico! "E che problema c'è?" Attraverso gli interventi dei medici illustri (o meno) ci facciamo spesso del male come categoria professionale e non rendiamo un buon servizio alla gente.

È ora di cambiare registro
È ormai indifferibile la necessità di spiegare a tutti come stiano realmente le cose: innanzitutto che la medicina tratta non una

macchina perfetta e dai comportamenti standardizzabili e sempre uguali. Che esiste l'imprevedibilità delle reazioni del corpo umano; che non è ipotizzabile che ogni atto clinico o chirurgico vada sempre e comunque perfettamente a buon fine e che nell'agire umano esiste sempre la possibilità dell'errore. Ma anche che non è realistico pensare di poter disporre dovunque delle più avanzate tecnologie che sono appannaggio inevitabilmente di pochissime strutture, e che quindi ciò che forse (forse!) si potrebbe fare in queste non è generalizzabile per tutti i centri di diagnosi e cura. Non è pertanto giusto valutare il comportamento dei sanitari confrontando i mezzi della Mayo Clinic con quelli di un dignitoso ed efficiente (al suo livello!) nostro ospedale di provincia! Vogliamo provare davvero a farlo capire alla gente e soprattutto ai magistrati e ai periti medico-legali (temo che anche loro guardino la tv...)? E un'altra cosa ancora: lo vogliamo spiegare che tutti guidiamo l'automobile ma Schumacher è uno solo e che vivaddio cerchiamo tutti in buona fede, ovviamente, di dare il meglio ma secondo i limiti delle possibilità oggettive ma anche delle nostre capacità? Una cosa è certa: a dare retta alla stampa italiana (che leggono purtroppo anche all'estero) e alle televisioni nostrane, entrare in contatto con la nostra Sanità è rischioso; ma com'è che l'Organizzazione Mondiale della Sanità giudica questo nostro bistrattato Servizio Sanitario tra i migliori al mondo? La parola è un dono di Dio: usiamola con prudenza e per amore di verità!

Internet



Ecm targata Aogoi

Con i due corsi "Office ecografia" e "Violenza sulla donna" è decollata su www.aogoi.it la nuova proposta di formazione a distanza in collaborazione con Springer-Verlag Italia

Congressi convegni



UPDATE DIABETE IN GRAVIDANZA

Cesena 10 aprile

Segreteria organizzatrice
Comunicazione&Venti
Via Punta di Ferro 2/L
47122 Forlì
Tel. 0543.720901
Fax 0543.807736
info@comunicazioneventi.it

CONVEGNO REGIONALE SIN Senigallia 10 aprile

Segreteria organizzatrice
D.ssa Cristina Angeletti
cristina.angeletti@sanita.marche.it

CONVEGNO NAZIONALE AOGOI - AGITE - SMIC CONTRACCEZIONE, SESSUALITÀ E SALUTE RIPRODUTTIVA Napoli 15 - 17 aprile

Segreteria organizzatrice
Focus Eventi
Via dell'acquario 15
00012 Roma
Tel. 333.9259276
Fax 077.4363785
info@focuseventi.it

CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Ascoli Piceno 19 -22 aprile

Segreteria organizzatrice:
Etrusca Convention
Via Bonciario 6/D - 06123
Perugia
Tel. 075/5722232
Fax 075.5722232
info@etruscaconventions.com

12TH INTERNATIONAL MEETING ON GYNAECOLOGICAL SURGERY

Avellino 5-8 maggio

Segreteria organizzatrice
Bluevents
Via Flaminia Vecchia 508
00191 Roma
Tel. 06.36382038
Fax 06.45421443
info@bluevents.it

OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE DAL CONCEPIMENTO AL PARTO

Nocera Inferiore (Sa) 7-8 maggio

Segreteria organizzatrice
Asl Salerno - Via Ricco 50

84014 Nocera Inferiore
Tel. 081.5356424
Fax 081.5356424

IL DIABETE GESTAZIONALE - ASPETTI DELLA GESTIONE METABOLICA E OSTETRICA DURANTE LA GRAVIDANZA

Genova 8 maggio
Segreteria organizzatrice
Ecm Service Srl
Via T. Invrea 9/13
16129 Genova
Tel. 010.505385
Fax 010.5298168
s.mazzantini@ecmservice.it

AVVISO AI SOCI

Per il pagamento della quota associativa relativa al 2010 invitiamo i soci a prendere nota delle nuove coordinate bancarie dell'Aogoi.

Quota di iscrizione:

Specialista O. G.
(Libero Professionista
Consulente)€ 360
Pensionato€ 144
Specializzando€ 72

Modalità di pagamento:

■ online con carta di credito collegandosi al sito www.aogoi.it

■ vaglia postale intestato ad AOGOI - Via G. Abamonti 1 20129 Milano

■ bonifico bancario presso la **Banca Popolare Commercio e Industria**

Filiale MI - Monte di Pietà
codice IBAN:
IT67D050480167200000019863

Bando di concorso Borsa di studio "Ugo Tropea"

L'Aogoi bandisce un concorso per l'assegnazione di una borsa di studio intitolata a "Ugo Tropea" da assegnare alle tre migliori comunicazioni che verranno inviate alla Segreteria scientifica del X Corso di aggiornamento Aogoi, che si terrà a Villasimius dal 13 al 16 maggio 2010.

I titoli per partecipare al concorso sono i seguenti:

- età dell'autore del lavoro scientifico (primo nome, se in collaborazione) non superiore a quarant'anni
- specializzazione o iscrizione alla Scuola di specializzazione nella disciplina ginecologica
- cittadinanza italiana.

Nella domanda i concorrenti dovranno indicare: cognome, nome, luogo e data di nascita, indirizzo e numero telefonico.

- La domanda dovrà essere corredata da:
- certificato di laurea (in carta semplice o dichiarazione sostitutiva del certificato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)
 - certificato di specializzazione o di iscrizione alla Scuola di specializzazione in

ginecologia e ostetricia (in carta semplice o dichiarazione sostitutiva del certificato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

- curriculum vitae del primo autore
- testo del lavoro: carattere times new roman, dimensione 12, interlinea singola, testo giustificato, formato word (doc) comprese tabelle, figure (formato jpg, tif) e bibliografia.

Le domande, corredate dai documenti sopra elencati, dovranno pervenire alla Segreteria scientifica del X Corso Aogoi per e-mail, all'indirizzo: prenatalmonni@tiscali.it, o per posta, su floppy disk, al seguente indirizzo: Servizio di ginecologia e ostetricia, diagnosi prenatale e preimpianto, terapia fetale, Via Jenner s.n., 09121

Cagliari (tel. 070.6095546) **entro il 30 aprile 2010.**

La Commissione giudicatrice sarà composta dal Presidente nazionale Aogoi, dal Segretario nazionale Aogoi e dal Prof. Pierfrancesco Tropea. Il giudizio della Commissione è insindacabile.

La proclamazione dei vincitori della borsa di studio avverrà in occasione del Corso nazionale Aogoi in programma dal 13 al 16 maggio 2010.

I vincitori della borsa di studio avranno inoltre la possibilità di frequentare, a titolo di aggiornamento professionale, previi accordi con il Direttore della struttura, una Divisione o Centro specialistico ginecologico di un Ospedale italiano per un periodo di tempo da concordare con il Direttore della struttura stessa.

10° Corso

Aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale

13 - 16 Maggio 2010

Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

DIRETTORE DEL CORSO
Claudio Banti

PRESIDENTI DEL CORSO
Antonio Gianfranceschi
Claudio Banti
Claudio Ugo

SEGRETARIA SCIENTIFICA
Servizio di Ginecologia e Ostetricia
Diagnosi Prenatale e Preimpianto, Terapia Fetale
Ospedale Regionale per la Microcirurgia
Via Jenner s.n. - 09121 Cagliari
Tel. 070.6095497 - Fax 070.6095546
E-mail: prenatalmonni@tiscali.it

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
M.C. Karim - 011
Via Tropea 40 - 09121 Cagliari
Tel. 070.6095497 - Fax 070.6095546
E-mail: segreteria@ogoi.it
E-mail: segreteria@ogoi.it
Internet: www.ogoi.it

AOGOI
Via G. Abamonti 1
20129 Milano
Tel. 02.29600.000
Fax. 02.29600.501
E-mail: ogoi@ogoi.it

Responsabilità del medico in caso di insuccesso terapeutico

► **Segue da pagina 14**

ne ha fornito un'ulteriore precisazione, puntualizzando che "qualora in relazione ad una lesione del bene alla salute, sia stato liquidato il danno biologico, che include ogni pregiudizio diverso da quello consistente nella diminuzione o nella perdita della capacità di produrre reddito, ivi compresi il danno estetico e il danno alla vita di rela-

zione, non v'è luogo per una duplicazione liquidatoria della stessa voce di danno, sotto la categoria generica del danno esistenziale" (Cass. civ. sentenza n. 9510, aprile 2007).

Cassazione e Giudici di merito

Un altro aspetto degno di menzione della sentenza qui commentata concerne la puntualizzazione dei compiti assunti rispettivamente dalla Corte di Cassazione e dai Giudici di merito nella definizione delle cause lo-

ro assegnate. La Corte suprema non deve valutare il merito della causa ma solo controllare sotto il profilo della correttezza giuridica, le conclusioni del giudice di merito, al quale spetta il compito di indicare le motivazioni sulle quali ha basato il proprio convincimento, senza che gli sia attribuito l'obbligo di confutare i singoli elementi e le diverse circostanze indicati dalle parti in causa.

Consenso e informazione

Sulla scorta degli elementi pro-

spettati dalla Corte di Cassazione, va ribadito l'obbligo del chirurgo che si accinge ad effettuare un intervento, di fornire al paziente, preliminarmente all'ottenimento di un consenso, una puntuale informazione relativa ai rischi e alle eventuali complicazioni che tale operazione presenta, tenendo conto del fatto che una informazione carente o non veritiera sul punto sopra accennato, si traduce in un consenso invalido e integra un vero e proprio inadempimento

contrattuale da parte del sanitario. Spetta a quest'ultimo raggiungere, attraverso una puntuale e corretta informazione, un giusto equilibrio tra l'adempimento al dovere di illustrare vantaggi e rischi dell'atto chirurgico programmato e l'opportunità di garantire al paziente la serenità necessaria ad affrontare la prova dell'intervento, evitando atteggiamenti di terrorismo psicologico che possono risultare dannosi sulla salute psico-fisica del malato. **Y**

NEL TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI VULVOVAGINALI DA CANDIDA

Depositato presso l'AIFA in data 05/10/2007



Gyno-Canesten®

FIDUCIA NEI FATTI

Da oltre 30 anni al fianco del ginecologo

Con clotrimazolo:

- **Efficacia e sicurezza comprovata** da numerosi studi clinici e da un impiego di oltre 30 anni nel trattamento delle infezioni vulvovaginali da candida.
- Segnalato dal **Ministero della Salute**¹ come il principio attivo **antimicotico imidazolico di scelta in gravidanza**.
- Uno studio su 38.151 donne in gravidanza ha provato che il clotrimazolo **dimezza inoltre il rischio di parto prematuro** (4,6% VS 10,6%).^{1,2}

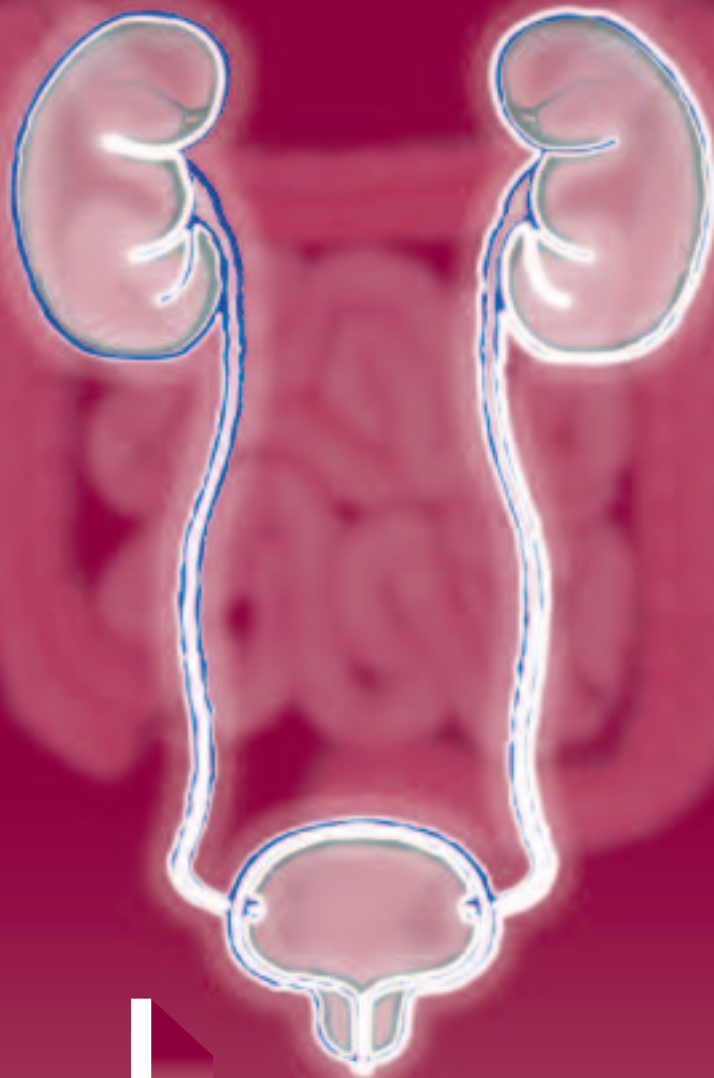


Bayer HealthCare

¹ Aifa/Ministero della Salute Farmaci e Gravidanza, Roma 2005 Istituto poligrafico e Zecca dello Stato spa

² Czeizel AE et al. Preterm birth reduction after clotrimazole treatment during pregnancy. Eur J Obstet Gynec Preprod Biol 2004; 116: 157-163.

L'aiuto naturale per mantenere sano il sistema urinario



Florberry®

Integratore alimentare

Estratto di cranberry e *Lactobacillus paracasei* B21060 (Brevetto Bracco)



36 mg
di proantocianidine
per bustina

18 mg
di proantocianidine
per bustina

Bracco s.p.a.
via Egidio Folli 50
20134 Milano
www.bracco.com

Prodotto per Bracco da Probiotal

ADULTI

Confezioni
da 10 bustine

JUNIOR



LIFE FROM INSIDE