



MEDICI IN PARLAMENTO

Obiettivo governance clinica

Ecco la "lobby buona"

■ **L'intervista**

A colloquio con
Domenico Di Virgilio,
responsabile sanità
del Pdl

■ **Ginecologi in Parlamento**

Tomassini e Palumbo:
le iniziative legislative avviate
dai due presidenti delle
Commissioni Sanità

■ **Tumori**

Il punto sull'oncologia
in Italia in occasione
della Giornata
nazionale

■ **Ccnl 2006/09**

Una chiave di lettura
dell'articolo 7
in materia di riposo
giornaliero



Due età, un solo specialista: donnamag

Un valido aiuto nella sindrome premenstruale.

Circa il 40% delle donne in età fertile soffre di sindrome premenstruale. **Donnamag premenstruale** è un integratore a base di Magnesio, Calcio, Vitamina E, Vitamina B6 che, grazie alla sua formulazione appositamente studiata, può essere utile nel periodo premenstruale. Infatti nei giorni che precedono il ciclo mestruale può essere necessario un maggiore apporto di sostanze essenziali per il benessere fisico ed emotivo della donna.

Un valido aiuto nella menopausa.

La menopausa è una tappa fisiologica, ma complessa, che può essere caratterizzata da fastidiosi disturbi. **Donnamag menopausa** è un integratore di Magnesio, Calcio e Potassio con Vitamina D3, Vitamina C ed estratto di Iperico. Il suo impiego può essere utile in caso di ridotto apporto alimentare dei componenti o di aumentato fabbisogno nel periodo della premenopausa e della menopausa. Donnamag menopausa può essere un valido aiuto per molte donne.



Comprese
effervescenti



Comprese
effervescenti

UNA SOLUZIONE



sanofi aventis

La salute, la cosa più importante

Editoriale di Giovanni Monni

A trent'anni dalla 833. È il momento del governo clinico

Trent'anni fa, nel 1978, il Parlamento italiano approvava tre leggi importanti che avrebbero cambiato il volto della sanità italiana. Stiamo parlando della legge 833 che ha istituito il Servizio sanitario nazionale, della legge 180 che ha sancito un nuovo modo per affrontare i disturbi mentali con la chiusura dei manicomi e l'avvio dei programmi di integrazione sociale e sanitaria per i malati di mente e della legge 194, che ha posto fine all'aborto clandestino promuovendo nello stesso tempo precisi interventi per la tutela e la promozione della maternità responsabile.

Tre leggi ancora attuali, come dimostra la vivacità del dibattito e delle analisi che le ha sempre accompagnate nelle varie fasi della loro applicazione. In questi trent'anni, del resto, la società italiana è molto cambiata. Sia dal punto di vista demografico che socio-economico. Un cambiamento che, per quanto riguarda in particolare la salute, ha posto in evidenza un'inversione della vecchia piramide demografica in favore di una società più longeva (e quindi anche più soggetta alla cronicità delle malattie), sia per l'aumento della vita media sia per la progressiva diminuzione delle nascite tra gli italiani, cui fa però riscontro una veloce crescita delle nascite tra "i nuovi italiani", figli di immigrati ormai residenziali nel nostro Paese.

È proprio di pochi giorni fa, infatti, la notizia della nascita dell'italiano "numero 60 milioni" che ha ribaltato tutti gli scenari di crescita zero per il nostro Paese, segnalando al contrario un trend in aumento della popolazione residente. Ma oggi, rispetto al passato, è cambiata anche la coscienza del bene salute. E questo soprattutto tra le donne, le cui specificità e i cui particolari bisogni sono ormai riconosciuti e legittimati da un'attenzione crescente alla medicina di genere e ad una maggiore consapevolezza dell'importanza della prevenzione e di stili di vita salutari per evitare malattie e disturbi anche molto gravi.

E proprio alla salute della donna è dedicato l'inserto speciale che pubblichiamo su questo numero, in collaborazione con l'associazione Onda e la Farmindustria, per offrire a tutti i colleghi un'ampia panoramica delle attuali priorità.

Ma torniamo a questi primi trent'anni di sanità pubblica e di diversa attenzione al bene salute e ai diritti delle persone che le tre leggi citate all'inizio hanno radicato nel nostro tessuto normativo.

Quale bilancio possiamo trarre? Penso che sia indubbio il fatto che, grazie all'istituzione del Ssn, oggi l'Italia possa essere annoverata tra le Nazioni all'avanguardia nella tutela e promozione della salute, come ci ha ripetutamente riconosciuto l'Oms ponendoci ai vertici mondiali per qualità e accesso alle cure.

È chiaro, lo sappiamo, che non va tutto bene. Che soprattutto la sanità del Nord non è quella del Sud e che vi sono molte questioni nodali da affrontare, dalla sostenibilità economica del sistema, alla vetustà di molte strutture sanitarie, fino alla già citata necessità di adeguare la risposta assistenziale ai nuovi bisogni di salute. Ma c'è anche un'altra questione che riemerge con forza, ed è quella della necessità di un maggiore coinvolgimento del medico nella cabina di regia della sanità. A tutti i livelli, ospedalieri e territoriali. Una battaglia che l'Aogoi ha sempre combattuto in prima linea e che ora sembra indirizzarsi finalmente su una pista giusta. L'abbiamo infatti chiamata la "lobby buona", quella che sta emergendo in Parlamento in questo inizio di legislatura, proprio per affermare il governo clinico nelle Asl e negli ospedali. Non ci resta che sperare che stavolta si faccia sul serio.



Giovanni Monni
Presidente AOGOI

Indice numero 9 - 2008



Pagina 30
SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI
Avviso importante

Pagina 29
È NATA GYNECOLETTER AOGOI
Richiedi la newsletter elettronica



In evidenza

- 4 Il buono, il brutto e il cattivo (si fa per dire)**
Il Corsivo di Carlo Sbiroli
Ancora una conferma della legittimità del Direttivo Sigo

Primo piano

- 5 L'INTERVISTA**
Una legge per il "governo delle attività cliniche"
A colloquio con Domenico Di Virgilio, responsabile sanità del Pdl

- 6 GOVERNO CLINICO**
Il testo del Ddl Di Virgilio-Palumbo

- 7 Politiche sanitarie e iniziative nella XVI legislatura**
Le proposte di legge e le iniziative avviate dai presidenti delle Commissioni Sanità di Camera e Senato

Parlamento al lavoro per la sicurezza del Ssn

- 8 TUMORI**
Si muore di meno ma l'assistenza non è al top

- 10 Cancro al seno: drammatico, anche per le spese**
di Giulio Maria Corbelli

- 12 VIOLENZA**
Ampliare la tutela e incoraggiare le denunce
L'appello di Donne in Rete nella Giornata mondiale contro la violenza sulle donne

Speciale Libro Verde O.N.D.A.

- 13 LA SALUTE DELLA DONNA:**
Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla

Professione

- 20 RIPOSO GIORNALIERO**
Una chiave di lettura dell'articolo 7
di Carmine Gigli, presidente Fesmed

- 22 L'attualità del consenso o del dissenso al trattamento medico**
di Pier Francesco Tropea

- 23 PAGINA AGITE**
Premio Aogoi alla migliore ricerca sulla medicina di genere

- 24 ENDOMETRIOSI**
Una struttura multidisciplinare per sconfiggere il dolore
di Renato De Stefano *et al.*

Aggiornamenti

- 26 Distocia delle spalle: un approccio in tre passi**
di Antonio Ragusa

Rubriche

- 28 Fatti & Disfatti 29 Lettere 30 Congressi**

GYNECO
AOGOI

NUMERO 9 - 2008
ANNO XIX

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

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

IL CORSIVO

di Carlo Sbiroli



LA FIOG E LE ALTRE

Il buono, il brutto e il cattivo (si fa per dire!)

Ageo, Agico, Agui, Aogoi, Cigo, FioG, Sigo. Non è una filastrocca. Né uno scioglilingua a premi. È un semplice, e neanche esaustivo, elenco di sigle che dovrebbero rappresentare, governare e indirizzare la galassia della ginecologia italiana. Una galassia, ricordiamocelo, che, per quanto importante ed estesa, non supera i 10 mila individui con il minimo comun denominatore di essere medici ginecologi e ostetrici. Se aggiungiamo il fatto che, come già accennato, l'elenchino è anche riduttivo rispetto al totale di tutte le sigle e siglette ulteriori che in qualche modo fanno comunque riferimento alla nostra categoria, non stupiamoci che possa venir il mal di testa a tenere il conto e soprattutto ad orientarsi per capire cosa dica questo o quello. Delle sei sorelle sopracitate, due, la FioG e la Cigo, sono le più giovani e, come accade spesso ai giovani, le più ambiziose e battagliere.

Per la nascita della prima di queste, la FioG, uno dei suoi padrini, il collega Andrea Genazzani, ha scomodato addirittura la filmografia hollywoodiana richiamandosi al celebre film di George Cukor "È nata una stella" (cfr. *Gynecorama*, n.6/2008). Ve lo ricordate? La storia narra di Esther Blodgett, una small town girl che approda a Hollywood per diventare un'attrice famosa; ma la ragazza, non ha vita facile e gli inizi sono stentati. Il caso, però, le dà una mano: Esther incontra il famoso attore Norman Maine che si innamora di lei e diventa, in



qualche misura, il suo pigmalione, aiutandola nella scalata verso le majors e le produzioni che contano. Esther, che ha adottato lo pseudonimo di Vicki Lester, diventa una stella, proprio grazie ad un film che ha girato insieme a Norman "The enchanted hours". I due decidono di sposarsi, ma, mentre la popolarità di Vicki cresce, quella di Norman scende, fino ad arrestarsi. Norman finisce quindi per suicidarsi, dopo aver cercato sollievo nell'alcol, sia perché incapace di gestire il successo della moglie, sia per un ultimo atto di amore nei suoi confronti; Esther infatti, a fronte dei fallimenti del marito, aveva deciso di interrompere la propria carriera per prendersene cura. In un certo senso Norman continuerà a favorire la carriera di Vicki proprio attraverso questa decisione estrema. Provate a giocare con i personaggi e al posto di Vicki, metteteci la FioG e a quello di

Norman, l'Aogoi. E poi lasciamo inalterati trama e soprattutto finale dell'opera, con il successo della FioG e il suicidio dell'Aogoi. A ben vedere, infatti, è forse proprio questo il desiderata inconfessabile dell'amico Genazzani quando, nello stesso articolo celebrativo della nuova stellina del firmamento della ginecologia nostrana, chiede all'Aogoi e alla Sigo di compiere il grande passo: "ci ripensino e confluiscono in amore e accordo nella FioG". Tradotto: suicidio e catarsi per amore. Più crudo e ruspante, invece, l'altro padrino, il collega Massimo Luerti, patron della Cigo, confluita nella FioG (Oddio queste sigle, finiremo per odiarle!), che, nella sua ennesima lettera all'universo mondo (è certamente un bravo medico, il buon Luerti, ma senza dubbio alcuno è anche un raro grafomane) sciorina un elenco di "missioni compiute" da parte della sua nuova creatura, tutte nel giro di poche settimane, da far invidia al minatore sovietico Aleksej Grigor'evič Stachanov. Il sito internet? In stato di avanzata realizzazione. Assicurazioni

mediche? Fatte! Le Giunte d'area (sic!)? Già individuati i coordinatori. Rapporti sindacali? Già avviati contatti con la Cimo. E poi, poteva mancare una randellata all'Aogoi? Fatto anche questo, con una bella letterina (un'altra!) con prestampata la disdetta della trattenuta sindacale. Cambia lo stile ma in fondo, tra la citazione melò di Genazzani e la cavalleria rusticana di Luerti, il messaggio è lo stesso. Cara, vecchia Aogoi, fatti da parte e lascia spazio ai giovani. Peccato che, sia l'uno che l'altro, tali non lo siano più. Cattedratico il primo, primario il secondo, ambedue con tanti anni di esperienza associativa e professionale alle spalle. Ma il linguaggio aiuta. Il nuovo, anche se non lo è, paga sempre. Almeno così dicono. E alla chiamata generale non poteva mancare il terzo moschettiere: il gran eletto "nuovo presidente della FioG", Francesco Libero Giorgino, classe 1953, che, nella sua missiva (ancora una lettera!), declama: "Credo che anche in altre branche della medicina non si

fosse mai verificato un simile evento". Quale? Viene da chiedersi con crescente emozione. Il fatto di essere stato eletto? No, Giorgino è modesto e infatti spiega che la sua nomina è sì un traguardo importante ma "più che solo per me, più in generale per tutti gli specialisti liberi professionisti e dei consultori che non avevano mai raggiunto un simile traguardo". E infatti Giorgino è anche leader del Sumai del Veneto, il sindacato dei medici specialisti ambulatoriali, che ora, dopo tanti anni di umiliazioni, e per un "ingiustificato senso di alterigia" da parte di quei prepotenti degli ospedalieri e degli universitari, ha finalmente la sua rivincita. Come vedete il cerchio della nostra storia si chiude in gloria. Gli ingredienti e i personaggi per una buona riuscita di questa nuova fiction sindacal-associativa ci sono tutti: il saggio e suadente Genazzani, l'intraprendente e iracundo Luerti e il fratello "povero" che diventa Re, alias Giorgino (anche se qualche maligno, Dio ci scampi, potrebbe anche pensare che la parabola adatta a Giorgino sia più quella del vaso di coccio in viaggio tra i due di ferro). Ma bando alle ciance, lor signori. Ecco il ciak, si gira. Altre sigle, altre storie. Alla faccia della coerenza, dell'unità e di quel minimo di buon senso che dovrebbe richiamarci tutti a stare insieme, privilegiando sempre, anche se costa fatica, le ragioni (e sono tante) che ci uniscono, rispetto a quelle (molto personalistiche) che ci dividono, per affrontare con più forza e serietà le nostre battaglie.

BACKGROUND

- L'editoriale "È nata una stella" a firma di Andrea Genazzani, pubblicato su *Gynecorama* n. 6 dicembre 2008
- La lettera di Massimo Luerti, segretario nazionale Cigo, inviata il 30 novembre 2008 ai colleghi ospedalieri
- La lettera di Francesco Libero Giorgino, presidente Ageo e neo presidente FioG, inviata il 23 novembre scorso a tutti i colleghi ginecologi.

Ricordiamo che il Cigo - Collegio Italiano Ginecologi Ospedalieri è stato costituito lo scorso ottobre per rappresentare la componente ospedaliera in seno alla FioG, la Federazione Italiana di Ostetricia e Ginecologia, creata (come contraltare della Sigo) il 23 gennaio 2008 dalla componente universitaria dell'Agui insieme ad altre sigle.

CONTENZIOSO SIGO-AGUI

Ancora una conferma della legittimità del nuovo Direttivo Sigo

Nuova conferma delle ragioni dell'Aogoi nella vertenza che vede la Sigo contrapposta al presidente dell'Agui Massimo Moscarini (cfr. *GynecoAogoi* n. 7/8 2008). Il Pubblico ministero Francesca Loy, che era stato invitato ad assumere le proprie determinazioni anche in ordine alla richiesta di sospensiva della delibera di nomina del nuovo Consiglio direttivo Sigo, avanzata da Moscarini, il 29 ottobre scorso ha chiesto il rigetto della domanda

formulata dall'attore ed ha espresso parere contrario sulla richiesta di sospensiva, ritenendola priva del requisito del *fumus boni juris* (fondatezza del diritto). Per il Pm la delibera è conforme alle disposizioni di legge e allo statuto della Sigo. Sia per quanto concerne le attribuzioni dell'Assemblea, sia in riferimento all'art. 1 del regolamento Sigo che non preclude al presidente di rimettere direttamente all'Assemblea la facoltà di scelta dei nuovi

membri da eleggere, nell'ambito delle candidature presentate dalle federazioni. Conforme, sempre secondo il Pm, anche la scelta del past president Antonio Ambrosini di presentare all'Assemblea una doppia lista. Il Pubblico Ministero ha ritenuto che l'interpretazione proposta dalla Sigo e dall'Aogoi fosse maggiormente rispettosa dei principi di democraticità ed uguaglianza di tutti i membri cui deve informarsi l'ordinamento dell'associazio-

ne ed in armonia con quanto disposto dagli artt. 14 e 16 dello Statuto Sigo. Nell'udienza del 25 novembre scorso, il giudice del Tribunale di Roma, dopo aver preso atto del parere sfavorevole espresso dal Pm, ha rinviato il giudizio invitando le parti a ricercare una composizione. Il Prof. Giorgio Vittori ha raccolto l'invito del giudice per un tentativo di conciliazione da verificarsi all'udienza del 10 marzo 2009, anche alla lu-

ce della volontà conciliativa già ampiamente sostenuta dall'Aogoi e non ancora accettata dall'Agui. Il Prof. Massimo Moscarini, dopo l'insistenza del giudice, si è dichiarato disponibile ad una soluzione transattiva e ha per la prima volta riconosciuto la posizione del Prof. Vittori quale Presidente Sigo demandato dallo stesso giudice a indicare i rappresentanti che parteciperanno al tentativo di conciliazione, tra cui anche l'Aogoi.

di Eva Antoniotti

Un progetto che riprende una lunga discussione sul governo clinico, avviata già prima della scorsa legislatura, con interventi che promuovono il coinvolgimento dei professionisti nella gestione delle strutture del Ssn e lo sviluppo della cultura del *risk management*. Nell'intervista che segue l'onorevole Di Virgilio illustra i contenuti del progetto di legge e anche gli obiettivi della Commissione sugli errori medici, da poco insediata alla Camera.

Onorevole Di Virgilio, quali obiettivi si propone il progetto di legge da lei presentato riguardo alla *governance* medica nel Ssn?

Desidero intanto evidenziare che con l'espressione "governo delle attività cliniche" si intende più comunemente un programma di gestione e di miglioramento della qualità e dell'efficienza di un'attività medica, generalmente operata a livello di dipartimento di un'azienda sanitaria locale od ospedaliera. Il programma di governo delle attività cliniche non può prescindere da una sistematica azione di aggiornamento del personale in tutte le sue forme, da un sistematico sostegno della cultura della qualità, nonché da incentivi che premiano la partecipazione del personale ai programmi di miglioramento della qualità e il conseguimento degli obiettivi prefissati. I vantaggi di un buon sistema di governo clinico sono numerosi, sia in termini di indicatori di salute, sia in termini economici.

Può illustrarci sinteticamente i contenuti del testo in discussione?

L'articolo 1 detta i principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche, spettante alle Regioni e al Collegio di direzione dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera.

L'articolo 2 reca modifiche agli articoli 3 e 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Con le nuove disposizioni si prevede, innanzitutto, un maggiore coinvolgimento dei medici e dei dirigenti sanitari nel governo delle attività cliniche.

L'articolo 3 modifica l'articolo 15-ter del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992, stabilendo che il conferimento degli incarichi di dirigente di struttura complessa del ruolo sanitario avviene esclusivamente previa selezione per avviso pubblico. A tale fine è nominata un'apposita commissione di valutazione, presieduta dal dirigente più anziano di ruolo e composta dal direttore sanitario dell'azienda sani-

Intervista a Domenico Di Virgilio, responsabile nazionale per la sanità del Pdl

Una legge per il "governo delle attività cliniche"

Una Commissione di valutazione per le nomine dei "primari", la possibilità per tutti i medici del Ssn di spostare a 70 anni il momento del pensionamento, come avviene già per gli universitari, la creazione ovunque delle Unità di gestione del rischio. Sono questi i contenuti principali del progetto di legge "Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche" presentato alla Camera da Domenico Di Virgilio, responsabile del Partito del Popolo della libertà in materia sanitaria, e da Giuseppe Palumbo, presidente della Commissione Affari Sociali alla Camera



re. Affinché questo sistema sia efficace esso deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico assistenziale del paziente. In particolare si prevede l'istituzione di un'unità di gestione del rischio e del Fondo assicurativo nazionale che dovrà farsi carico dei cosiddetti "rischi sanitari impossibili".

L'articolo 6 istituisce una polizza assicurativa sanitaria obbligatoria a carico delle strutture sanitarie

locale od ospedaliera e da due dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, sorteggiati tra i dirigenti esterni all'azienda di riferimento. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato e, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale la terna dei tre migliori candidati, indicando i punteggi ottenuti da ciascuno di essi. Il direttore generale conferisce l'incarico seguendo la graduatoria elaborata dalla commissione.

L'articolo 4 modifica l'articolo 15 della legge n. 502 del 1992, in materia di dirigenza sanitaria.

L'articolo 5 introduce il sistema di gestione del rischio (*risk management*), espressione con la quale si intende tutta una serie di azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e per garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'erro-

per l'attenuazione nei professionisti della salute della posizione difensiva nei riguardi dei possibili errori insiti nelle incongruenze del sistema prima che in colposità individuali (commisive-omissive).

L'articolo 7 interviene in materia di pensionamento dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, compresi i direttori di struttura complessa. In particolare, è prevista la possibilità di rimanere in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età.

Nella messa a punto del provvedimento ci sono stati accordi anche con rappresentanti delle Regioni?

È previsto nell'articolato della proposta di legge il coinvolgimento delle Regioni nel rispetto del titolo V della Costituzione. Il confronto con le Regioni avverrà sia in commissione affari sociali, sia alla fine dell'iter le-

gislativo nella conferenza Stato-Regioni.

E con rappresentanti della professione medica?

Il contenuto del progetto di legge va nel verso delle attese della maggioranza del mondo medico fino ad oggi non adeguatamente coinvolto nelle decisioni di natura strettamente sanitaria. È già previsto che convocheremo in audizioni ufficiali i rappresentanti dei più importanti sindacati medici, della Fiaso, della Fnomceo, del Cun, etc...

Attualmente la stragrande maggioranza dei medici ha un rapporto in esclusiva con il Ssn e le norme che regolano la libera professione intramoenia sono state ancora una volta prorogate. A riguardo, però, il sottosegretario Fazio ha dichiarato di voler introdurre cambiamenti più ampi, consentendo in sostanza a tutti i medici di poter svolgere pienamente la libera professione. Qual è il suo parere? Cosa accadrebbe, nel caso in cui si realizzasse l'ipotesi avanzata da Ferruccio Fazio, della indennità di esclusività di rapporto?

Nel nostro Paese vige la libertà dei cittadini di scegliere dove e da chi farsi curare. Così è sancito il diritto dei medici di svolgere la libera professione anche da parte dei medici dipendenti dal Ssn una volta espletato l'orario di lavoro nel rispetto delle regole fiscali e deontologiche. L'apertura del sottosegretario Fazio è condivisibile e attesa.

Quali sono gli obiettivi della Commissione d'inchiesta sugli errori medici?

Essa avrà il compito di indagare

sulle cause e sulle responsabilità degli errori sanitari nelle strutture pubbliche e private e sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo e funzionale attraverso un sistema di monitoraggio e controllo soprattutto su quelle regioni cosiddette "non virtuose" in cui vi è un disavanzo sanitario non sanabile autonomamente, al fine di accertare eventuali responsabilità. Uno degli obiettivi principali comunque resta quello di tutelare il diritto alla salute dei cittadini italiani ripristinando anche quel rapporto di fiducia che deve esistere tra medico e paziente e che è alla base della medicina e del giuramento di Ippocrate.

Sia il Pdl sulla *governance* medica sia la Commissione d'inchiesta sugli errori medici erano già stati istruiti dal precedente Governo, anche se la brusca fine della legislatura ne ha interrotto il percorso. Avete utilizzato il lavoro parlamentare già compiuto? Ci sono più punti di contatto o più differenze tra le due proposte?

La commissione d'inchiesta della Camera così come quella del Senato è indipendente ed autonoma. I componenti decideranno l'iter delle inchieste alla luce del mandato ricevuto. Comunque, certamente verrà utilizzato quanto di significativo è emerso dalla precedente commissione con la quale l'attuale è in stretta connessione.

In conclusione, una domanda più generale. Il nuovo Patto per la Salute tra Governo e Regioni avrebbe dovuto siglarsi il 31 ottobre scorso, ma i rapporti tra le parti sono invece in una fase critica a causa delle preoccupazioni di parte regionale, che denuncia una riduzione dei finanziamenti per la sanità. Come e quando crede che si potrà trovare una intesa?

L'intesa è subordinata al rispetto dei parametri economici che il Governo chiede alle Regioni non adempienti e poco virtuose. I Piani di rientro sono paletti da rispettare, e solo quando ci sarà il rispetto di questa intesa ci potrà essere il Patto per la salute tra Governo e Regioni.

Il testo del progetto di legge alla pagina seguente

Camera dei Deputati XVI Legislatura **Proposta di legge n. 1552**
Presentata da Domenico Di Virgilio e Giuseppe Palumbo il 29 luglio 2008

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche

Art. 1 Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche

1. Il governo delle attività cliniche è assicurato dalle regioni mediante i servizi delle competenti aziende sanitarie locali od ospedaliere, di seguito denominate "aziende", in conformità ai principi fondamentali stabiliti dal comma 2 del presente articolo, nonché a quelli individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni.

2. Il governo delle attività cliniche consiste nella programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie ed è assicurato mediante il diretto coinvolgimento del collegio di direzione dell'azienda, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge. Il collegio di direzione promuove lo sviluppo della funzione di governo delle attività cliniche e la conseguente adozione di programmi di miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza delle prestazioni, ai fini del coordinamento delle attività e delle responsabilità attribuite in materia di governo delle attività cliniche ai direttori di dipartimento, ed esprime pareri di natura obbligatoria al direttore generale in merito a tali finalità.

Art. 2 Modifiche agli articoli 3 e 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. Al comma 1-quater dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il primo periodo è sostituito dal seguente: "Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale";

b) il quinto periodo è sostituito dal seguente: "Il direttore generale si avvale del collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17".

2. Dopo il secondo periodo del comma 1 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti: "Il collegio di direzione

formula altresì parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato".

3. Il comma 2 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito da seguente:

"2. La regione formula atti di indirizzo relativamente al funzionamento e all'attività del Collegio di direzione. Il Collegio di direzione è presieduto dal direttore sanitario e ha una componente di diritto formata dal direttore amministrativo, dal direttore di presidio e da tutti i direttori di dipartimento e una componente elettiva costituita da tre direttori di unità operativa complessa che non siano anche direttori di dipartimento e da due dirigenti di primo livello, da un rappresentante del settore infermieristico, da un rappresentante del settore tecnico-sanitario e da un rappresentante dei medici convenzionati. I componenti elettivi sono designati dalle rispettive assemblee appositamente convocate".

Art. 3 Modifica all'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. Il comma 2 dell'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

"2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale esclusivamente previo avviso da pubblicare nella GazzettaUfficiale. A tale fine, il direttore generale nomina una commissione composta dal direttore sanitario e da due dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, individuati attraverso pubblico sorteggio tra i dirigenti di struttura complessa appartenenti ai ruoli della regione nella quale si svolge la selezione, esterni all'azienda di riferimento della selezione medesima. Per le regioni in cui esiste un'unica azienda o un'unica struttura complessa, il sorteggio è effettuato tra i dirigenti di

struttura complessa delle regioni confinanti e, per le regioni insulari, di più quelle vicine. La commissione è presieduta dal dirigente più anziano di ruolo. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti nonché dei crediti acquisiti nello svolgimento di attività di formazione continua maturati nel triennio precedente la data del bando. La commissione, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale una terna dei tre migliori candidati, composta dal vincitore e da due idonei, indicando i punteggi conseguiti da ciascuno di essi. Il direttore generale assegna l'incarico seguendo la graduatoria elaborata dalla commissione, che rimane valida per un anno. Nelle commissioni delle aziende ospedaliere integrate con l'università, uno dei componenti è scelto, attraverso pubblico sorteggio, tra i professori universitari ordinari della disciplina che operano nelle università presenti nella regione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve".

Art. 4 Modifica all'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. Il comma 1 dell'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

"1. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in due livelli, articolati in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. In sede di contrattazione collettiva nazionale sono previsti, in conformità ai principi e alle disposizioni del presente decreto, criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, la valutazione e la verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico anche correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità di risultato.

1-bis. I direttori di struttura complessa sono inquadrati al primo livello; al secondo livello sono inquadrati gli altri dirigenti sanitari".

Art. 5 Sistema di gestione del rischio

1. Per una corretta e ampia gestione del rischio clinico è istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali un Osservatorio del contenzioso e dell'errore medico, la cui composizione è stabilita con decreto dello stesso Ministero.

2. Ogni regione e provincia autonoma provvede all'istituzione, presso ogni azienda, di un'unità di rischio multidisciplinare, coordinata da un medico legale o igienista con il compito di fornire pareri vincolanti al direttore generale in merito alla definizione delle regole aziendali per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, al fine di creare e di mantenere la sicurezza dei sistemi assistenziali, nonché di ripristinare un corretto e sereno rapporto tra medico e paziente, di tutelare la sicurezza del paziente, di migliorare l'efficienza e l'efficacia del servizio sanitario e di contenere i costi legati al rischio clinico.

3. All'interno del Servizio sanitario nazionale è istituito il Fondo assicurativo nazionale per la copertura finanziaria dei cosiddetti "rischi sanitari impossibili", che l'Osservatorio di cui al comma 1 annota in un apposito registro da aggiornare ogni ventiquattro mesi.

Art. 6 Assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie ospedaliere

1. Le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private possono esercitare l'attività solo a condizione che abbiano stipulato, ai sensi del presente articolo, un'assicurazione per la responsabilità civile nei confronti degli assistiti.

2. Per l'adempimento dell'obbligo di cui al comma 1, il contratto deve essere stipulato con qualsiasi impresa autorizzata all'esercizio dell'assicurazione della responsabilità civile con massimali idonei a garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti gli

operatori sanitari. La polizza assicurativa stipulata non deve in nessun caso prevedere il diritto di rivalsa nei riguardi degli operatori sanitari dipendenti e deve garantire la copertura assicurativa di tutte le prestazioni sanitarie, anche quelle relative all'attività libero-professionale intramuraria.

3. Le strutture di cui al comma 1, per garantire maggiore tutela ai reparti ad elevato rischio di responsabilità civile, possono stipulare contratti assicurativi integrativi.

Art. 7 Limiti di età

1. Il limite di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i direttori di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fermo restando quanto previsto dall'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, e successive modificazioni. È comunque facoltà del dirigente di permanere, a domanda, in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età. Il collegio di direzione dell'azienda competente, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge, può disporre, a tali fini, un preventivo esame di idoneità con riferimento alla specifica funzione svolta.

2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo o fuori ruolo, fatto salvo quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230. Nel periodo in cui sono collocati fuori ruolo i professori universitari possono svolgere a richiesta attività clinica quali consulenti a titolo gratuito.

Art. 8 Copertura finanziaria

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, pari a 30 milioni di euro annui a decorrere dal 2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della solidarietà sociale.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Medici parlamentari

Politiche sanitarie e iniziative legislative nella XVI Legislatura

Due medici ginecologi prestatosi alla politica che si occupano dei temi della salute e della sanità, nonché del sociale, in pratica il loro pane quotidiano. In questa XVI Legislatura il senatore Antonio Tomassini presiede la XII Commissione permanente del Senato, Igiene e Sanità, mentre l'onorevole Giuseppe Palumbo è presidente della XII Commissione permanente della Camera dei Deputati, Affari Sociali. Entrambi si sono posti importanti obiettivi, sia nel loro ruolo di garanti dei lavori delle Commissioni che presiedono sia nel promuovere numerose iniziative legislative volte al miglioramento del sistema sanitario nazionale e non solo. In qualità di presidenti delle Commissioni parlamentari sono riconosciuti dagli addetti ai lavori e dalla Comunità quali persone che tutelano e vigilano sul buon andamento dei lavori parlamentari e garantiscono la buona convivenza fra Maggioranza e Opposizione. Inoltre, dall'inizio della Legislatura, anche gra-

Tomassini e Palumbo: due presidenti impegnati in Parlamento nell'innovazione del sistema sanitario, con una sensibilità particolare ai temi della ginecologia e ostetricia



zie al loro impegno, sono stati affrontati diversi temi di interesse per la categoria medica e sul funzionamento e l'apporto di qualità al Ssn, nonché in materia di specifiche tematiche relative alle malattie rare e alle problematiche che riguardano i pazienti. Un impegno che si è concretiz-

zato in una corposa iniziativa legislativa: sono infatti circa venti i progetti di legge che il senatore Tomassini ha presentato come primo firmatario, una quindicina quelli presentati come cofirmatario, oltre alle 15 interrogazioni parlamentari e alla proposta di istituire una Commis-

sione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale - salutata con grande favore da tutta la comunità scientifica e dai non addetti ai lavori.

Un contributo importante al tema della responsabilità professionale medica è arrivato proprio dal presidente Tomassini, con la presentazione di una proposta di legge che entra nel merito delle criticità che oggi emergono nella professione medica a causa dell'attuale sistema della responsabilità medica, sia nel ramo civile che in quello penale, oltretutto dal punto di vista del sistema assicurativo in campo sanitario. Si tratta della proposta "Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" (Atto Senato n. 50), di cui abbiamo pubblicato il testo integrale su Gyneco-Aogoi n. 5/2008. L'esame del

provvedimento, assegnato alla Commissione Igiene e Sanità del Senato, è già iniziato e sta proseguendo nel suo iter parlamentare.

Tra i temi più importanti per chi opera nel settore sanitario, ricordiamo anche tre proposte di legge molto valide: l'Atto Senato n. 51 "Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario"; l'Atto Senato n. 52 "Incentivi alla ricerca e accesso alle terapie nel settore delle malattie rare" e l'Atto Senato n. 66 "Disposizioni in materia di cure palliative domiciliari integrate per pazienti terminali affetti da cancro".

Il presidente Giuseppe Palumbo è entrato nel merito di temi di primario interesse per la ginecologia e l'ostetricia attraverso la proposta di legge (C. 1513) concernente "Norme per la tutela dei diritti della partorientente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato". Palumbo ha dimostrato una particolare sensibilità anche sui temi della responsabilità medica, cofirmando la proposta di legge n. 1884 "Modifiche al codice penale, in materia di responsabilità nell'esercizio dell'attività medico-chirurgica e di consenso informato del paziente, nonché al codice di procedura civile e al codice di procedura penale, in materia di nomina dei periti nei relativi procedimenti".

Come si evince da questa rapida carrellata, sono tanti i temi di interesse sanitario affrontati nelle iniziative parlamentari ormai avviate. Non ci resta quindi che augurare ai presidenti Tomassini e Palumbo di portarle avanti con successo.

Al via la Commissione di inchiesta parlamentare sugli errori medici

Parlamento al lavoro per la sicurezza del Ssn

L'organismo andrà ad affiancare i lavori della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario nazionale, già attiva al Senato. "Certo una Commissione bicamerale avrebbe avuto maggiore autorevolezza - ha commentato il deputato del Pdl Domenico Di Virgilio - ma quella del Senato era già partita. Ci divideremo i compiti e gli ambiti di intervento. Avremo un ampio potere giudiziario".

La Commissione, proposta dall'ex ministro della Salute Livia Turco, sarà composta da 21 membri (il presidente nominato dal presidente della Camera) e avrà poteri ispettivi, con la facoltà di intervento immediato nei casi di particolare gravità. "Come ministro - ha commentato Turco - ho dovuto affrontare numerose emergenze e mi sono reso conto di quanto il tema della sicurezza sia centrale. La Commissione rappresenta uno strumento fondamentale per mi-

Con l'approvazione definitiva della Camera, il 5 novembre scorso, prende il via l'iter per l'istituzione della Commissione di inchiesta parlamentare sugli errori medici e le cause del disavanzo economico delle Regioni

gliorare il servizio ai cittadini in un settore importante e delicato come quello della sanità, permettendo di attivare delle indagini sulla situazione delle strutture sanitarie, di migliorare l'organizzazione degli ospedali e la formazione del personale e di approfondire le cause del disavanzo sanitario delle Regioni". L'istituzione della Commissione si inserisce così all'interno delle azioni parlamentari per il miglioramento della qualità e della sicurezza e la prevenzione del

rischio clinico, come nel caso del provvedimento sui "Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche" presentato da Di Virgilio e Giuseppe Palumbo. Un altro tassello dovrebbe essere l'approvazione di una norma per la depenalizzazione dell'errore medico per far rientrare i contenziosi nella giurisdizione civile anziché penale. Il meccanismo, proposto nei mesi passati dal sottosegretario alla Salute Ferruccio Fazio, avrebbe il doppio obiettivo di al-



"Uniti per la sicurezza"

Dal Ministero 6 guide online per una sanità più sicura

Disponibili online, al sito del ministero della Salute www.ministerosalute.it (nella sezione documenti), sei

decaloghi per prevenire i rischi per i pazienti. Le piccole guide in dieci punti si rivolgono a tutti coloro che, a vari livelli, sono

coinvolti nella promozione della sicurezza dei pazienti (Guida per le Aziende ospedaliere, per gli operatori, per i cittadini, per i familiari, per i volontari, per i pazienti degli studi odontoiatrici). Si tratta di una prima fase dell'iniziativa, che vuole

leggerire da una parte il carico sui Tribunali e i lunghi tempi delle cause e dei risarcimenti, ma anche di non allentare la pressione sul medico, evitando che si ripari dietro un esercizio difensivo della professione, a discapito delle cure.

Secondo i dati dell'Anpo (l'Associazione dei medici primari), il provvedimento sarebbe corretto anche in considerazione del fatto che l'85% dei processi si concludono con l'assoluzione. E intanto, secondo Fazio, il costo delle prestazioni legate alla cosiddetta medicina difensiva sarebbe di 15 miliardi all'anno (cioè il 15% della spesa complessiva per la Sanità), spesi per esami diagnostici superflui, prescritti soltanto per mettersi al riparo da eventuali denunce.

svilupparsi ulteriormente anche attraverso le proposte dei cittadini e dei professionisti della salute, invitati dal ministero a fornire suggerimenti per creare nuove guide o migliorare quelle esistenti, inviando una e-mail alla casella di posta elettronica rischioclinico@sanita.it.

Dalla Favo e dall'Airc il punto sull'oncologia in Italia

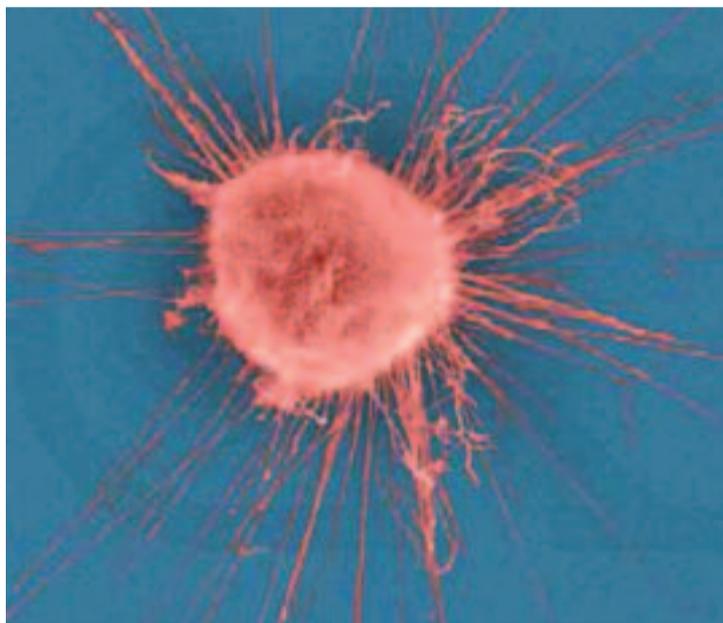
Tumori: si muore di meno, ma l'assistenza non è al top

La fotografia dell'oncologia in Italia è stata scattata in occasione della Giornata nazionale per la lotta ai tumori promossa lo scorso 8 novembre dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc). Ma già ad ottobre la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo) aveva fatto un po' il punto della situazione, lanciando due appelli: il primo per l'introduzione della riabilitazione oncologica tra i Lea e il secondo per l'estensione ai malati oncologici dei rimborsi Inps per le cure termali, tradizionalmente previste per i disturbi del movimento. Tra ottobre e novembre, quindi, due importanti appuntamenti hanno offerto una riflessione sull'oncologia italiana, evidenziando i grandi successi già ottenuti nelle cure, ma anche puntando l'attenzione sulle criticità ancora da risolvere.

Un registro oncologico per un'organizzazione mirata

Un registro dei tumori è la prima strategia da mettere in atto per un'assistenza sempre più efficace, secondo i ricercatori e gli oncologi che si sono riuniti in una serie di incontri e seminari organizzati dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro su tutto il territorio nazionale. Un registro, infatti, "permetterebbe

Tra ottobre e novembre, due importanti appuntamenti hanno offerto una riflessione sull'oncologia italiana, evidenziando i grandi successi già ottenuti nelle cure, ma anche puntando l'attenzione sulle criticità ancora da risolvere



di avere un quadro attendibile della diffusione del cancro e, su questa base, organizzare il lavoro in modo mirato", ha affermato Aldo Pinchera, direttore del dipartimento di Endocrinologia dell'Università di Pisa. Attraver-

so questo strumento, ha chiarito l'esperto, si può capire chi è colpito dal cancro, dove, a che età, e risalire al tipo di aggregazione di tumori nelle diverse aree del Paese, così da "organizzare un intervento calibrato ri-

www.tumori.net

I casi prevalenti per tutti i tumori sono quasi quadruplicati in 30 anni passando da circa 470 mila nel 1977 a circa 1,8 milioni nel 2007. Per l'insieme dei tumori, l'incidenza negli uomini è in diminuzione nelle regioni settentrionali e, al contrario, in forte crescita nelle regioni meridionali, mentre per le donne essa è in crescita ovunque, con una tendenza però più accentuata nelle regioni meridionali

Riabilitazione oncologica ancora insufficiente

Portare avanti un lavoro di sinergia con

sottolineato Pinchera – per avere informazioni sull'incidenza dei tumori ci si deve ancora rivolgere ai singoli centri".

A fronte di queste carenze, si registra tuttavia un netto miglioramento delle possibilità di cura, così come si aprono prospettive per le terapie "individuali" e i "farmaci intelligenti". La novità, ha spiegato Emilio Bombardieri dell'Istituto nazionale tumori di Milano, "è che andiamo verso forme di terapia molecolare cosiddette individuali perché per combattere i molteplici aspetti del cancro vanno ricercate terapie su misura e mirate a ciascun caso".

Già oggi i progressi della medicina hanno permesso di raggiungere importanti obiettivi: il tasso di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi è cresciuto del 15% rispetto al 1985, raggiungendo la quota del 45,7% negli uomini e del 57,5% nelle donne. Anche in questo caso, tuttavia, resta una zona d'ombra: la divergenza regionale, che vede la sopravvivenza al Nord e al Centro più alta di circa il 10% rispetto al Sud.

L'Inps per il rimborso delle cure termali e inserire la riabilitazione dei pazienti oncologici nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea).

Sono queste le due principali richieste della Federazione italia-

spetto all'impatto che la malattia ha sulla popolazione".

Un registro dei tumori esiste già negli Stati Uniti e in alcuni Paesi europei. In Italia, invece, esiste solo per iniziativa di poche Regioni. "Ma al momento – ha

Napolitano non fermare la ricerca, soprattutto dei giovani

La politica rifletta sulla "combinazione fra esperienza e innovazione" e sulla "ben comprensibile preoccupazione che in questo momento percorre l'Italia in relazione all'entità delle risorse finanziarie destinate alla ricerca". L'invito rivolto alla classe politica arriva dal presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, che intervenendo sulla Giornata di ricerca sul cancro ha sottolineato come "non c'è solo un problema di quantità di risorse messe a disposizione nel



bilancio dello Stato, ma anche un problema di qualità e di efficienza della spesa", così come di spazio ai giovani. Il presidente ha espresso un riconoscimento all'esperienza

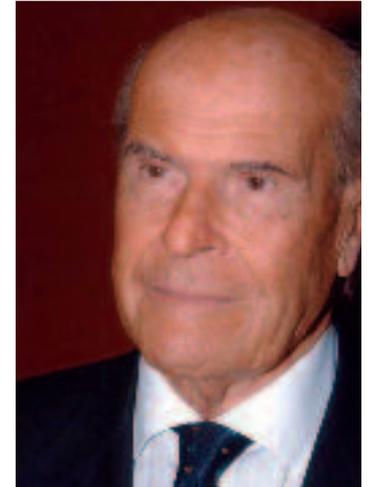
dell'Airc, "preziosa", che "esprime una concreta sinergia tra Stato e settore privato e una metodologia selettiva da porre a garanzia della qualità e della produttività della spesa per la ricerca, con criteri meritocratici, con procedure di valutazione rigorose sulla base di parametri internazionali. Spero che su queste linee sia possibile un ragionevole confronto tra forze sociali, culturali e politiche in vista di un limpido sforzo comune".

"In Italia – ha ricordato – non mancano centri di eccellenza e brillanti talenti, a Nord come a Sud. Penso a Napoli", ma occorre un maggiore impegno per rispondere alle attese dei giovani ricercatori concedendo "spazi e sostegni che non

devono mancare per incoraggiare la loro passione e il loro lavoro e per non perderli come sistema Paese".

Veronesi il cancro sarà sconfitto, ma senza ricerca, non si fanno i miracoli

Nella lotta contro i tumori "arriveremo a una soluzione", ma per farlo occorre puntare sulla ricerca, svolta in sinergia tra le giovani menti e quelle più esperte. Anche Umberto Veronesi ha sottolineato il valore della ricerca, esprimendo preoccupazione per il taglio dei



fondi per l'università previsti dalla legge 133, "dai quali la ricerca rischia di essere fortemente penalizzata. La crisi rischia di pesare

Giornata nazionale per la lotta ai tumori

Premiata la ricerca, ma serve di più

La diagnosi precoce permetterà di far crescere la speranza di guarire dal tumore dall'attuale 52% al 70% dei casi. Ne è convinto l'ex ministro della Salute ed oncologo Umberto Veronesi, secondo il quale, però, per sconfiggere il restante 30% occorre puntare sulla ricerca. Settore che oggi, invece, viene continuamente messo a rischio.

Intervenendo alla conferenza di presentazione organizzata dall'Airc a Roma, Veronesi ha voluto sottolineare i grandi progressi della medicina nella lotta contro i tumori, dicendosi "ottimista" sul futuro. "Tac, Pet, risonanza magnetica nucleare, mammografia, ecografia permettono di scoprire tumori piccolissimi, curabili nel

90% dei casi". Ma, ha sottolineato, occorre sferrare il colpo finale attraverso maggiori investimenti in ricerca. Proprio la ricerca è stata premiata al Quirinale in occasione della Giornata. Due riconoscimenti sono andati ai ricercatori Vincenzo Bronte, dirigente presso l'Istituto Oncologico del Veneto, "per i suoi studi pionieristici nel campo dell'immunologia, che hanno portato all'identificazione di cellule capaci di inibire le risposte antitumorale e favorire i processi di crescita neoplastica" e a Ruggero De Maria, "per le sue innovative ricerche sulle cellule staminali tumorali, ritenute responsabili dei processi di metastatizzazione e della resistenza ai farmaci". Altri due premi Crede nella ricerca sono stati vinti da Tommaso Capi "per essere stato nel 1971 tra i primi soci di Airc e aver confermato questa scelta per trentasette anni, nella consapevole fiducia che la ricerca oncologica porti beneficio a tutta la collettività", e ad Antonella Clerici, nuova testimonial dell'associazione "per la sua convinta adesione ai valori della ricerca oncologica".

na delle associazioni di volontariato in oncologia, che a questa materia ha dedicato un Libro Bianco presentato lo scorso 21 ottobre a Roma, alla presenza, tra gli altri, del ministro del Welfare Maurizio Sacconi.

Se la metà dei malati guarisce, rileva infatti la Favo, tanti di loro dopo le terapie vivono un momento di difficoltà legato al recupero delle proprie funzioni fisiche e psichiche. In Italia, tuttavia, l'assistenza riabilitativa per i malati oncologici è insufficiente e, anche in questo caso, diffusa a macchia di leopardo.

Il ministro Sacconi ha comunque risposto all'appello della Favo dichiarando l'intenzione di proporre in Conferenza Stato-Regioni un'integrazione delle linee guida sulla riabilitazione varate nel 1998, in modo da

includervi quella oncologica. Questo passo sarebbe l'anticamera per l'inserimento nei Lea. Il ministero sta poi lavorando con l'Inps per estendere ai malati oncologici i rimborsi per le cure termali. "Un impegno importante - ha commentato Francesco De Lorenzo, presidente Favo -, considerato che un terzo degli invalidi assistiti dall'Inps ha avuto patologie tumorali".

"La riabilitazione oncologica - ha aggiunto De Lorenzo - è fondamentale, visto che ogni anno aumenta il numero di persone che diventano malati cronici. Riabilitare e recuperare le proprie funzioni è importante anche per un recupero produttivo e il ritorno al lavoro, oltre che per migliorare la propria qualità di vita".

Dal censimento condotto dalla

Tutti i tumori (ICD-9 140-208 escl. 173) - Stime di incidenza

Numero di nuovi casi, tasso grezzo di incidenza per 100.000, tasso standardizzato (standard europeo) per 100.000. Età: 0-84. Anno 2008

AREA	N. Casi	Uomini		Donne		
		Tasso grezzo	Tasso std	N. Casi	Tasso grezzo	Tasso std
Piemonte	12096	610	376	10130	496	286
Valle d'Aosta	329	575	388	286	496	310
Lombardia	23349	541	367	22253	501	305
Trentino A.A.	2208	480	361	1962	421	280
Veneto	10527	489	348	10113	459	282
Friuli V.G.	3091	576	358	3208	576	328
Liguria	4620	651	362	3915	518	271
Emilia R.	10319	568	338	9923	530	298
Toscana	9464	590	352	8036	481	275
Umbria	2285	600	360	1944	492	281
Marche	3876	573	352	3045	436	266
Lazio	12902	518	360	11683	445	288
Abruzzo	2539	425	279	2190	354	211
Molise	704	459	313	497	316	200
Campania	12573	437	395	9935	334	261
Puglia	7701	385	303	6548	316	223
Basilicata	1326	453	328	1029	346	234
Calabria	3576	357	275	2989	292	207
Sicilia	8987	364	288	7004	272	190
Sardegna	3444	434	329	3037	374	248
ITALIA	132141	483	336	122052	431	274

Tutti i tumori (ICD-9 140-208 escl. 173) - Stime di mortalità

Numero di decessi, tasso grezzo di mortalità per 100.000, tasso standardizzato (standard europeo) per 100.000. Età: 0-84. Anno 2008

AREA	Decessi	Uomini		Donne		
		Tasso grezzo	Tasso std	Decessi	Tasso grezzo	Tasso std
Piemonte	6307	318	185	4150	203	101
Valle d'Aosta	173	302	193	113	197	106
Lombardia	12556	291	189	9231	208	110
Trentino A.A.	1152	251	180	790	170	99
Veneto	5602	260	175	4101	186	100
Friuli V.G.	1682	313	183	1332	239	117
Liguria	2460	347	177	1651	219	96
Emilia R.	5458	301	165	3881	207	100
Toscana	4952	309	171	3273	196	95
Umbria	1162	305	169	786	199	96
Marche	1974	292	167	1214	174	89
Lazio	6526	262	173	4609	176	100
Abruzzo	1586	265	166	993	160	86
Molise	429	280	180	224	142	80
Campania	7595	264	233	4311	145	105
Puglia	4770	238	181	2911	140	91
Basilicata	802	274	188	449	151	92
Calabria	2167	216	160	1310	128	83
Sicilia	5907	239	182	3846	149	96
Sardegna	2129	268	198	1331	164	100
ITALIA	73355	268	177	50925	180	101

Fonte: i dati sono stimati dal Reparto Epidemiologia dei Tumori del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità. **Tasso grezzo:** calcolato come rapporto tra decessi e popolazione, per 100.000

Tasso standardizzato (std): tasso di mortalità corretto per età utilizzando come standard la popolazione europea

Favo su 315 centri di riabilitazione nel 2005-2006, e poi verificato nel 2007-2008, è emerso che la maggior parte delle strutture per la riabilitazione oncologica è concentrata nelle Regioni settentrionali, in particolare Piemonte e Lombardia, mentre vi è ancora una grande carenza in quelle meridionali. Nel 55% dei centri la casistica oncologica rappresenta una percentuale minima del volume di attività. Solo nell'8,25% dei casi il programma riabilitativo viene ipotizzato prima dell'intervento chirurgico, mentre in tutte le altre occasioni è affrontato alla comparsa dei sintomi o dopo l'operazione.

"Negare il diritto alla riabilitazione - ha osservato De Lorenzo - incide pesantemente su malati che vanno cronicizzando la malattia, che sono in costante aumento e che oggi sono stimati in 1,7 milioni. Dobbiamo preoccuparci di dare nuove risposte a nuovi bisogni".

CIRCA 300.000 I NUOVI CASI OGNI ANNO e 1,6 milioni gli italiani colpiti da tumore. Numeri da brivido, ma anche una buona notizia: in oltre il 50% dei casi si arriva alla guarigione, anche se al Nord si guarisce più che al Sud. Tuttavia, se i progressi della medicina promettono ulteriori risultati in termini di lotta al cancro, gli esperti sottolineano anche la necessità di una migliore organizzazione: a partire dalla creazione in Italia di un registro nazionale tumori, così come il potenziamento delle strutture riabilitative e il suo riconoscimento tra i Lea.

soprattutto sui giovani ricercatori che, per Veronesi, costituiscono la spinta innovativa della ricerca. "Valore dell'esperienza e bisogno di innovazione - ha detto - sono un binomio importantissimo in un Paese che vuole reagire alla grande crisi economica che sta vivendo". La ricerca, ha spiegato, si basa "sulla formulazione di nuove ipotesi nate dalle menti più libere e giovani, ma poi la sperimentazione ha sempre richiesto il potere critico tipico della maturità". E secondo Veronesi, nel campo dell'oncologia ci sono "obiettivi ambiziosi, verso i quali stiamo procedendo con passo costante. Non ci aspettiamo la pillola miracolosa

perché la scienza va avanti senza salti, con continuità e costanza, ma siamo sicuri che non troppo tardi questo sviluppo ci porterà alla soluzione finale del problema".

Sacconi aiutare i pazienti che hanno subito un trattamento oncologico a ritornare attivi

Stabilizzare il 5 per mille, estendere i rimborsi Inps per le cure termali all'oncologia, inserire la riabilitazione tra i Lea. L'impegno del Governo annunciato dal ministro del

Welfare Maurizio Sacconi per la lotta al cancro attacca su molti fronti. A partire dalla ricerca, attraverso la stabilizzazione del 5 per mille, che rappresenta una delle risorse per i fondi alla ricerca. Ma oltre alle prospettive che la medicina può aprire alle cure, ci sono anche problemi da affrontare oggi. "L'Italia - ha riconosciuto il ministro - è segnata da profonde differenze nei Livelli di Assistenza tra Nord e Sud. Ancora troppi sono i viaggi della speranza all'interno del territorio nazionale".

Anche il percorso successivo alla fase critica di cura della malattia va rivisto e potenziato, in aiuto del paziente. "Evitiamo - ha detto Sacconi - di considerare i pazienti



oncologici come persone da accantonare nel mercato del lavoro". Il ministro ha quindi ricordato che "la legge Biagi, per garantire la permanenza dei

malati oncologici nel lavoro ha introdotto il diritto al passaggio dal tempo pieno al tempo parziale nella fase critica della malattia e poi il diritto a tornare al tempo pieno se si ricreano le condizioni necessarie". Per aiutare i pazienti che hanno subito un trattamento oncologico a ritornare attivi, Sacconi ha quindi annunciato che il ministero e l'Inps stanno lavorando per estendere le prestazioni del teralismo sociale alla riabilitazione oncologica. Inoltre, "pensiamo di portare in Conferenza Stato-Regioni un addendum, cioè una integrazione sulle linee guida varate nel 1998, per quanto riguarda la riabilitazione in modo da includervi anche quella oncologica".

Carcinoma mammario: in arrivo nuove linee guida

Cancro al seno: drammatico, anche per le spese

Il coordinatore della Commissione oncologica annuncia nuove linee guida per i programmi di screening: un modo per contenere l'impatto di una patologia oncologica che grava, oltre che sul Sistema sanitario, anche sulle tasche delle pazienti

di **Giulio Maria Corbelli**

Sono pochi i ginecologi che si occupano in modo specifico del tumore mammario. È assolutamente indispensabile adoperarsi per intensificare il lavoro di prevenzione oncologica che, con il nostro ruolo di 'medici della donna', noi ginecologi possiamo svolgere". Con queste parole Sergio Pecorelli, presidente del Comitato di ginecologia oncologica della Figo e nuovo membro del direttivo Sigo, ha richiamato i colleghi presenti al Congresso Sigo-Aogoi di Torino su questo tumore che è di gran lunga il più frequente nel sesso femminile. Secondo i dati del Ministero, nel periodo 1998-2002 ha rappresentato il 24,9% del totale delle diagnosi tumorali ed è il primo tumore anche in termini di mortalità (17,1% del totale dei decessi neoplastici). In termini assoluti, il Registro tumori quantifica in

In Italia, i nuovi casi di cancro al seno sono circa 40.000 (39.735 nel 2007). Sono però diminuiti i decessi (9.045 nel 2007)

38.000 circa i tumori della mammella diagnosticati ogni anno in Italia e si verificano circa 11.000 decessi a causa di questa patologia (9.000 tra 0 e 84 anni). Naturalmente il rischio di ammalarsi di cancro al seno non è uguale in tutte le età: la frequenza del tumore della mammella, molto bassa nelle prime tre decadi della vita, inizia a crescere nelle trentenni e già nelle quarantenni raggiunge l'ordine di grandezza del centinaio di casi ogni 100.000 donne all'anno;

questa frequenza raddoppia nelle cinquantenni e triplica nelle sessantenni, mantenendosi poi relativamente stabile nelle età successive. Dalla nascita ai 74 anni una donna ogni 11 ha la probabilità teorica di avere una diagnosi di tumore della mammella. La rilevanza di questo tumore è presente in tutte le età della vita, in termini relativi soprattutto tra quelle adulto-giovanili. Infatti, se nelle donne in età avanzata rappresenta circa un quinto delle diagnosi, nelle donne più giovani riguarda oltre un terzo di tutti i tumori; l'incidenza proporzionale raggiunge il 40% nella classe d'età 45-64.

L'incidenza aumenta, ma diminuisce la mortalità

Le cifre raccontano che l'incidenza del tumore alla mammella è in crescita nel corso del tempo. Ad influenzare questo dato contribuiscono due fattori: il primo è la diffusione di fattori di rischio, l'altro è l'attività di screening mammografico che tende ad anticipare la diagnosi in fase precoce di tumori che altrimenti sarebbero comparsi in periodi successivi.

Ma se l'incidenza aumenta, la mortalità diminuisce: l'anticipazione della diagnosi registrata con i programmi di screening, congiuntamente con l'applicazione di efficaci protocolli terapeutici, ha permesso di raggiungere elevati livelli di sopravvivenza nelle pazienti con cancro al seno. L'85% delle donne con una diagnosi di carcinoma mammario sopravvive almeno 5 anni e questo dato è aumentato costantemente nel corso del tempo, anche se si mantiene uno svantaggio per le

donne residenti nelle regioni del Sud Italia, dove i programmi di screening vengono implementati con minore regolarità. Per amplificare l'applicazione di questo strumento di diagnosi precoce, Francesco Cognetti, coordinatore della Commissione oncologica nazionale, ha annunciato una revisione delle linee guida per gli screening per il tumore al seno: con le nuove direttive, si dovrebbe poter allargare alle donne tra i 40 e i 49

anni e oltre i 69 anni la possibilità di accedere ai test, estendere l'uso della mammografia digitale e attivare un sostegno concreto in favore dei programmi da parte di centri specializzati pubblici. Cognetti ha anticipato che alcuni gruppi di studio della Commissione stanno mettendo a punto e aggiornando metodi e obiettivi degli screening e diagnosi precoce per i tumori del seno, della prostata, del polmone, colon-retto e cer-

vice uterina. Tra le innovazioni previste allo studio degli esperti c'è la promozione dello screening personalizzato sulla base dei fattori di rischio delle donne.

I costi economici

Un'altra emergenza denunciata dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori è quella delle spese mediche: l'associazione ha realizzato, nell'ambito della Campagna Nastro Rosa, un'in-

Tumore della mammella (ICD-9 174) - Stime di incidenza

Numero di nuovi casi, tasso grezzo di incidenza per 100.000, tasso standardizzato (standard europeo) per 100.000. Età: 0-84. Anno 2008

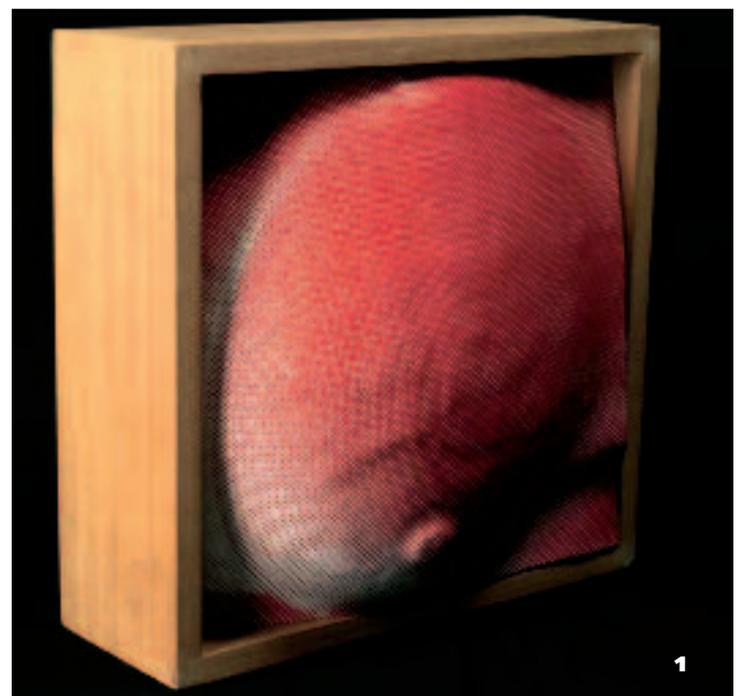
AREA	N. Casi	Donne	
		Tasso grezzo	Tasso std
Piemonte	3923	192	123
Valle d'Aosta	106	185	123
Lombardia	7391	167	109
Trentino Alto Adige	826	177	131
Veneto	4296	195	131
Friuli Venezia Giulia	1182	213	131
Liguria	1228	163	94
Emilia Romagna	3700	198	123
Toscana	2566	154	97
Umbria	591	150	94
Marche	1039	149	96
Lazio	4239	162	111
Abruzzo	717	116	81
Molise	181	115	81
Campania	3281	110	92
Puglia	1759	85	65
Basilicata	314	106	80
Calabria	1032	101	80
Sicilia	2624	102	79
Sardegna	1155	142	104
ITALIA	37952	134	93

Fonte: i dati sono stimati dal Reparto Epidemiologia dei Tumori del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità
Tasso grezzo: calcolato come rapporto tra casi e popolazione, per 100.000
Tasso standardizzato (std): tasso corretto per età utilizzando come standard la popolazione europea

L'informazione arriva al seno

Il mondo delle associazioni è impegnato in numerose iniziative per avvicinare le donne alla diagnosi precoce e per sostenere le pazienti già colpite. Dallo spettacolo teatrale agli opuscoli a disposizione dopo il colloquio col medico

■ Portare le donne ad un costante monitoraggio per la diagnosi precoce del carcinoma mammario è una delle strategie che si sono dimostrate più efficaci per ridurre la mortalità e limitare i danni derivanti da questa patologia. Mentre le istituzioni sono impegnate a definire le modalità per avvicinare le donne alle procedure di screening, le associazioni si impegnano in campagne informative su tutti i fronti. Una di quelle che ha suscitato le emozioni più forti viene dall'associazione culturale "Le Griots" che ha messo in scena un testo teatrale, tratto da scritture autobiografiche, che narra il percorso di malattia e guarigione di dieci donne ammalate di cancro. "La malattia - narano le note di regia - è rappresentata 'fisicamente' con lo scialle nero che tutte indossano e che



Le cifre in Italia

Il Registro tumori quantifica in 38 mila circa i tumori della mammella diagnosticati ogni anno in Italia e si verificano circa 11 mila decessi a causa di questa patologia. Dalla nascita ai 74 anni una donna ogni 11 ha la probabilità teorica di avere una diagnosi di tumore della mammella. Nelle donne in età avanzata rappresenta circa un quinto delle diagnosi, nelle donne più giovani riguarda oltre un terzo di tutti i tumori; l'incidenza proporzionale raggiunge il 40% nella classe 45-64.

Il costo sociale complessivo

La Lilt ha calcolato che il costo sociale complessivo pro capite di questa patologia ammonta a ben 28.500 euro, di cui "solo" 15.500 sostenuti dal Ssn.

Il resto è suddiviso tra costi diretti sanitari da pagare di tasca propria (3.300 euro) e spese per trasferte, gestione della casa e per la riduzione del reddito da lavoro (8.700)

Non solo blue

A dominare il quadro psicologico delle donne operate al seno non sono solo i sentimenti negativi: molte, a distanza dall'intervento, riportano gratitudine per chi le ha curate e accudite, serenità, sollievo e felicità.

Spesso cambiano anche le attività e gli interessi: le donne si occupano un po' meno di casa e famiglia e si dedicano un po' di più a loro stesse e ad attività all'aperto

indagine retrospettiva sul costo del tumore al seno per le famiglie italiane i cui risultati sono stati resi noti nel mese di ottobre. Intervistando quasi 300 donne operate al seno negli ultimi 5 anni, gli esperti della Lilt hanno calcolato il costo sociale complessivo pro-capite di questa patologia. Costo che ammonta a ben 28.500 euro, di cui "solo" 15.500 sostenuti dal Sistema sanitario nazionale. Il resto è suddiviso tra gli 8.700 euro che figurano come riduzione del reddito che una donna lavoratrice affetta da tumore alla mammella è costretta a subire e i 3.300 euro di costi diretti sanitari, ovvero visite specialistiche, esami radiologici e di laboratorio, fisioterapia, farmaci, eventuale ricovero a pagamento, intervento di chirurgia ricostruttiva, presidi sanitari e altro ancora. Un altro migliaio di euro se ne va per le trasferte e i costi indiretti dovuti alla gestione della vita familiare e all'assistenza: più di una donna su tre afferma di aver dovuto assumere una colf per poter accudire la casa. Rispetto all'impatto sulla vita professionale, l'indagine della Lilt evidenzia che il 91% delle intervistate ha ripreso il lavoro dopo l'intervento; in media, hanno dovuto aspettare quasi 9 settimane per poter riprendere l'attività lavorativa, ma quasi una su tre ha tardato addirittura più di 12 settimane. Quasi la metà del campione lamenta una riduzione del reddito da lavoro conseguente alla malattia e circa il 14% quantifica questa riduzione nell'ordine del 40% o più.

L'impatto psicologico

Il tumore alla mammella si con-

verrà gettato alle spalle con un gesto liberatorio al momento della dichiarata guarigione. I costumi sono femminili e colorati perché possano dare coraggio ad altre donne che non osano più mostrarsi nella loro mutata bellezza". Lo spettacolo, intitolato "E ancora danzo la vita", è stato rappresentato in decine di teatri e altri luoghi, in Italia e all'estero, e continua a girare il nostro paese con il suo carico da trasmettere al pubblico: verità, commozione, rabbia, accettazione, speranza e una contagiosa voglia di vivere.

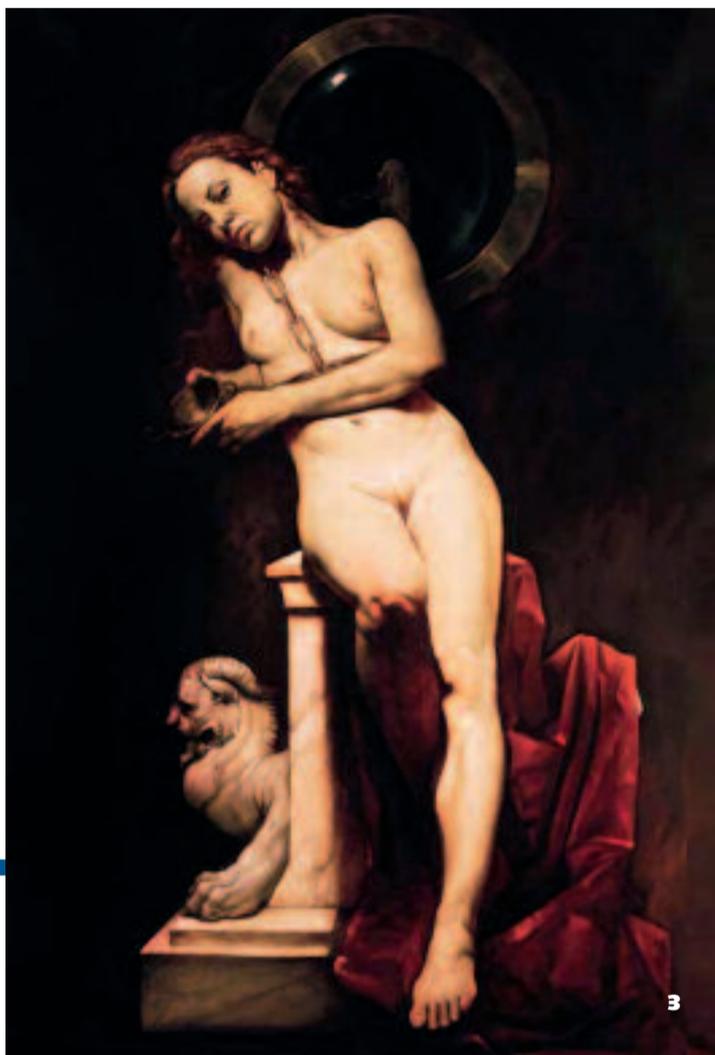
Per tenere accessi i riflettori sul ruolo fondamentale dell'informazione e della ricerca nella lotta contro il tumore al seno, persino un centro di eccellenza come l'Istituto europeo di oncologia (Ieo) può trasformarsi eccezionalmente in una "galleria d'arte": è quanto accade dal 24 novembre fino al 10 gennaio 2009 con la mostra **Foemina: il seno nell'arte e nella medicina**. La mostra, promossa da O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, con il sostegno di Roche, intende raccontare il parallelo tra due evoluzioni in apparenza distanti: la rappresentazione del seno nella storia dell'arte e quella della ricerca scientifica nella lotta contro il tu-

more al seno. E proprio per sostenere la ricerca in questo campo, il ricavato della vendita dei cataloghi della mostra sarà devoluto alla Fondazione Ieo. "La nostra finalità e l'impegno costante dell'intera équipe dello Ieo è sintetizzata nel 'si cura meglio dove si fa ricerca' - ricorda Carlo Buora, Presidente Ieo - Fare ricerca per noi significa anche comunicare, nelle sue forme più varie. Abbiamo la speranza che tale iniziativa porti a un significativo risultato, ovvero quello di assicurare alle nostre pazienti, assieme alla salute, una maggiore serenità. In questo spirito accogliamo dunque questa mostra pensata e dedicata alle donne".

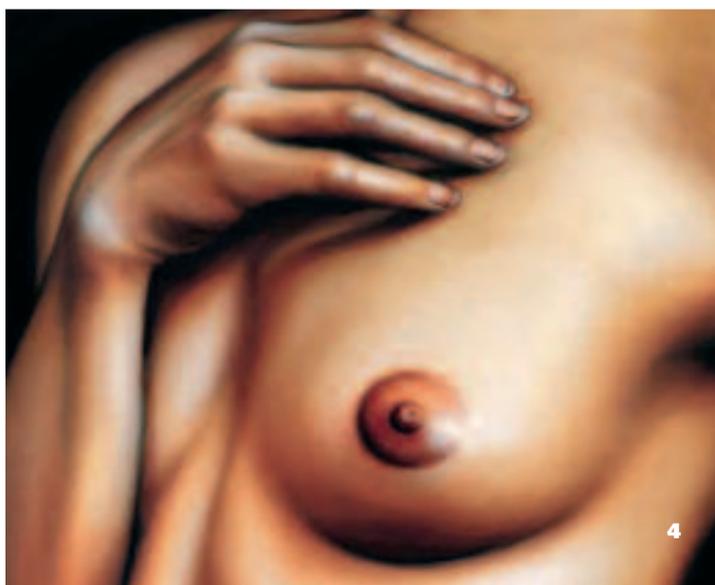
Anche il mondo delle aziende si mobilita per sostenere iniziative legate all'informazione: Samsung Electronics Italia e Tim hanno aderito alla campagna di raccolta fondi e sensibilizzazione sulla salute del seno "More than talk" in sostegno dell'associazione Komen Italia onlus. Per sostenere questa organizzazione non-profit che opera dal 2000 nella lotta ai tumori del seno, Samsung ha deciso di "colorare di rosa" due dei suoi cellulari di punta. Per ogni cellulare venduto, Samsung e Tim devolveranno a Ko-



2



3



4

L'Istituto europeo di oncologia (Ieo) ospita fino al 10 gennaio 2009 la mostra "Foemina: il seno nell'arte e nella medicina"

men Italia 5 € ciascuno per contribuire alla creazione di nuove attività volte alla sensibilizzazione delle donne per la prevenzione e la salute del seno. In Italia, Samsung Electronics ha iniziato

la collaborazione con Komen Italia onlus nell'autunno del 2007 quando sono stati raccolti ben 180 mila euro destinati a finanziare diversi progetti per la lotta ai tumori del seno. Lo scorso mag-

1. Gianni Ruspaggiari
2. Girolamo Ciulla
3. Roberto Ferri
4. Claudia Bianchi

ferma una patologia dal forte impatto psicologico, come evidenzia anche una indagine commissionata ad Astra Ricerche dall'associazione Europa Donna che ha coinvolto oltre 500 donne operate al seno tra il 1980 e il 2006 presso nove centri oncologici aderenti all'iniziativa per lo più situati nel Nord Italia. Sette donne su dieci dicono che l'intervento chirurgico in sé non è stato drammatico ma che l'intera esperienza ha lasciato dentro di loro un segno profondo: per il 57% delle operate al seno l'esperienza è stata dura ma superabile e il 22% si accorge di essersene quasi dimenticata mentre il 14% parla addirittura di una discontinuità positiva. E se nel 39% dei casi dominano sentimenti negativi (preoccupazione, ansia, tristezza, smarrimento, vergogna), il 45%, a distanza dall'intervento, riporta gratitudine a chi le ha curate e accudite, serenità, sollievo e felicità. Cambiano anche le attività e gli interessi, si occupano un po' meno di casa e famiglia e si dedicano un po' di più a loro stesse e ad attività che si possono svolgere all'aperto. Anche le relazioni possono subire scossoni ma con una tendenza: laddove i rapporti erano saldi e sani si è riconfermata la stabilità, ma possono emergere difficoltà preesistenti.

gio, dati i proficui risultati ottenuti, la società è diventata Sponsor Nazionale della "Komen Italia Race for the Cure", una maratona di solidarietà che nel 2008 ha coinvolto 50.000 persone in tutta Italia (ben 37mila partecipanti a Roma, 7mila a Bari e 6mila a Bologna).

Di particolare interesse per i medici, infine, il programma "Punto d'incontro" che prevede la realizzazione di una serie di tre opuscoli più un diario che, come spiega Sandro Barni, primario UO Oncologia medica dell'Ospedale di Treviglio (BG) e coordinatore dell'équipe di oncologi che ha scritto gli opuscoli, "offrono un supporto informativo, psicologico e pratico per ognuna delle tre fasi essenziali del percorso terapeutico: diagnosi e intervento chirurgico, terapia adiuvante (dopo l'intervento), terapia ormonale (sempre nel post-intervento)". Scritti utilizzando un linguaggio chiaro e comprensibile a tutti, sintetici e con taglio prevalentemente pratico, corredati da glossari e soprattutto da testimonianze e consigli di altre donne che hanno vissuto l'esperienza del tumore, i libretti sono distribuiti agli oncologi interessati che li forniscono alle pazienti.

Violenza contro le donne: l'appello di donneinrete.net al Parlamento

Ampliare la tutela e incoraggiare le denunce. A quando una legge?



“Combattere gli atteggiamenti che tendono a perdonare, tollerare, giustificare o ignorare la violenza commessa contro le donne”

Il Parlamento approvi subito la legge per rafforzare le tutele penali e sociali nei confronti delle donne che ogni giorno subiscono violenze e aggressioni, spesso in ambiente familiare”. È l'appello lanciato al Governo e al Parlamento italiano dall'Associazione Donne in Rete, in occasione della **Giornata mondiale contro la violenza sulle donne**, celebrata il 25 novembre. “La scorsa legislatura si è chiusa senza che il Parlamento riuscisse ad approvare una legge che contribuisse a fermare questa piaga”, si legge nella lettera firmata da Rosaria Iardino, presidente di donneinrete.net, e da Paola Concia, membro della Commissione Giustizia della Camera. La richiesta è quindi di “non vanificare tempo prezioso” ed approvare una legge “che tuteli le donne nella loro dignità e nella loro vita”. L'appello di Donne in Rete è solo una delle tante iniziative organizzate in tutto il mondo in occasione della Giornata, istituita dall'Onu nel 1999 per sensibiliz-

zare la comunità e le istituzioni nazionali ed internazionali su questo tema. Proprio dal segretario nazionale dell'Onu, Ban Ki-Moon, è arrivato il severo monito per un maggiore impegno a “combattere l'impunità”. “Bisogna – ha detto Ban Ki-Moon – combattere gli atteggiamenti che tendono a perdonare, tollerare, giustificare o ignorare la violenza commessa contro le donne. E vanno aumentati gli stanziamenti finanziari a sostegno delle vittime e delle donne sopravvissute alla violenza”. Secondo il segretario nazionale dell'Onu, “ognuno di noi ha il compito di diffondere questo messaggio in famiglia, nei luoghi di lavoro, nelle comunità”. Impegnata in questo processo di sensibilizzazione anche l'attrice Charlize Theron, nominata nuovo testimonial delle Nazioni Unite. La sua battaglia contro gli abusi e le violenze verso le donne sarà condotta a partire dalle regioni più a rischio dell'Asia e dell'America Latina.

La violenza in Italia: i numeri dell'Istat

Sono stimate in 6 milioni 743 mila le donne da 16 a 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita (il 31,9% della classe di età considerata). A fotografare il fenomeno della violenza contro le donne in Italia è l'Istat, che nel Rapporto 2007 evidenzia come cinque milioni di italiane abbiano subito una volta nella vita violenze sessuali (23,7%) e 3 milioni 961 mila violenze fisiche (18,8%). Circa 1 milione di donne ha subito stupri o tentati stupri (4,8%) e 1 milione 400 mila donne hanno subito violenza sessuale prima dei 16 anni, in pratica il 6,6% delle donne tra i 16 e i 70 anni. Gli autori delle violenze sono vari, ma nella maggior parte dei casi si tratta di un familiare, del proprio partner o di un amico. Solo nel 24,8% la violenza è stata ad opera di uno sconosciuto. Ma il dramma cresce, se si considera che la maggior parte delle violenze resta coperto dal silenzio. Il 53% delle donne ha dichiara-

Perché il 25 novembre?

Era il 25 novembre del 1960 quando le tre sorelle dominicane Minerva, Patria e Maria Teresa Mirabal, strenue oppositrici della dittatura di Rafael Leonidas Trujillo, vennero intercettate da agenti del Servizio militare di Intelligenza mentre si recavano a fare visita ai mariti di due di loro,



rinchiusi in prigione. Furono torturate e strangolate, poi chiuse nella macchina in cui viaggiavano e spinte in un precipizio, per simulare una morte accidentale. Oggi sono il simbolo internazionale della battaglia contro la violenza alle donne. Nate in una famiglia benestante e colta, le quattro ragazze rimasero sempre legate da un affetto complesso e profondo, nonostante le notevoli diversità di carattere: la ribelle Minerva sceglie giovanissima di essere avvocato degli oppressi; Patria, la devota, arriva alla guerriglia per le vie della fede religiosa; Maria Teresa, frivola e romantica s'impegna nella causa per amore. Belgica Adele Mirabal, più conosciuta come Dedé, è l'unica sorella sopravvissuta ed ha recentemente aiutato Julia Alvarez nella stesura di Il tempo delle farfalle, in cui si racconta la storia delle Mirabal, soprannominate “las mariposas” (le farfalle appunto) per bellezza e vivacità, testimonianza di una vicenda di importante valore storico e politico.

to di non aver parlato con nessuno dell'accaduto. E anche quando si trova il coraggio di parlare con qualcuno della violenza subita, nella quasi totalità

dei casi non si arriva mai a una denuncia. Il sommerso è elevatissimo e raggiunge circa il 96% delle violenze subite da un non partner e il 93% di quelle da parte del partner. Anche nel caso degli stupri la quasi totalità non è denunciata (91,6%).

Le violenze, poi, non sono solo fisiche: 7 milioni 134 mila donne hanno subito o subiscono violenza psicologica. Le forme più diffuse sono l'isolamento o il tentativo di isolamento (46,7%), il controllo (40,7%), la violenza economica (30,7%) e la svalorizzazione (23,8%), le intimidazioni nel 7,8% dei casi. Sono inoltre 2 milioni 77 mila le donne che hanno subito comportamenti persecutori (stalking) che le hanno particolarmente spaventate. Questo avviene soprattutto da parte dei partner al momento della separazione. Tra le donne che hanno subito *stalking*, in particolare il 68,5% dei partner ha cercato insistentemente di parlare con la donna contro la sua volontà, il 61,8% ha chiesto ripetutamente appuntamenti per



incontrarla, il 57% l'ha aspettata fuori casa o a scuola o al lavoro, il 55,4% le ha inviato messaggi, telefonate, e-mail, lettere o regali indesiderati, il 40,8% l'ha seguita o spiata e l'11% ha adottato altre strategie. Quasi il 50% delle donne vittime di violenza fisica o sessuale da un partner aveva precedentemente subito lo *stalking*.

Sul prossimo numero

di GynecoAgoi un contributo su “La violenza sulle donne nel tempo”, tratto dall'intervento del magistrato F. Meloni al convegno Agoi sulla violenza, svoltosi a Genova il giugno scorso



Libro verde dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (O.N.D.A.)

LA SALUTE DELLA DONNA

Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla

Premessa

La salute è un microcosmo che va salvaguardato e protetto. Con l'intento di aumentare nella donna questa consapevolezza e di sensibilizzare alle necessità di una medicina di genere orientata a promuovere studi e ricerche testate sulla figura femminile che tengano conto anche delle origini etniche, culturali e strutturali, nasceva un anno fa il Libro bianco sulla salute della donna in Italia, realizzato da Onda. Scopo del volume era quello di identificare, all'interno della popolazione femminile suddivisa per regione, quei punti deboli ancora presenti all'interno del sistema salute per trasformarli oggi in punti di forza. Il Libro bianco è stata la prima tappa del nostro impegno: evidenziate cause e problematiche, occorre provare a dare una risposta, quanto più efficace e propositiva possibile, ai bisogni sanitari della popolazione femminile. Se il Libro bianco è stata l'analisi attraverso una lente d'ingrandimento, il Libro verde – pubblicato anche quest'anno con Franco Angeli – può essere considerato l'operatività, la partenza e la messa in azione, la speranza di piccole risoluzioni ai tanti problemi di salute femminile ancora presenti sul territorio. Il volume che presentiamo quest'anno è, dunque, la logica conseguenza di un percorso volto al miglioramento del sistema salute, inteso nella sua globalità: dalle strutture di accoglienza, ai mezzi e servizi offerti, ma soprattutto alla predisposizione individuale di porsi in un atteggiamento di prevenzione e di difesa del nostro benessere. Il Libro verde si profila come una sorta di guida ad una migliore conoscenza della salute femminile. Da essa, infatti, deriva la consapevolezza che ogni problema al suo nasce può essere affrontato con maggiori possibilità di cura e una ricaduta benefica sullo stato generale di salute. Questo è il nostro più grande obiettivo: una qualità di vita migliore anche nel difficile percorso della malattia e la sintesi del volume che qui proponiamo vuole offrire spunti di riflessione ai lettori.

Il volume, di cui vi proponiamo una sintesi, nasce come ideale continuazione del Libro Bianco del 2007, con l'obiettivo di offrire strumenti di analisi per la creazione di un nuovo sistema socio-sanitario dedicato alla donna: semplice, efficace e compatibile con i conti pubblici

Invecchiamento, disabilità, solitudine

Invecchiamento Individuazione, descrizione e analisi del problema

La struttura per età della popolazione assume particolare importanza nel dimensionamento e nella programmazione dei servizi socio-sanitari. La diversità della domanda di assistenza e delle patologie in relazione all'età degli assistiti implica, infatti, degli adattamenti dell'offerta in funzione della composizione per sesso ed età dell'insieme della popolazione. In particolare, la popolazione in età di 65 anni e oltre è quella più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti a al rischio di morire, soprattutto nelle età successive ai 75 anni. La dimensione e la dinamica della popolazione "anziana" (65-74 anni) e "molto anziana" (75 e oltre) vanno dunque monitorate con particolare attenzione. Le donne vivono più a lungo degli uomini: la percentuale dei soggetti di età compresa fra i 65 e i 74 anni è pari al 54% la loro proporzione cresce all'aumentare dell'età fino al 63%. In alcune Regioni del Nord, le donne ultra settantacinquenni rappresentano più del 65% dei soggetti di questa fascia d'età.

Condizione di disabilità

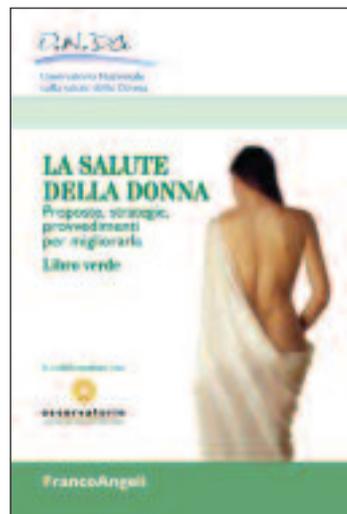
Individuazione, descrizione e analisi del problema

Malgrado l'aspettativa di vita stia aumentando per entrambi i generi, gli uomini stanno guadagnando in anni di vita, di salute, mentre le donne in anni di vita di disabilità.

Il dibattito etico su come giustificare l'allocatione di costosi servizi sanitari per i pazienti più anziani è spesso basato su alcune considerazioni quali la prognosi, gli anni di vita aggiustati per la qualità della stessa, la capacità di farsi carico di parte dei costi e altri. Spesso il genere delle perso-

WWW.ONDAOSSERVATORIO.IT

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna si occupa di studiare le principali patologie che colpiscono l'universo femminile e di proporre strategie di prevenzione primarie e secondarie, promuovendo una cultura della salute di genere. O.N.Da sostiene ricerche di base e cliniche sulle principali patologie, ne valuta l'impatto sociale ed economico e informa le Istituzioni, i medici e il pubblico.



ne anziane bisognose di cure è considerato, nello stesso crescente dibattito, come irrilevante. Alcune evidenze, tuttavia, sottolineano come la donna anziana e, spesso disabile, soffra maggiormente di un'esclusione sociale; le cause sono quelle sempre sottostanti ai diversi differenziali di salute genere-specifici: la scolarità, l'indipendenza economica, il ruolo della società e altri. Ad essi, nell'anziano, si aggiunge la solitudine che è spesso maggior appannaggio delle donne in quanto più longeve: colei che è stata caregiver del marito e della famiglia mantiene il suo ruolo e diventa, più spesso che nell'uomo caregiver di se stessa.

Condizione di solitudine

Individuazione, descrizione e analisi del problema

Mediamente le donne sopravvivono ai propri partner in una condizione di salute precaria e, spesso, di risorse economiche limitate. Tale stato è dovuto da un lato alla vita più longeva, dall'altro al frequente consumo di risorse spese per le cure al partner negli ultimi anni di vita. Le donne anziane che necessitano di cure socio-sanitarie sono pertanto, proprio per il loro stato di solitudine, meno capaci degli uomini di affrontare al proprio domicilio le malattie legate all'età e, più frequentemente, terminano la propria vita con il solo ausilio di pensioni sociali e istituzionalizzate. La nostra, come altre società occidentali, vive il paradosso di un contratto "sociale" estremamente iniquo: ogni anziano è, infatti, titolato a ricevere direttamente una proporzione delle risorse sociali pari alla propria contribuzione. Il contributo è quasi ovunque let-

La salute delle donne

è minacciata da molteplici fattori che influiscono negativamente su di essa, inoltre, le donne risultano ancora oggi svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute. Questo il quadro emerso dal primo Libro bianco, realizzato da O.N.Da in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane nel 2007, che ha offerto una panoramica aggiornata della qualità dell'assistenza nel nostro Paese.

L'esperienza del Libro bianco ha quindi ispirato la realizzazione di un Libro verde, da cui è tratta questa sintesi, pubblicato con Franco Angeli, in collaborazione con Farmindustria, che raccoglie strategie, proposte e interventi concreti per contribuire a risolvere i problemi principali di salute della donna, suggerendo come migliorarla. L'intenzione di O.N.Da (www.ondaosservatorio.it), che studia le principali problematiche di salute femminile con l'obiettivo di promuovere la salute di genere, è di alternare ogni anno il Libro bianco e il Libro verde sulla salute della donna, per proporre un quadro sempre aggiornato e offrire proposte concrete. Le donne, doppiamente coinvolte quando si parla di salute (come pazienti e care-giver), vivono più a lungo degli uomini, ma vivono spesso peggio, si ammalano di più e sono poi curate con farmaci non testati specificatamente su di loro. Da qui l'importanza di promuovere una sempre maggiore attenzione, anche politica, sulla salute femminile e l'importanza di fornire strumenti utili e aggiornati.

to in termini di partecipazione alla "forza lavoro" pagata da terzi e, quindi, il lavoro delle donne nei confronti della famiglia e della società non viene economicamente valorizzato. Risulta evidente che, in una società che soprattutto tra le generazioni precedenti vede ancora il genere femminile molto poco o addirittura per nulla retribuito durante la vita lavorativa, le risorse

se contributive non possono che essere inadeguate a garantire standard accettabili (mezzi per il sostentamento quotidiano, possibilità di pagare un affitto, risorse utili all'assistenza ecc.) nella condizione della persona sola e spesso malata. I dati dimostrano come la condizione di solitudine degli anziani sia particolarmente frequente tra il genere femminile: a fronte di un 14% di ultra sessantacinquenni maschi che vivono da soli, si evidenzia il 37% tra le donne.

Proposte di intervento

È evidente che le persone anziane con disabilità rappresentano una popolazione largamente fruitrice di servizi socio-sanitari. D'altro canto la condizione stessa di disabilità non può precludere una vita sociale attiva che, più di altri interventi, potrebbe essere in grado di prolungare l'indipendenza del soggetto e diminuire il peso economico a carico del Servizio sanitario e migliorare contestualmente anche la qualità della vita.

A tal fine sembra utile:

- considerare attentamente la

Alcol

L'impatto dell'alcol sullo stato di salute della donna

Individuazione, descrizione e analisi del problema

Essere donna nel terzo millennio è vivere e sentirsi in maniera profondamente più complessa rispetto a ciò che le precedenti generazioni femminili hanno avuto modo di sperimentare nel corso della loro vita. se non per tutte, sicuramente per molte, gli stili di vita si sono drasticamente modificati parallelamente all'evoluzione del ruolo che la donna, a partire dagli anni Settanta, ha progressivamente acquisito in ambito familiare e sociale. Attraverso i cambiamenti si sono fatti strada anche comportamenti considerati, in precedenza, socialmente prerogativa del sesso maschile e giudicati "sconvenienti" per il sesso femminile come quello legato all'abitudine al bere.

Il consumo e, purtroppo, l'uso dannoso e a rischio di tutte le bevande alcoliche è un fenomeno approdato di recente nell'universo femminile. Cercare di far fronte alla necessità di garantire una sensibilizzazione, un'informazione indipendente, valida oggettiva ed esauriente che possa contribuire a rendere le donne di qualunque età maggiormente consapevoli, abili e capaci nel gestire l'uso di alcol e a diminuire l'esposizione incongrua agli effetti di inesperienza e disinformazione, è un fondamentale obiettivo della prevenzione e della promozione della salute che si estende anche a chi, accanto alle donne, vive negli ambiti familiari, lavorativi e sociali. È peraltro da sottolineare che il ruolo femminile legato alla maternità, alla cura e all'educazione dei figli, all'attività lavorativa e all'importante e specifico contributo che essa stessa fornisce alla società attraverso la sua identità di donna, di madre, di moglie e di lavoratrice rappresenta un punto centrale nelle iniziative di prevenzione nell'ambito della collettività, un reale investimento per la riduzione dell'impatto dell'alcol sull'intera società.



Francesca Merzagora

Presidente O.N. Da Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

"La salute è un microcosmo che va salvaguardato e protetto. Se il Libro bianco pubblicato lo scorso anno da O.N. Da è stata l'analisi attraverso una lente di ingrandimento, il Libro verde può essere considerato l'operatività, la partenza e la messa in azione, la speranza di piccole risoluzioni ai tanti problemi di salute femminile ancora presenti sul territorio. È la logica conseguenza di un percorso volto ad un miglioramento del sistema salute, inteso nella sua globalità. Il Libro verde si profila come una sorta di guida ad una migliore conoscenza della salute femminile. Da essa infatti deriva la consapevolezza che ogni problema al suo nascere può essere affrontato con maggiori possibilità di cura ed una ricaduta benefica sullo stato generale di salute. E questo è il nostro più grande obiettivo: una qualità di vita migliore anche nel difficile percorso della malattia."

Proposte di intervento

Gli interventi di ricerca-azione, di attuazione di *good practice* di rilevanza internazionale che è possibile proporre sono in linea con le priorità delineate dal Piano di Azione Europeo sull'Alcol dell'Oms, dalla Framework on Alcohol Policies for the European Region dell'Oms, dalla Strategia Comunitaria per il contrasto all'uso dannoso e rischioso di alcol, dalla Risoluzione del Parlamento Europeo del dicembre 2007, dal Piano Nazionale Alcol e Salute e dal Programma Governativo Guadagnare Salute e dalla stessa legge 125/2001.

Un programma specifico, coordinato di sensibilizzazione, informazione, prevenzione e promozione della salute può articolarsi attraverso:

- specifiche iniziative di comunicazione istituzionale sulle tematiche prioritarie di tutela della salute e della sicurezza relative ad alcol e minori, alcol e adolescenti, alcol e gravidanza, alcol e guida, alcol e lavoro, alcol e farmaci, alcol e violenza;
- azioni programmate e contestualizzate di supporto della comunità e di integrazione ideale e rispetto alle strategie di salute, di prevenzione e promozione della salute per condizioni o setting identificati come a maggior rischio (luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione giovanile, eventi musicali e sportivi ecc.) sui differenti target di popolazione femminile;
- un programma di formazione di valenza europeo (Ipb-Pheba) del personale socio-sanitario sull'intercettazione ed identificazione precoce dell'abuso alcolico proposto dal Progetto Obiettivo "Alcol e Donna" per lo svolgimento nel corso del triennio 2008-2011 attraverso l'expertise e la consulenza dell'Osservatorio Nazionale Alcol Cnesps ed il centro Oms per la Ricerca sull'Alcol dell'Istituto Superiore della Sanità (Iss), in coordinamento con i principali Ministero competenti unitamente alle principali Società scientifiche (come la Sia) e professionali, al privato sociale, alle associazioni di auto e mutuoaiuto, al volontariato e alla cittadinanza.

struttura della popolazione che insiste sui servizi socio-sanitari regionali e delle singole Asl. Dimensione e tipologia di questi dovrebbero dipendere in modo significativo dalla composizione per sesso ed età della popolazione;

- le valutazioni di entità e della ripartizione della spesa socio-sanitaria corrente andrebbero fatte alla luce dei differenziali delle strutture demografiche. Le disabilità e le malattie croniche aumentano con l'età e lo stesso mantenimento in buona salute o accettabile, comporta più frequenti ed estesi interventi di prevenzione che curativi e farmacologici;
- valutare l'utilizzo di correttivi alle pensioni di disabilità al fine di ridurre le disuguaglianze di genere specifiche;
- promuovere, anche attraverso il coinvolgimento della comunità un maggior accesso della donna anziana e disabile alla vita sociale;
- attivare programmi di promozione della salute per le donne anziane e con patologie croniche.

Fumo



Fumo e donne

Individuazione, descrizione e analisi del "problema"

Il tabagismo, prima dell'emancipazione femminile, era quasi esclusivamente una "cosa da uomini". Oggi, invece, si osserva un'inversione di tendenza e in alcuni Paesi, tra cui anche il nostro, i nuovi fumatori sono soprattutto giovani donne: il 30,3% di loro ha dichiarato di iniziare a fumare tra i 18 e i 20 anni, contro il 25,7% dei ragazzi e il 15% dopo i 20 anni rispetto al 6,9% degli uomini.

Negli ultimi 50 anni il numero delle fumatrici si è triplicato. Rispetto agli uomini, le donne che fumano sono in numero minore e le percentuali più elevate sono comprese nelle fasce d'età fra i 25 e i 54 anni. La media di sigarette giornaliere è aumentata progressivamente; le donne italiane fumano in media dalle 8 alle 15 sigarette al giorno, numero che varia notevolmente in base all'età e alla Regione di residenza. Inoltre il 7,8% delle donne intervistate, fuma dalle 15 alle 24 sigarette al giorno e l'1% più di 25 (Indagine Doxa 2007).

Le conseguenze del fumo nel sesso femminile sono molteplici. Esso rappresenta un importante fattore di rischio per il cancro ai polmoni, terza causa di morte in Italia dopo il tumore del seno e dell'intestino. Favorisce inoltre lo sviluppo del cancro all'utero perché il fumo inibisce le difese immunitarie e facilita la moltiplicazione di virus come il Papilloma Virus implicato nella genesi di questa patologia, il cancro alla laringe, alla vescica e ai reni, le patologie croniche polmonari (es. bronchite cronica) e quelle del sistema circolatorio. Secondo i dati diffusi dal ministero della Salute nel 2004, circa 3.500 morti per tumore polmonari sono attribuibili al fumo e 5-10.000 a malattie correlate. In aggiunta a questo, nonostante i danni da fumo in gravidanza e sul feto siano ormai ben noti, manca una reale consapevolezza da parte delle donne delle conseguenze negative che esso comporta, soprattutto in relazione alla fertilità e alla procreazione a causa di scompensi ormonali in particolare sulla produzione di estrogeni. Il fumo determina infatti nelle fumatrici:

- un rischio più alto di gravidanza extrauterina rispetto alle non fumatrici;
- la capacità di concepire più bassa rispetto alle non fumatrici;
- un aumento del rischio di morte in culla per le madri che hanno fumato durante la gravidanza (50-80%).
- un possibile rischio di morte improvvisa del bambino nell'utero materno;
- maggiore difficoltà di apprendimento a scuola dei figli con frequente tendenza a manifestare sintomi respiratori;
- un danno sul feto per alcune componenti delle sigarette, che attraverso la placenta, possono essere causa di malformazioni o di basso peso alla nascita;
- possibilità più elevate di parto prematuro o di aborto.

Fra i tanti effetti negativi del fumo sull'organismo della madre, va ricordato quello correlato all'allattamento: la nicotina modifica nella donna la risposta allo stimolo fornito dalla suzione del bambino, riducendo la produzione e l'emissione di latte. È inoltre possibile che le donne fumatrici vadano in menopausa più precocemente rispetto alle non fumatrici e, più in generale, che subiscano gli effetti della nicotina sull'equilibrio endocrino centrale, causa di alterazioni del ciclo ovarico. In Italia, è presente una normativa severa che si prefigge, quale obiettivo primario, la tutela della salute dei cittadini (legge sul divieto di fumo nei luoghi pubblici n.3 del 2003). È interessante osservare che la riduzione del numero di fumatori conseguente all'introduzione di tal divieto si sia verificata soprattutto fra gli uomini e nell'anno di applicazione della legge, mentre per le donne, al di là di una lieve riduzione delle fumatrici in età fertile, la prevalenza negli uomini si è mantenuta stabile. In particolare, è aumentato il numero di donne fumatrici in età compresa fra i 45 e i 54 anni, dimostratesi insensibili alla legge 3/2003.

Proposte di intervento

In questo contesto, per poter arrivare ad una riduzione dell'incidenza e della prevalenza dei fumatori e ad una diminuzione del-

le patologie legate al fumo, appare fondamentale la necessità di interventi promossi dal ministero della Salute e dalle strutture più vicine all'utenza, quali i distretti socio-sanitari, i consultori, i medici di medicina generale, i pediatri, gli istituti scolastici ecc. In tale ambito, si inserisce il programma sostenuto dal ministero della Salute "guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari", che prevede un intervento multisettoriale con azioni rivolte a favorire stili di vita salutari fra cui la riduzione non solo del fumo fra i fumatori, ma anche la prevenzione dell'iniziazione a tale abitudine. Fra i punti fondamentali del programma sono previste campagne educazionali rivolte alla popolazione generale mirate per età, sesso e contesti familiari e lavorativi, sviluppo di programmi rivolti alle scuole, interventi di regolamentazione della vendita del prodotto, di informazione ai consumatori, promozione di insegnamenti specifici sul tabagismo ai medici e al personale sanitario e delle associazioni di volontariato, potenziamento dei Centri antitabacco e sviluppo di iniziative per le mamme e in generale per le donne in età fertile e/o in gravidanza. Un altro programma "Mamme libere dal fumo", avviato nel luglio 2002 dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (Lilt) e dalla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, ha previsto l'offerta di un aiuto concreto ed efficace alle donne. La Lilt ha fornito i materiali necessari allo sviluppo del programma e ha garantito il supporto di volontari e professionisti, mentre i Collegi Provinciali delle Ostetriche si sono resi disponibili per facilitare i percorsi organizzativi, favorire la motivazione del personale ed identificare le mobilità di intervento locale più idonee, i Sistemi sanitari regionali e le Asl a sostenere l'attività informativa e a fornire personale per l'attuazione del counselling. Lo scopo del programma è coinvolgere progressivamente le ostetriche su tutto il territorio nazionale e raggiungere tutte le donne che si rivolgono all'assistenza ostetrica. In continuità con quanto svolto da tale strategia, nel 2007 il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), con il coordinamento del Veneto, ha consolidato la lotta al fumo tramite un programma nazionale di formazione del personale ostetrico delle aziende sanitarie atto a favorire e sviluppare azioni educative rivolte alle donne in età fertile ed in gravidanza. Obiettivo: ottenere che il 90% delle donne in gravidanza smetta di fumare e il 50% resti astinente ad un anno dall'intervento dal momento che spesso gravidanza e allattamento possono incentivare a interrompere o a contenere queste nocive dipendenze. La sfida per il futuro è, quindi, promuovere nelle donne il raggiungimento di emancipazione, autonomia e sicurezza, obiettivi che non hanno bisogno del fumo per affermarsi. Occorre pertanto continuare ad informare le donne sugli effetti del tabacco aumentando la loro consapevolezza sull'importanza di adottare stili di vita salutari.

Prevenzione dei tumori femminili

Screening

Esistono alcune patologie per le quali i programmi di screening organizzati, come interventi mirati di Sanità pubblica in ambito di prevenzione secondaria oncologica, si sono dimostrati particolarmente efficaci e per questo motivo diffusi in molte nazioni europee. È il caso della mammella, del cervicocarcinoma uterino che ne ribadiscono l'efficacia. Si tratta di un problema di Sanità pubblica rilevante. Il cancro della mammella è il più frequente tra quelli che colpiscono le donne europee ed ancora causa del maggior numero di decessi. I registri tumori evidenziano per l'Italia l'incidenza in crescita e la mortalità in calo.

Per quanto riguarda il collo dell'utero, in Europa nei 27 Stati membri si stimano 34.300 casi e 16.000 decessi per cervicocarcinoma uterino con riflessi non solo sanitari, ma anche sociali ed economici.

Evoluzione dei programmi di screening in Italia

In Italia gli screening organizzati si sono sviluppati soprattutto durante gli anni '90 svincolandosi progressivamente da iniziative sperimentali e connotandosi sempre più come interventi di Sanità pubblica istituzionalmente supportati. Si pensi, ad esempio, al contributo scientifico offerto dal Centro nazionale di controllo delle malattie (Ccm), dall'Osservatorio nazionale per gli screening (Ons) e dai gruppi interdisciplinari di operatori (Gisma, Gisci e Giscor) per lo sviluppo dei programmi che hanno avuto in molte regioni un impulso decisivo grazie a provvedimenti normativi.

L'impegno non è stato diretto soltanto allo stanziamento di fondi, ma anche al costante monitoraggio dell'evoluzione e attivazione dei programmi attraverso l'operato della Conferenza Stato-Regioni e del Ccm.

Va anche ricordato che nel 2006 il ministero della Salute, in collaborazione con l'Ons e la Lega Italiana tumori, ha pubblicato un opuscolo dal titolo "Raccomandazioni per l'implementazione dei programmi di screening", entrando nel merito delle caratteri-

stiche organizzative e valutative dei programmi.

Limitandoci agli screening per i tumori femminili, attualmente in Italia sono 123 i programmi attivi per il tumore della mammella e 122 per il cervicocarcinoma. Inoltre in tutte le regioni è attivo almeno un programma organizzato per lo screening mammografico. È verosimile che a breve ciò possa avvenire anche per lo screening per il collo dell'utero. Tuttavia l'attivazione di programmi non è necessariamente correlata alla capacità di invitare con regolarità biennale o triennale come previsto dalle raccomandazioni nazionali la popolazione obiettivo, e ciò è vero per i programmi giovani che hanno più difficoltà ad entrare "a regime".

Dati di attività dei programmi di screening

I dati di estensione e di partecipazione più recenti, ancorché preliminari sono disponibili fino all'anno 2006 sul Setto rapporto dell'Osservatorio nazionale screening. Ne risulta che il 78,2% delle donne italiane appartenenti alla popolazione obiettivo è inserita in un programma di screening mammografico (76,4% nel 2005); contro il 69% per lo screening per il cervicocarcinoma (66,7% nel 2005). Il confronto tra ripartizioni geografiche evidenzia già a questo livello discrete differenze geografiche. Sono in particolare le Regioni del Sud e le isole che si distanziano, anche se questo gap si va progressivamente riducendo.

Tuttavia non è sufficiente attivare un programma di screening in un territorio, occorre essere in grado di raggiungere e mantenere un livello di attività sufficiente tale da coprire tutta la popolazione obiettivo secondo la periodicità prevista.

Le aspettative per lo screening per il cervicocarcinoma riguardano un terzo delle donne dell'intera popolazione obiettivo, data la periodicità di ripetizione triennale del test. Nel 2006, in Italia, si sono sottoposte allo screening il 25,3% delle donne invitate e il 57,2% per la mammella.

Infine per il successo in termini di impatto sulla mortalità e sull'incidenza di un programma di screening occorre il

consenso e la partecipazione da parte della popolazione che ha raggiunto il 56,6% (adesione grezza anno 2006) per il tumore della mammella e il 38,5 per il cervicocarcinoma uterino con differenze di tipo geografico.

Infezioni da Human papillomavirus (Hpv) e tumore della cervice

Individuazione, descrizione e analisi del problema

Human papillomavirus (Hpv) è un virus a Dna appartenente alla famiglia dei Papovavirus, di cui si conoscono più di 120 diversi genotipi, 40 dei quali associati ad infezioni dell'apparato genitale.

L'Hpv è considerato l'agente eziologico responsabile delle più comuni infezioni sessualmente trasmesse e si stima che oltre il 75% delle donne sessualmente attive contragga un'infezione da hpv nella propria vita. La prevalenza di infezioni genitali da Hpv nella popolazione femminile mondiale varia dal 2% al 44% con un picco tra le giovani donne sessualmente attive di età inferiore a 25 anni. La prevalenza decresce nella fascia d'età compresa tra 35 e 54 anni, anche se studi recenti hanno evidenziato un secondo picco in donne in età peri/postmenopausale. In Usa il 74% delle infezioni si manifesta in donne di età compresa tra i 15 e 24 anni.

Nella maggior parte dei casi (70-90%) l'infezione è autolimitante e transitoria, ma nei restanti casi essa può evolvere in infezione persistente e, in base al tipo di virus infettante, progredire in lesioni a carattere benigno o precancerose e cancerose. In base al potere oncogeno potenziale i diversi tipi di Hpv vengono convenzionalmente classificati in due grandi gruppi: a basso e ad alto rischio. Questi ultimi sono la causa necessaria per lo sviluppo del cervicocarcinoma, primo tumore totalmente riconducibile ad un'infezione secondo l'Organizzazione mondiale della sanità.

L'Hpv Dna è presente, infatti, nel 99,7% degli strisci cervicali, confermando la relazione fra infezione da Hpv e cancro della cervice uterina. Il cancro della cervice uterina rappresenta, a livello mondiale, il secondo tumore in ordine di frequenza ed il più comune nei Paesi in via di sviluppo.

Proposte di intervento

Al fine di ridurre l'incidenza dell'infezione da Hpv e delle patologie ad essa correlate, il Ministero della salute ha promosso una campagna di vacci-

nazione che si affianca all'assodato programma di screening del tumore della cervice uterina condotto nelle donne dai 25 ai 64 anni con il Pap test triennale.

Il vaccino va somministrato per via intramuscolare in tre dosi al tempo 0, 1 e 6 mesi.

Il Consiglio superiore della sanità ha identificato la fase pre-adolescenziale (9-12 anni) come il periodo più idoneo per ottenere i migliori risultati dalla vaccinazione in termine di prevenzione delle infezioni da Hpv. La scelta del 12° anno di età è correlata a motivi tecnici perché l'adolescente, plausibilmente, non ha iniziato la propria attività sessuale, scientifici per una migliore risposta immunitaria e organizzativi per una maggiore facilità a reperire la popolazione obiettivo attraverso la scuola, a recuperare le dosi mancanti del ciclo vaccinale ed eseguire il "catch up" nel proseguimento degli studi, ad affiancare la vaccinazione alle altre previste dal calendario nazionale e l'influenza dei genitori nelle scelte.

È allo studio l'estensione della vaccinazione ad una seconda coorte di donne di 25 o 26 anni di età, in concomitanza con la chiamata attiva per l'esecuzione dello screening. Infine, qualora le risorse disponibili lo consentissero, la strategia vaccinale potrebbe essere estesa a un terza coorte, da individuare in un'età compresa tra 13 e 26 anni.

Nel gennaio 2007, l'allora ministro della Salute, Livia Turco, raccomandava la vaccinazione gratuita di tutte le dodicenni a livello regionale e a seguito della pubblicazione del decreto di autorizzazione dell'immissione in commercio del vaccino, la campagna vaccinale è partita il 1° gennaio 2008.

I vaccini sono somministrati gratuitamente dalle Asl, ma sono disponibili a pagamento in farmacia, previa indicazione e prescrizione del medico. Il vaccino affianca, ma non sostituisce lo screening periodico della cervice uterina raccomandato per le donne di età compresa tra i 24 e i 64 anni, perché protegge dalle lesioni causate solo da alcuni genotipi di Hpv oncogeni.

Alla fine dell'anno 2007, solo la Basilicata e la Val d'Aosta avevano iniziato l'offerta vaccinale che dal mese di marzo 2008, sta estendendosi uniformemente in tutto il territorio italiano.

Tutte le Regioni prevedono l'offerta gratuita per le dodicenni e il copayment per coloro che non sono raggiunte dall'offerta gratuita. Il vaccino è stato inserito nella fascia H del prontuario farmaceutico nazionale.

Malattie cardiovascolari

Incidenza, prevalenza e prevenzione

Individuazione, descrizione ed analisi del "problema"

La principale causa di morte per le donne, anche in Italia, è costituita dalle malattie del sistema circolatorio, pari al 46,8% di tutte le cause di morte nel 2002. Una percentuale significativamente superiore alla proporzione di decessi causati da tumori (24,8%). Nell'ambito delle diverse malattie del sistema circolatorio, quelle cardiovascolari di origine arteriosclerotica (Cvd), in particolare le malattie ischemiche del cuore e l'ictus sono le più comuni.

Fino ai primi anni '90, condizioni socio-economiche, abitudini alimentari, stili di vita, clima, tradizioni, situazioni genetiche erano in grado di spiegare le grandi differenze tra Nord e Sud. La riduzione di queste patologie è oggi attribuibile al miglioramento delle terapie in fase acuta dell'infarto del miocardio, al miglior controllo farmacologico della pressione arteriosa e della colesterolemia e a stili di vita più corretti (meno abitudine al fumo di sigarette, alimentazione più sana) seppur si registri un aumento dell'obesità e del diabete nella popolazione generale. Le patologie cerebrovascolari, sia in termini fatali che non fatali, aumentano gradualmente con l'avanzare dell'età, mentre il rapporto fra eventi non fatali e fatali diminuisce. Gli eventi cerebrovascolari si registrano maggiormente nelle donne che negli uomini.

Proposte di intervento

Le malattie cardiovascolari (Mcv) sono fra le più studiate dal punto di vista epidemiologico. Fumo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, obesità, diabete sono i maggiori fattori di rischio, tuttavia reversibili: il numero egli eventidiminuisce in relazione alla riduzione dei rischi e al loro controllo nel corso della vita.

I fattori di rischio tradizionali per Cvd – età, storia familiare, tabagismo, ipertensione arteriosa, dislipidemia e diabete – sono comuni ad entrambi i sessi. A questi, per la donna, vanno a sommarsi fattori ormonali rendere più composta e differenziata la valutazione del profilo di rischio Cvd rispetto agli uomini.

Il tabagismo è un fattore di rischio indipendente per Cvd in entrambi i sessi. Tuttavia, mentre tale abitudine è in progressivo declino negli uomini, è in

continuo aumento nelle donne, specie tra le più giovani. Inoltre, il rischio Cvd è legato al fumo viene aumentato dall'uso di contraccettivi orali, soprattutto nelle donne con età >354 anni.

L'ipertensione arteriosa costituisce un importante fattore rischio Cvd per entrambi i sessi. L'obesità, particolarmente presente nelle popolazioni femminili occidentali, è un fenomeno in aumento specie nelle donne in post-menopausa. Fondamentale in questo contesto è il ruolo dell'esercizio fisico nel ridurre il rischio.

La prevalenza elevata di condizioni di rischio nelle donne in menopausa rende necessari indicatori di salute (morbosità, letalità, prevalenza di condizioni



Walter Ricciardi

Direttore Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni Italiane, Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

"L'anno scorso abbiamo documentato con il Libro bianco le condizioni di salute delle donne in Italia evidenziando l'esistenza di alcune gravi problematiche. L'apprendere che in alcune zone del Paese la morte per parto non era un'evenienza rara, che il taglio cesareo veniva utilizzato in maniera inappropriata e che la violenza sulle donne era un fenomeno diffusissimo ed in crescente aumento e che sulle donne italiane veniva costantemente caricata la soma del lavoro di assistenza a familiari e parenti fragili, ci aveva impressionato. Siamo ora passati al Libro verde. Gli argomenti su cui abbiamo concentrato la nostra attenzione sono: l'invecchiamento, le connesse condizioni di solitudine e disabilità, i fattori di rischio come il fumo, l'alcol e i disturbi alimentari, la prevenzione nei confronti delle patologie oncologiche ed il problema dell'aumento dell'incidenza delle malattie cardiovascolari, il tema dei parti cesarei e quello della salute mentale."

a rischio) utili per implementare azioni di prevenzione primaria e secondaria e a identificare condizioni che migliorino la qualità di vita anche in età avanzata. Le donne ultrasessantenni, periodo di maggiore vulnerabilità, costituiscono una quota considerevole della popolazione generale. Prioritario è lo sviluppo di strategie di prevenzione primaria e secondaria nelle fasce di età giovane, adulta e più avanzata utili a garantire un'adeguata qualità di vita a tutte le età. Studi di prevenzione primaria hanno dimostrato, infatti, che modificazioni dello stile di vita (sana alimentazione, regolare attività fisica e l'abolizione dell'abitudine al fumo di sigaretta) cominciate in giovane età apportano beneficio anche in età avanzata.

Nel 2001, Nanette Wenger, insieme studiosa della patologie cardiovascolari nelle donne, definiva l'approccio alla salute delle donne a "bikini", per la grande attenzione riservata alle patologie della mammella e dell'apparato genitale, rispetto al resto delle patologie, tra cui le malattie cardiovascolari. L'alterata percezione delle Cvd nelle donne è ritenuta una delle cause maggiori di mortalità e morbosità nella popolazione femminile.

Salute mentale

Il disagio mentale: depressione, violenza, disturbi alimentari Depressione postpartum

Individuazione, descrizione e analisi del problema

La salute mentale è definita dall'Oms come: "...uno stato di benessere in cui gli individui realizzano le proprie capacità, gestiscono le normali complessità della vita, lavorano produttivamente e con successo e sono in grado di fornire un contributo alla Comunità...".

La salute e la patologia mentale sono determinate da multiple interazioni sociali e numerosi fattori biologici e psico-sociali e, come avviene per la maggior parte delle altre patologie, il rischio di infermità mentale è associato a indicatori di povertà, bassa scolarità ed esclusione sociale. La patologia mentale, come risultato dell'isolamento sociale è stata spesso associata ad un aumento della probabilità di patologie cardiache, complicazioni durante la gravidanza, suicidio e alterazioni del sistema immunitario.

di sviluppare una sindrome depressiva nel corso della vita;

- malgrado il più alto tasso, la patologia è diagnosticata più raramente nelle donne rispetto agli uomini.

Nell'età adulta la prevalenza di depressione e ansia risulta decisamente più elevata nel genere femminile e, negli ultimi anni, si denota anche un aumento nell'utilizzo di sostanze psico-attive e di problemi mentali ad essa correlati. Ad oggi le ragioni del divario sono imputabili a differenze sociali piuttosto che biologiche: l'Oms ha concettualizzato il genere come "un potente determinante strutturale della salute mentale che interagisce con altri determinanti strutturali quali l'età, la struttura della famiglia, il livello educativo, il lavoro, il reddito, il supporto sociale e numerosi altri determinanti comportamentali".

persona che genera altre risorse. Il ruolo che "l'educazione" svolge nel migliorare la salute mentale va, infatti, ben oltre gli aspetti socio-economici che da essa possono derivare: anni di formazione rappresentano un accumulo di conoscenze, capacità, valori e comportamenti che spingono verso la ricerca della soluzione dei problemi, inclusi quelli relativi alla salute emozionale.

Violenza

Numerosi dati, seppur frammentari, indicano una forte associazione tra violenza e salute mentale. La depressione, l'ansia, la dipendenza da sostanze psicotrope e da farmaci ed il suicidio sono problemi spesso correlati alle violenze subite nel corso della vita da molte donne. Globalmente, la violenza sessuale fa parte del bagaglio di esperienze di un numero maggiore di donne che di uomini cui è riferibile la relazione tra abusi subiti nell'adolescenza e problemi mentali dell'età adulta. È stato stimato dall'Oms che almeno il 20% delle donne subisce violenza nel corso della vita. Ancora oggi alcune culture – e talvolta Governi – ritengono la violenza sulla donna (in particolar modo la violenza domestica) un problema sociale "minore", quando in realtà la violenza sulla donna rappresenta una reale minaccia allo sviluppo sociale ed economico. Spesso è intimamente associata a situazioni sociali complesse ma, più frequentemente di quanto rilevato, nessuna classe sociale ne è immune. La violenza sessuale e quella emozionale restano sottostimate malgrado il notevole impatto sulla salute mentale.

Disturbi alimentari

Nel periodo adolescenziale il genere femminile ha un maggior rischio di soffrire di disturbi legati alla bassa stima di sé e del proprio corpo. Molte ricerche hanno evidenziato un'associazione tra comportamenti lesivi che nascono dalla mancata accettazione di sé e disordini psicologici. Entrambi i generi possono sperimentare disordini alimentari (anoressia, bulimia), ma quello femminile più spesso associa ad essi comportamenti ossessivi, pensieri suicidi e distruttivi, sensi di colpa e utilizzo di sostanze.

Depressione post-partum

Il parto è tra le cause di disagio mentale nel genere femminile. La depressione post-partum si registra nel 10-15% dei casi con episodi depressivi di durata non trascurabile (3-9 mesi). I sintomi della depressione post-partum sono spesso tenuti nascosti per motivi di vergogna e disistima, ma se trascurati o sot-

La più alta vulnerabilità alla patologia mentale nelle comunità più svantaggiate è spiegabile da alcuni fattori: tra questi il continuo misurarsi con l'insicurezza, i rapidi mutamenti sociali e la paura conseguente a violenze subite o minacciate.

Il genere femminile è propriamente interessato da questo fenomeno: in qualunque classe sociale la pressione per il genere femminile è più elevata e diventa fattore determinante, quale modificatore di effetto, in situazioni particolarmente a rischio.

Depressione

Numerosi studi indicano la salute mentale come elemento di attenzione per il genere femminile, laddove essa rappresenti un elemento significativo di indagine e di intervento per la sanità pubblica.

La depressione, ad esempio che è destinata a diventare la seconda causa di patologia entro il 2020, prevalente tra le donne, è molto spesso accompagnata, nella nostra società, da altri sintomi come l'ansia e la depressione post-partum.

Numerosi dati confermano la gravità del fenomeno:

- il genere femminile presenta una probabilità più alta del 25% di quello maschile

Sinteticamente, quindi, la maggior prevalenza di disagio mentale nel genere femminile può essere attribuito a:

- una posizione sociale ed economica più bassa all'interno di ogni società;
- una frequente divisione di ruoli all'interno dell'ambito familiare e lavorativo e le conseguenti aspettative più basse della donna in termini di responsabilità e potere. I fattori socio economici (stipendi più bassi, lavoro part-time o interinale, disoccupazione), così come il ruolo di *caregiver* all'interno della famiglia (malati cronici, anziani, ecc.) sono responsabili di un aumento della vulnerabilità alla depressione;
- il ruolo di madre non adeguatamente supportato (conflitti coniugali, assenza di persone di supporto, abusi sui bambini);
- il rapporto non adeguato alle problematiche di genere con il personale sanitario;
- la diversa ricerca di aiuto e cura.

È ormai dimostrato, inoltre, che alti livelli di scolarità sono associati ad una più bassa frequenza di depressione. L'educazione gioca un ruolo critico nel benessere in quanto risorsa "di per sé" e parte integrante della

tovalutati, possono avere effetti negativi su tutta la famiglia, condizionando il corretto sviluppo di una buona relazione madre-bambino. Negli ultimi anni sono divenuti prioritari problemi derivati dalla cura continua di neonati ad alto rischio: la tecnologia consente in molti casi la sopravvivenza di bambini nati molto prematuri con gravi problemi di salute che non si esauriscono con la dimissione del bambino, ma possono perdurare per lunghi anni se non per l'intero corso della vita (problemi di linguaggio, difficoltà di apprendimento, disturbi sociali ed emozionali, cecità, ritardo mentale o altre gravi patologie). Spesso la cura di questi bambini è lasciata alla sola madre che, oltre ai problemi di salute del bambino e all'ansia legata alle problematiche future, si trova a dover affrontare la modificazione delle relazioni all'interno della famiglia ed eventuali problemi in ambito lavorativo. I dati italiani relativi alla salute mentale non consentono un'analisi approfondita del fenomeno: essendo ancora poco sviluppati i flussi informativi standardizzati che rivelano la frequenza della patologia mentale. Il tasso più elevato di suicidi si riscontra quasi ovunque nella fascia d'età ultra 75 anni, a dimostrazione di un particolare disagio della donna anziana. Inoltre, in letteratura si evidenzia come il suicidio non sia un buon indicatore del disagio laddove, più spesso che quello maschile, il genere femminile esprime la difficoltà attraverso tentativi di suicidio non rilevati dai flussi informativi correnti.

Proposte di intervento

- Lo sviluppo di politiche per la salute mentale non dovrebbe essere reso inefficace dalla diffusa stigmatizzazione verso tali problemi di salute. I diritti umani devono essere protetti e la responsabilizzazione delle persone affette e delle loro famiglie, dei *caregiver* e delle associazioni di volontariato cruciale, senza i quali ogni politica rischia di essere fallimentare.
- Le politiche e i programmi per la salute mentale dovrebbe incorporare elementi di comprensione delle problematiche specifiche di genere in ogni diverso contesto locale ed essere sviluppate consultando donne e uomini provenienti dalla comunità interessata e dalle famiglie utilizzatrici dei servizi.
- È auspicabile un approccio di sanità pubblica al fine di migliorare la prevenzione primaria e individuare i fattori di rischio, molti dei quali possono essere generici-specifici. Laddove la discriminazione di genere, la violenza o gli stereotipi legati al genere sottostanno almeno in parte al disagio, devono essere sviluppate e promosse specifiche politiche, programmi e interventi.

Gravidanza e maternità

Parti cesarei Individuazione, descrizione ed analisi del "problema"

Il numero dei tagli cesarei (Tc) sul totale dei parti ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi ad alto e medio reddito. La proporzione italiana (pari al 38% nel 2004) è da anni la più elevata a livello europeo (media europea: 23,7%) e tra le maggiori a livello mondiale. La proporzione media di tagli cesarei eseguiti nel mondo è del 15% (stima dell'Oms), con un minimo dello 0,4% in Ciad ad un massimo del 40,5% in Cina.

La variabilità delle proporzioni osservate nelle varie Regioni, il continuo aumento nella maggior parte dei paesi industrializzati, le conseguenze sconosciute di tale incremento, la mancanza di evidenze scientifiche circa i vantaggi del Tc rispetto al parto naturale in assenza di indicazioni cliniche specifiche, fanno del parto cesareo, da ormai 30 anni, un argomento di grande interesse e preoccupazione, sia per la ricerca che per la sanità pubblica.

La prima raccomandazione ufficiale sulla percentuale appropriata di Tc, formulata nel 1985 a seguito di una consensus conference organizzata dall'Oms, stabiliva la proporzione ideale di Tc al 15% valore oltre al quale non ne avrebbe beneficiato né la salute della madre né del neonato. La proporzione di Tc corrispondente alla qualità ottimale delle cure non è nota, ma si ritiene che, in situazioni di sovra-utilizzazione, valori più bassi rappresentino una migliore qualità dell'assistenza, in ter-

mini di appropriato uso della procedura stessa. Da un recente studio condotto da ricercatori dell'Oms è emerso come, nei paesi a bassa mortalità, ovvero i paesi più industrializzati dove si eseguono anche più Tc, oltre il 15% i rischi per la salute riproduttiva superino i benefici, contrariamente a quanto accade nei paesi ad alta mortalità, ovvero i paesi in via di sviluppo e in cui le proporzioni di Tc sono basse (<15%). Esiste un'associazione inversa: a proporzioni più basse di Tc corrispondono più elevati livelli di mortalità materna, infantile e neonatale. È, infatti, indiscutibile che in determinate circostanze cliniche il parto cesareo rappresenta un intervento efficace e appropriato per la madre e/o il neonato.

Accanto a indicazioni assolute e relative, in letteratura si segnalano la coesistenza di altri determinanti "non clinici": il contesto sociale, culturale e sanitario, le conoscenze e le attitudini dei professionisti e le diverse aspettative e preferenze della madre. Per ridurre le proporzioni di Tc in Italia, il Piano sanitario nazionale 2006-2008 stabilisce "il valore del 20% in linea con quelli medi europei, attraverso la definizione di Linee guida nazionali per una corretta indicazione al parto per taglio cesareo e l'attivazione di idonee politiche tariffarie per scoraggiarne il ricorso improprio".

Nel 2004 tutte le Regioni italiane hanno registrato proporzioni superiori al valore di riferimento del 20%. L'andamento delle proporzioni di Tc, in Italia, è influenzato da un conti-



nuo aumento di questo intervento a livello nazionale, dalla grande variabilità interregionale e dal forte gradiente Nord-Sud.

Proposte di intervento

Posto che le Linee guida (Lg) cliniche di buona qualità rappresentano lo strumento più appropriato per ridurre la proporzione di Tc, è tuttavia necessario definire fin da subito le migliori strategie che ne garantiscano una corretta implementazione. Una meta-analisi ha individuato in strategie di audit e feed-back (ovvero la messa a disposizione dei professionisti di informazioni relative alle loro performance cliniche) e inter-

venti compositi (ovvero due o più interventi tra le attività di audit e feed-back, incontri di formazione, visite di educatori, distribuzione di materiale informativo ecc.)

Gli interventi più efficaci per ridurre le proporzioni di Tc.

Oltre a questi interventi, in letteratura, emerge l'importanza di fornire alle madri informazioni sul taglio cesareo, basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, la tecnica chirurgica, i rischi e i benefici e le implicazioni per le gravidanze successive quanto più possibili corrette e complete per una maggiore consapevolezza della donna ed il recupero del suo ruolo attivo nella gestione dell'evento nascita.

Il ruolo sociale

Care giving Individuazione, descrizione ed analisi del "problema"

La donna rappresenta colei che si occupa della salute primaria dei membri della propria famiglia. Bambini, coniugi, anziani e disabili. Il ruolo informale di *caregiver* non è in nessun modo regolato o economicamente supportato e spesso si sovrappone alla normale attività quotidiana e lavorativa del soggetto. I mutamenti demografici in atto nella nostra popolazione sembrano peggiorare un quadro già particolarmente complesso: aumenta il numero di donne lavoratrici, aumenta l'età media della maternità, ma anche il numero di donne sole e senza figli. È quindi possibile prevedere che nei prossimi anni molte donne si dovranno prendere cura contemporaneamente di figli in giovane età e di genitori anziani mentre, più a lungo termine, ci si potrebbe trovare di fronte ad una popolazione per lo più priva di aiuti

famigliari. Inoltre, mentre il *care giver* di sesso maschile sembra utilizzare maggiormente per le persone a carico i servizi di aiuto socio-sanitario (cure domiciliari, infermiere, badanti e strutture residenziali), la donna tende a sottoutilizzarli. Le ragioni possono essere molteplici: dalle maggiori difficoltà economiche dovute a lavori meno remunerativi, ad un livello culturalmente più basso che non consente la fruibilità di quanto può essere offerto dal sistema, ma anche alla pressione della società che vede nel genere femminile per sua natura, una maggior responsabilizzazione nella cura della famiglia. Sono molte le situazioni che vedono la donna costretta da un lato a mantenere un lavoro per necessità economiche, e dall'altro, a non potersi assumere appieno le responsabilità che questo lavoro richiede rendendo potenzialmente difficile una carriera soddisfacente.



Esiste ormai una considerevole evidenza che suggerisce come fornire supporto sociale e spesso emotivo, e/o il ruolo di *caregiver* all'interno della famiglia, influenzi lo stato e i comportamenti relativi alla salute e anche all'utilizzo dei servizi sanitari. Le *caregiver* sviluppano

depressione e ansia a causa dell'isolamento sociale, della solitudine e della modificazione delle relazioni relative e interpersonali con un peggioramento dello stato fisico di salute percepito. Inoltre uno studio condotto negli Usa ha dimostrato che tra i *caregiver*, soprat-

tutto più anziani, esiste un rischio di mortalità precoce maggiore che nei non esposti.

Proposte di intervento

L'uguaglianza delle donne e degli uomini è un diritto fondamentale per tutte e per tutti e rappresenta un valore determi-

nante per la democrazia.

Per essere compiuto pienamente il diritto non deve essere solo riconosciuto per legge, ma deve essere esercitato e riguardare tutti gli aspetti della vita: politico, economico, sociale e culturale. Il ruolo di *caregiver* del genere femminile è prassi consolidata che deriva da numerosi stereotipi presenti nella famiglia, nell'educazione, nella cultura, nei mezzi di comunicazione, nel mondo del lavoro e dell'organizzazione della società. Tutti ambiti nei quali è possibile agire adottando un approccio nuovo e operando cambiamenti strutturali:

- rafforzare il sistema delle cure palliative anche alla luce delle necessità di genere dei *caregiver*. Molti *caregiver*, infatti, sono di genere femminile, ma le politiche in merito spesso non tengono conto della necessità di genere specifiche al fine di fornire servizi utili e accettabili;
- promuovere e rafforzare servizi socio assistenziali di aiuto alle donne che si sono rese disponibili alla presa in carico di giovani e anziani disabili;
- promuovere politiche che, seppur in linea con l'attuale normativa sul lavoro, favoriscano la non discriminazione lavorativa delle donne, se *caregiver* di famigliari disabili conviventi;
- promuovere politiche lavorative che incentivino gli uomini a sostituirsi alla donna nel ruolo di *caregiver* di un familiare disabile a carico o, comunque, a condividerne la responsabilità;
- garantire che il personale coinvolto nell'erogazione dell'assistenza sociale e dei servizi sociali riconosca le modalità con cui il genere influisce su questi servizi e tenga conto dell'esperienza diversa che le donne e gli uomini hanno di questi servizi;

- fornire sostegno e promuovere opportunità per coloro (donne e uomini) che soffrono di isolamento sociale a causa dell'assistenza a un familiare ammalato;
- riconoscere il ruolo essenziale della buona qualità dei sistemi di assistenza all'infanzia, finanziariamente abbordabili, accessibili a tutti i genitori e alle altre persone che si occupano di bambini qualunque sia la loro situazione finanziaria, nella promozione di una reale parità tra donne e uomini e nella loro esigenza di conciliare la vita professionale, pubblica e privata.

Donne e farmaci

Ricerca farmacologica di genere

Introduzione, definizione e scopi

Negli ultimi decenni si è sviluppata la medicina di genere volta ad indagare differenze e somiglianze biologiche e socio-culturali, a promuovere una ricerca in grado di coinvolgere anche l'orientamento sessuale, l'età, lo status socio-economico, l'etnicità e la disabilità e a migliorare la salute e i sistemi di cura. In tale ambito, la farmacologia di genere, è la branca della farmacologia che evidenzia e definisce differenze di efficacia e sicurezza dei farmaci in funzione del genere, includendo anche le differenze derivanti dalla complessità del ciclo riproduttivo della donna.

Pregiudizio di genere e sottorappresentazione nella sperimentazione

La pretesa neutralità di genere ha fatto sì che la ricerca farmacologica, preclinica e clinica, sia stata per lungo tempo caratterizzata da una scarsa rappresentazione delle donne negli studi sperimentali sui farmaci, dando luogo ad un pregiudizio, o bias, di genere, evidenziato per la prima volta negli anni '80. L'origine dello scarso arruolamento delle donne nelle sperimentazioni derivò, in parte, da esplicite indicazioni regolatorie volte ad escludere le donne potenzialmente fertili dalla partecipazione agli studi clinici, allo scopo di preservare la salute del nascituro.

Ad oggi, malgrado i dati e le analisi attestanti la sottorappresentazione delle donne nei trial sperimentali siano scarsi, si ritiene che negli ultimi anni si sia ridotto il divario di arruolamento nella fase III della ricerca, mentre nelle fasi I e II le donne rimangono ancora sottorappresentate. Di rado gli studi clinici sono disegnati in maniera da permettere un'analisi di genere e ancor più raramente considerano aspetti rilevanti del ciclo vitale femminile, quali le fasi mestruali, il concomitante uso di contraccettivi, la gravidanza, il puerperio, la meno-

pausa ed i relativi trattamenti farmacologici.

Il bias di genere, ancora oggi esistente nella ricerca farmacologica, trova le sue origini tanto in una non corretta metodologia della ricerca, quanto nel permanere di elementi che rendono difficile l'inclusione delle donne quali:

- fattori di tipo etico, suggeriti dal timore che le donne sottoposte a sperimentazione possano andare incontro a gravidanza, compromettendo la salute del feto o del nascituro a causa dell'eventuale insorgenza di effetti teratogeni;
- fattori di tipo economico, poichè la ricerca di genere sarebbe più complessa e più costosa a causa delle importanti e continue variazioni dei parametri fisiologici della donna, dovuti anche alle fluttuazioni ormonali, la cui complessità ciclica mal si adatterebbe ai modelli standard tradizionali degli studi sperimentali;
- fattori socio-culturali, rappresentati dalla resistenza delle donne a partecipare a studi clinic, generata, probabilmente, da difficoltà con-

se al loro ruolo nella società, quali il tempo richiesto per la partecipazione e una scarsa attenzione da parte dei reclutatori alle necessità pratiche e/o psicologiche femminili.

Come risultato, lo sviluppo dei farmaci, i modelli di malattia e i parametri fisiologici, sono stati per decenni costruiti sugli uomini, ma non solo, addirittura, in considerazione del fatto che la maggior parte dei principi attivi in sperimentazione non superano le prime fasi dello sviluppo di nuovi farmaci (fasi I, II), l'ancora attuale esclusione della donna proprio in queste fasi precoci della ricerca potrebbe, persino, aver limitato e ridotto l'identificazione di farmaci utilizzabili in maniera specifica per il genere femminile.

Proposte di intervento

Fin dal 1995, in seguito alla IV Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne svoltasi a Pechino, l'Unione europea ha assunto la prospettiva di integrazione della dimensione di genere (*Gender mainstreaming*) tra i principi guida delle politiche per il conseguimento degli

obiettivi comunitari di crescita, occupazione, coesione sociale e sviluppo sostenibile, sollecitando in particolare i governi al coordinamento di politiche e azioni intersettoriali per la promozione della salute che tengano conto dell'approccio di genere.

Anche il documento "Gender and Health" in una delle sue raccomandazioni, ha formulato "la necessità di sviluppare la medicina di genere per ottimizzare le terapie e la prevenzione rispetto al target femminile, laddove è sempre più evidente un comportamento differente rispetto al target maschile.

Le strategie qui proposte ribadiscono, quindi, le raccomandazioni e gli obiettivi formulati a livello intergovernativo (Oms, Ue) e nazionale (Tavolo della salute della donna, Commissione, Rapporto nazionale salute della donna 2008) orientati allo sviluppo di una cultura di sensibilità rispetto al genere che sia capace di percepire le differenze, le problematiche e le uguaglianze di genere e di incorporare tutto ciò all'interno di strategie e azioni nazionali scientifiche e regolatorie.

Raccomandazione OMS

raccolta di dati di genere-specifici per il monitoraggio e l'analisi dell'incidenza e della prevalenza di genere nella sorveglianza epidemiologica e nella ricerca sperimentale che tengano conto anche degli indicatori di posizione sociale.

Proposta di intervento 1

raccolta di dati genere-specifici del consumo e della spesa di farmaci nell'assistenza territoriale ed ospedaliera.

Proposta di intervento 2

analisi e valutazione delle differenze di genere nelle reazioni avverse, sia segnalate spontaneamente attraverso la rete Nazionale di farmacovigilanza sia attraverso la promozione di studi osservazionali.

Proposta di intervento 3

valutazione puntuale e dimensionamento della rappresentazione delle donne nelle sperimentazioni cliniche, attraverso analisi e studi retrospettivi dell'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica e dei dossier di valutazione delle nuove entità chimiche registrate in Italia nel periodo 2004-2007.

Raccomandazione OMS

creare un sistema di ricerca focalizzato sulla costruzione di sistemi di misurazione che tengano conto della molteplicità delle variabili, includendo l'analisi di genere in tutti i campi della ricerca.

Proposta di intervento 4

messa a punto di modelli sperimentali preclinici e clinici per lo studio della farmacologia di genere integrando studi di farmacocinetica (biodisponibilità, distribuzione, metabolismo ed escrezione) e farmacodinamica con quelli di cronobiologia, farmacogenetica e farmacogenomica, correlati alle varie fasi d'età, ai diversi studi ormonali e a periodi critici (allattamento, gravidanza, menopausa, ecc.).



Sergio Dompé
Presidente Farindustria

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna quest'anno mette a disposizione dei cittadini, nell'ambito della sua missione, il Libro Verde.

Un'iniziativa alla cui realizzazione Farindustria partecipa con orgoglio perché conferma ed amplia la preziosa attività svolta da O.N. Da nel sensibilizzare le Istituzioni e la società stessa sulle peculiarità del mondo femminile. Dal 1950 ad oggi la posizione sociale della donna è cambiata radicalmente; con passione e determinazione ha saputo conquistare ruoli sempre più importanti nella vita pubblica moltiplicando contemporaneamente l'impegno già intenso e quindi i motivi di stress. Si è modificata così la sua domanda di salute: patologie un tempo considerate solo maschili e nuove malattie sono comparse nell'emisfero rosa. Per dare una risposta alle nuove richieste è necessaria la collaborazione di tutta la filiera: Medici, Istituzioni, Imprese del farmaco e Centri di Ricerca attivi nell'informazione e formazione sulla salute, nelle politiche di sostegno per gli investimenti scientifici stabili e innovativi e in un ancora maggiore impegno nella Ricerca di genere. La farmaceutica, dal canto suo, è in prima linea per affrontare questa sfida, non solo perché caratterizzata da un'occupazione femminile più alta rispetto alla media dell'industria (più del 50% del personale impegnato nella Ricerca e Sviluppo è donna), ma anche perché le imprese considerano la Ricerca la chiave per trasformare le speranze di oggi nelle terapie reali di domani. Importante è, inoltre, diffondere ancora di più la cultura della prevenzione nella popolazione. Attraverso screening, esami e visite è spesso possibile "aggredire" e sconfiggere sul nascere le malattie con le terapie farmacologiche disponibili. Sono stati raggiunti notevoli traguardi anche con l'uso dei vaccini che sin dall'adolescenza proteggono la donna. Un successo per il Sistema Sanitario Nazionale che migliora la qualità della vita e si concretizza in un risparmio rilevante dei costi. Progresso scientifico ed educazione alla salute sono, quindi, le variabili strategiche per aumentare il benessere della società. In questo ambito bisogna valorizzare maggiormente il ruolo femminile. La Ricerca e la donna saranno sempre più protagoniste del nostro futuro.

Proposta di intervento 5

gruppi di lavoro nazionali per la stesura di Linee guida per la sperimentazione farmacologica di genere e per l'introduzione dell'analisi di genere ad alto livello di accuratezza per il miglioramento delle terapie, sia in termini di efficacia che di individuazione delle reazioni avverse.

Proposta di intervento 6

coinvolgimento dei Comitati Etici nella verifica del reclutamento, della rappresentazione della componente femminile e nella previsione nei protocolli di analisi e valutazione di efficacia e sicurezza della donna.

Raccomandazione OMS
formulare strategie nazionali per includere il genere nei programmi e nella ricerca nazionale e incoraggiare lo sviluppo di farmaci e di nuovi approcci terapeutici mirati favorendo la ricerca anche mediante l'uso di incentivi.

Proposta di intervento 7

stimolo alla ricerca di genere, sponsorizzata ed indipendente, per ottenere un numero crescente di studi sui farmaci in relazione alle diverse fasi del ciclo femminile con particolare attenzione all'uso concomitante di anticoncezionali orali e alla gravidanza.

Raccomandazione OMS
promuovere il progresso dell'equità di genere nel campo della salute affinché donne e uomini, bambine e bambini siano considerati nella politica, nella programmazione e nell'educazione di coloro che sono preposti alla cura; formare e informare sulla promozione del genere e della salute della donna; sostenere e promuovere la ricerca e la formazione di genere in tutte le sedi istituzionali nazionali ed internazionali.

Proposta di intervento 8

diffusione della cultura di genere sulle implicazioni delle differenze di genere nell'efficacia e sicurezza dei farmaci tramite programmi di alta formazione sulla specificità della salute della donna rivolti agli operatori sanitari per un uso più sicuro, razionale ed appropriato dei farmaci in un'ottica di genere.

Proposta di intervento 9

maggior informazione al cittadino tramite campagne di sensibilizzazione sulle differenze di genere nella salute e nella farmacologia, in particolare rivolte alla donna con riferimento alla gravidanza e al periodo post-menopausa.

Le illustrazioni dell'inserto Salute della Donna sono tratte da opere di Ingres, Lautrec, Magritte, Sasnal.



Conclusioni

Le analisi svolte e le proposte avanzate evidenziano che le donne nel nostro paese sono protagoniste contemporaneamente di due fenomeni:

– un aumento importante nell'aspettativa di vita che le pone ai primi posti al mondo per questo indicatore;

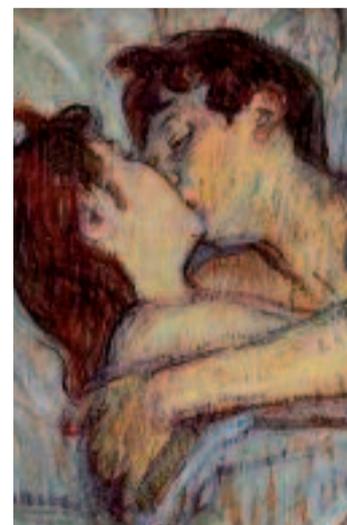
– un aumento altrettanto evidente dei fattori di rischio, delle condizioni patologiche e di disabilità che ne compromettono in maniera crescente la qualità della vita. Quest'ultimo aspetto non è però un fenomeno ineluttabile, ma un problema cui è possibile dare risposte concrete affrontandolo con azioni ed interventi da attivare tempestivamente che richiedono tuttavia sforzi congiunti di tipo multidisciplinare, multiprofessionale e multisettoriale. La salute delle donne è infatti il risultato di determinanti genetici, ambientali, sociali e sanitari strettamente correlati, spesso sovrapponibili l'uno con l'altro, ed è pertanto solo in presenza di una forte volontà politica sia a livello nazionale che, soprattutto, a livello regionale e locale che è possibile elaborare proposte e soluzioni efficaci.

Non vi è infatti dubbio che, ove le risposte siano legate alla capacità dei servizi sanitari e sociali di fornire un supporto forte alle scelte delle donne per quanto concerne l'adozione di stili di vita salutari, la prevenzione e la diagnosi precoce di patologie femminili, soprattutto cardiovascolari ed oncologiche, i diversi livelli di efficienza dei sistemi regionali giocano un ruolo decisivo nel favorire o meno le condizioni di salute delle donne italiane. Gli esempi degli screening oncologici sono, a questo proposito, illuminanti. Quando, come succede nel Centro-Nord, i programmi organizzati di prevenzione secondaria del cancro della mammella o della cervice uterina riescono a coprire fasce importanti di popolazione (in alcuni casi la quasi totalità delle donne in età a rischio), la mortalità per queste patologie subisce importanti riduzioni, anche in presenza di un numero elevato di nuovi casi per l'aumento dei fattori di rischio (fumo, cattiva alimentazione, sedentarietà, mancato allattamento al seno, alcol, ecc.).

Ove questi programmi non sono presenti, o sono attivati in modo inadeguato, la diagnosi avviene in fase più tardiva con prognosi spesso sfavorevole. Ci si ammala insomma di meno, ma si muore di più, e questo desta disapprovazione soprattutto se si pensa

che le risorse finanziarie, tecnologiche ed umane esistono anche nelle regioni meridionali del paese, ma troppo spesso, non sono adeguatamente organizzate ed utilizzate.

Anche l'analisi sulla disabilità evidenzia dati preoccupanti, soprattutto



tutto per il Sud. Se infatti il 4,8% della popolazione italiana risulta affetta da disabilità grave, la maggior parte dei disabili è costituita da donne anziane che vivono sole con una percezione del loro stato di salute molto negativa (il 56% dichiara di sentirsi male o molto male).

Vi è una maggiore presenza di disabili in Sicilia ed in Puglia, mentre le Province Autonome di Trento e Bolzano registrano il dato più basso: in genere i casi in cui il sistema non riesce a fornire assistenza adeguata (l'80% delle famiglie con persone disabili non è assistito dai servizi pubblici) a domicilio sono concentrati al Sud.

Così, in assenza di adeguati supporti, le famiglie sono costrette a far fronte, a proprie spese, alle necessità dovute alle problematiche connesse alla disabilità, pertanto, la metà di queste si dichiara insoddisfatta della propria condizione finanziaria.

Se la disabilità ha un impatto elevato sui bilanci familiari, pari ad un quinto dei consumi privati delle famiglie, il danno è subito dalle donne che ne sopportano il maggior carico il cui disagio è testimoniato da numerosi indicatori, sia diretti che indiretti.

È pronta l'Italia a dare risposte a questi problemi?

Il nostro è un Paese complesso, alle prese con difficili problemi di transizione demografica, epidemiologica, culturale, economica e sociale, comunque attivo e vitale nel cercare di affrontarli, anche se caratterizzato da una crescente eterogeneità nella razionalità e scientificità delle soluzioni proposte.

di Carmine Gigli
Presidente Fesmed

Per chi ha criticato la formulazione finale di quest'articolo, e anche per chi condurrà la trattativa integrativa Aziendale per conto della Fesmed, può essere utile conoscere la successione degli avvenimenti e la posizione assunta dalla Fesmed nel corso della trattativa.

La storia era iniziata ben prima dell'avvio della trattativa per il rinnovo del Ccnl. Nel dicembre 2007, l'articolo 3, comma n. 85, della Legge Finanziaria 2008 (1) varata dal Governo Prodi, aveva stabilito che "all'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66 (2) è aggiunto, in fine, il seguente comma: «6-bis. Le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori»". In pratica, la Legge Finanziaria 2008 aveva abrogato il diritto dei lavoratori del ruolo sanitario del Ssn ad usufruire di "11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore", rimandando la regolazione della materia ai Contratti di lavoro.

Le pressioni del mondo del lavoro ottennero soltanto di far rinviare di un anno l'entrata in vigore della norma. Il decreto "mille proroghe" (Legge n. 31/2008) (3) all'articolo 24-ter stabilì che "le disposizioni di cui al comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, introdotto dall'articolo 3, comma 85, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, si applicano a decorrere dal 1° gennaio 2009".

Limitandosi a rinviare solo di un anno l'abolizione del diritto ad usufruire di 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore, risultava chiaro che il Governo intendesse utilizzare questo diritto come merce di scambio nella trattativa per il Ccnl. Infatti, com'è stato appena detto, la legge finanziaria rimandava la regolamentazione della pausa alle "disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro".

Il modo con cui la parte pubblica intendesse regolamentare questa materia nel Ccnl risultò chiaro nel corso della trattativa per il rinnovo del Ccnl, quando la posizione dell'Aran si irrigidì su un enunciato ambiguo, nel quale si faceva riferimento al fat-

Ccnl 2006/2009: una chiave di lettura dell'articolo 7

"Disposizioni particolari in materia di riposo giornaliero"

Il Ccnl 2006-2009 del 17 ottobre 2008, con l'articolo 7, ha regolamentato il riposo dopo un turno di guardia notturna, collegandolo ai principi della gestione del rischio clinico, come la Fesmed ha sempre auspicato

to che il "riposo giornaliero di cui all'art. 7 del Dlgs n. 66 del 2003 va fruito dopo il servizio di guardia nelle ore notturne, mentre per i restanti casi viene stabilito in misura non inferiore a 7 ore". Quindi, l'Aran intendeva riconoscere il diritto al riposo dopo il servizio di guardia notturna ma, senza quantificarne esplicitamente la durata e ricollegandosi

ad una norma che la legge finanziaria aveva dichiarato non più applicabile al personale del ruolo sanitario del Ssn. Inoltre, compariva un nuovo riposo, "non inferiore a 7 ore", da usufruire dopo gli altri turni e che,

secondo la Fesmed, rappresentava un vero e proprio attentato all'istituto della libera professione dei medici del Ssn. Infatti, se la libera professione non

possa essere svolta. Probabilmente, secondo il governo e le regioni: mai!

Per la Fesmed questo articolo era inaccettabile ed anche per questo motivo, il 10 aprile si è arrivati alla rottura della trattativa. Dopo le elezioni di primavera il governo Berlusconi ha varato il Dl n. 112 del 25

giugno 2008 (decreto Brunetta), poi convertito nella legge 133 del 6 agosto 2008 (4) che ha modificato ancora una volta l'articolo 17 del Dlgs n. 66/2003, decretando, con effetto immediato (art. 41, comma

LA STORIA DELL'ARTICOLO 7 del Ccnl è stata alquanto travagliata, basti ricordare che proprio a causa dei contrasti legati ai contenuti di questo articolo si arrivò, lo scorso 10 aprile 2008, alla rottura della trattativa e, solo dopo il cambio di governo e l'autorizzazione del comitato di settore all'Aran, per una revisione dell'articolo, è stato possibile riprendere il negoziato e arrivare alla firma del Contratto di lavoro.

Ccnl 2006-2009 del 17 ottobre 2008

Art. 7 - Disposizioni particolari in materia di riposo giornaliero

1. Nel rispetto dei principi generali di sicurezza e salute dei dirigenti e al fine di preservare la continuità assistenziale, le aziende definiscono, in sede di contrattazione integrativa, ai sensi dell'art. 4, comma 4 del CCNL del 3 novembre 2005 (5), modalità di riposo nelle ventiquattro ore, atte a garantire idonee condizioni di lavoro ed il pieno recupero delle energie psicofisiche dei dirigenti, nonché prevenire il rischio clinico.

2. In tale ambito, al fine di conformare l'impegno di servizio al ruolo e alla funzione dirigenziale, la contrattazione dovrà prevedere, in particolare, dopo l'effettuazione del servizio di guardia notturna o della turnazione notturna, la fruizione immediata, in ambito diurno, di un adeguato periodo di riposo obbligatorio e continuativo, in misura tale da garantire l'effettiva interruzione tra la fine della prestazione lavorativa e l'inizio di

quella successiva.

3. Le misure previste dai commi precedenti garantiscono ai dirigenti una protezione appropriata evitando che, a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori, sia ridotta l'efficienza della prestazione professionale, aumentando il rischio di causare lesioni agli utenti o a loro stessi, ad altri lavoratori o di danneggiare la loro salute, a breve o a lungo termine.

4. La contrattazione si svolge nel rispetto della normativa vigente, tenuto conto delle linee di indirizzo emanate dalle Regioni ai sensi dell'art. 5, lett. k del presente CCNL.

5. Resta fermo quanto previsto per la programmazione e per la articolazione degli orari e dei turni di guardia dall'art. 14, commi 7 e 8, del CCNL 3.11.2005 (6) tenendo conto di quanto stabilito in materia di riposi giornalieri dal presente articolo.

6. È fatta salva l'attuale organizzazione del lavoro, purché non sia in contrasto con quanto stabilito nei precedenti commi, da verificarsi a livello aziendale dalle parti entro 90 giorni dalla stipula del presente Ccnl.

7), che "le disposizioni di cui agli articoli 7, 8, 12 e 13 possono essere derogate mediante contratti collettivi stipulati a livello nazionale con le organizzazioni sindacali". In pratica, in mancanza di una regolamentazione inserita nel Ccnl, risultava impossibile per i medici esigere il riposo dopo il servizio di guardia notturna, la cui concessione veniva lasciata alla discrezionalità dell'Azienda.

Il Ccnl 2006/2009

Questa situazione rendeva indispensabile l'inserimento nel Ccnl di una norma che regolamentasse la pausa dopo un turno di guardia notturna. Il Ccnl 2006-2009 del 17 ottobre 2008, con l'articolo 7 - Disposizioni particolari in materia di riposo giornaliero, ha sanato questa situazione, perché ha riempito il vuoto normativo e ha coinvolto nella trattativa le Aziende e soprattutto le Regioni, le quali avevano svolto il ruolo del "convitato di pietra" durante la trattativa. Inoltre, collega il riposo dopo un turno di guardia notturna ai principi della gestione del rischio clinico, come la Fesmed ha sempre auspicato, e aggiunge potere alla trattativa integrativa Aziendale che, altrimenti, in questo contratto sarebbe risultata ridimensionata per mancanza di istituti di rilievo da trattare. Per la sua formulazione l'articolo 7 del Ccnl 2006-2009 richiede che la trattativa integrativa Aziendale venga condotta con particolare attenzione da parte delle Organizzazioni sindacali firmatarie del contratto. Non è escluso che a livello di coordinamento Regionale e di trattativa Aziendale si possano incontrare delle difficoltà nella regolamentazione di un "adeguato" periodo di riposo, previsto dal comma 2 dell'articolo 7, il quale stabilisce che "... al fine di conformare l'impegno di servizio al ruolo e alla funzione dirigenziale, la contrattazione dovrà prevedere, in particolare, dopo l'effettuazione del servizio di guardia notturna o della turnazione notturna, la fruizione immediata, in ambito diurno, di un adeguato periodo di riposo obbligatorio e continuativo, in misura tale da garantire l'effettiva interruzione tra la fine della prestazione lavorativa e l'inizio di quella successiva".

La trattativa integrativa Aziendale

La trattativa integrativa Aziendale dovrà salvaguardare il diritto del medico ad un periodo

di riposo dopo il servizio di guardia notturna, la cui quantificazione, secondo la Fesmed, non deve essere necessariamente fissa e ricondotta alle 11 ore previste dalla normativa precedente. Perché, l'impegno richiesto dalla guardia notturna non è uguale per tutti i tipi di attività svolta (medica, chirurgica, ostetrica, etc.), può differire a seconda del tipo di presidio nel quale si esegue (ospedale zonale, di rete, di riferimento, di III livello, etc.) e, a parità delle condizioni precedenti, può registrare una variabilità nell'intensità di impegno che la rende differente da un giorno all'altro.

Questo deve portare a distinguere nel periodo di riposo da fruire dopo l'effettuazione del ser-

vizio di guardia notturna: una parte obbligatoria e continuativa (stimabile in 6-8 ore) e una parte da lasciare alla discrezione dello stesso medico (4-6 ore) durante la quale il medico può esercitare la libera professione o a sua discrezione effettuare la sostituzione di un collega per alcune ore, oppure svolgere un'altra attività. Il tutto per complessive 11-12 ore.

Questo modo flessibile di leggere il riposo dopo l'effettuazione del servizio di guardia notturna, secondo la Fesmed, è in linea con quanto prevede la stessa norma contrattuale, la quale fa esplicito riferimento al ruolo e alla funzione dirigenziale. Non dobbiamo dimenticare che il ruolo del dirigente prevede compiti di coordinamento e

controllo, anche sull'attività da lui stesso svolta, inoltre, il dirigente gode di autonomia decisionale e gli viene concessa discrezionalità nelle decisioni. Quindi, chi meglio di un dirigente può valutare se egli stesso è in grado o meno di svolgere una determinata attività. Negargli questo potere equivarrebbe riportarlo allo status di un impiegato.

In ogni caso, è necessario chiarire che l'Azienda non potrà programmare alcuna attività che coinvolga il medico per la durata di 11-12 ore successive all'effettuazione del servizio di guardia notturna e che ogni tipo di attività potrà essere svolta solo se decisa autonomamente dallo stesso dirigente medico e dopo un periodo di riposo ob-

bligatorio, finalizzato alla salvaguardia della sua salute ed alla protezione degli utenti. Tale periodo, come ho accennato in precedenza, potrebbe essere quantificato dalla trattativa integrativa aziendale, nella durata di 6-8 ore.

La posizione della Fesmed

In conclusione, relativamente alla regolamentazione dell'articolo 7 del Ccnl 2006-2008, la posizione della Fesmed nella trattativa integrativa sarà orientata alla ricerca di un accordo che non preveda degli automatismi, in tema di durata del riposo, ma regoli la materia in maniera flessibile e riconosca il ruolo dirigenziale del medico, anche nell'autovalutazione delle sue energie psicofisiche.

Note

1. Legge 24 Dicembre 2007, n. 244 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008). (G.U. n. 300 del 28-12-2007 - Suppl. Ordinario n.285)
2. Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n.66. Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro. Gazzetta Ufficiale - Supplemento Ordinario n.87 del 14 aprile 2003
3. Legge 28 febbraio 2008, n. 31 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni urgenti in materia finanziaria" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 51 del 29 febbraio 2008 - Supplemento ordinario n. 47
4. Legge 6 agosto 2008, n. 133. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria. Gazzetta Ufficiale n. 195 del 21-8-2008 - Suppl. Ordinario n. 196
5. CCNL del 3 novembre 2005. art. 4 Contrattazione collettiva integrativa, comma 4
4. Fermi restando i principi di comportamento delle parti indicati nell'art. 11 del CCNL 8 giugno 2000, sulle materie dalla lettera C alla lettera G, non direttamente implicanti l'erogazione di risorse destinate al trattamento economico, decorsi trenta giorni dall'inizio delle trattative senza che sia raggiunto l'accordo tra le parti, queste riassumono le rispettive prerogative e libertà di iniziativa e di decisione. D'intesa tra le parti, il termine citato è prorogabile di altri trenta giorni.
6. CCNL 3.11.2005. dall'art. 14, commi 7 e 8
7. La presenza del dirigente medico nei servizi ospedalieri delle aziende nonché in particolari servizi del territorio individuati in sede aziendale con le procedure di cui al comma 1, deve essere assicurata nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana mediante una opportuna programmazione ed una funzionale e preventiva articolazione degli orari e dei turni di guardia, ai sensi dell'art. 16. Con l'articolazione del normale orario di lavoro nell'arco delle dodici ore di servizio diurne, la presenza medica è destinata a far fronte alle esigenze ordinarie e di emergenza che avvengano nel medesimo periodo orario. L'azienda individua i servizi ove la presenza medica deve essere garantita attraverso una turnazione per la copertura dell'intero arco delle 24 ore.
8. La presenza del dirigente veterinario nei relativi servizi deve essere assicurata nell'arco delle dodici ore diurne feriali per sei giorni alla settimana mediante una opportuna programmazione ed una funzionale e preventiva articolazione degli orari, individuata in sede aziendale con le procedure di cui al comma 1. Con l'articolazione del normale orario di lavoro nell'arco delle dodici ore di servizio diurne la presenza medico veterinaria è destinata a far fronte alle esigenze ordinarie e di emergenza che avvengano nel medesimo periodo orario. Nelle ore notturne e nei giorni festivi le emergenze vengono assicurate mediante l'istituto della pronta disponibilità di cui all'art. 17 fatte salve altre eventuali necessità da individuare in sede aziendale con le procedure indicate nell'art. 6.

Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66

Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro

Art. 7 - Riposo giornaliero

1. Ferma restando la durata normale dell'orario settimanale, il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattrore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata.

Art. 8 - Pause

1. Qualora l'orario di lavoro giornaliero ecceda il limite di sei ore il lavoratore deve beneficiare di un intervallo per pausa, le cui modalità e la cui durata sono stabilite dai contratti collettivi di lavoro,

ai fini del recupero delle energie psico-fisiche e della eventuale consumazione del pasto anche al fine di attenuare il lavoro monotono e ripetitivo.

2. Nelle ipotesi di cui al comma 1, in difetto di disciplina collettiva che preveda un intervallo a qualsivoglia titolo attribuito, al lavoratore deve essere concessa una pausa, anche sul posto di lavoro, tra l'inizio e la fine di ogni periodo giornaliero di lavoro, di durata non inferiore a dieci minuti e la cui collocazione deve tener conto delle esigenze tecniche del processo lavorativo.

Art. 12 - Modalità di organizzazione del lavoro notturno e obblighi di comunicazione

1. L'introduzione del lavoro notturno deve essere preceduta, secondo i criteri e con le modalità previsti dai contratti collettivi, dalla consultazione delle rappresentanze sindacali in azienda, se costituite, aderenti alle organizzazioni firmatarie del contratto collettivo applicato dall'impresa. In mancanza, tale consultazione va effettuata con le organizzazioni territoriali dei lavoratori come sopra definite per il tramite dell'Associazione cui l'azienda aderisca o conferisca mandato. La consultazione va effettuata e conclusa entro un periodo di sette giorni.

Art. 13 - Durata del lavoro notturno

1. L'orario di lavoro dei lavoratori notturni non può superare le otto ore in media nelle ventiquattrore, salva l'individuazione da parte dei contratti collettivi, anche aziendali, di un periodo di riferimento più ampio sul quale calcolare come media il suddetto limite.

2. È affidata alla contrattazione collettiva l'eventuale definizione delle riduzioni dell'orario di lavoro o dei trattamenti economici indennitari nei confronti dei lavoratori notturni. Sono fatte salve le disposizioni della contrattazione collettiva in materia di trattamenti economici e riduzioni di orario per i lavoratori notturni anche se non concesse a titolo specifico.

Legge 6 agosto 2008, n. 133

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria

Art. 41 - Modifiche alla disciplina in materia di orario di lavoro

1. All'articolo 1, comma 2, lettera e), n. 2, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66 dopo le parole «è considerato lavoratore notturno qualsiasi lavoratore che svolga», sono inserite le seguenti: «per almeno tre ore».

2. All'articolo 1, comma 2, lettera h), del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66 dopo le parole «passeggeri o merci», sono inserite le seguenti: «sia per conto proprio che per conto di terzi».

3. All'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66 dopo le parole «attività operative specificamente istituzionali», sono aggiunte le seguenti: «e agli addetti ai servizi di vigilanza privata».

4. All'articolo 7 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66 dopo le parole «frazionati durante la giornata», sono aggiunte le seguenti: «o da regimi di reperibilità».

5. All'articolo 9, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, dopo le parole «di cui all'ar-

ticolo 7.», sono aggiunte le parole «Il suddetto periodo di riposo consecutivo e' calcolato come media in un periodo non superiore a quattordici giorni».

6. La lettera a) dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66 è sostituita dalla seguente: «a) attività di lavoro a turni ogni volta che il lavoratore cambi turno o squadra e non possa usufruire, tra la fine del servizio di un turno o di una squadra e l'inizio del successivo, di periodi di riposo giornaliero o setti-

manale».

7. Il comma 1 dell'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66 e' sostituito dal seguente: «

1. Le disposizioni di cui agli articoli 7, 8, 12 e 13 possono essere derogate mediante contratti collettivi stipulati a livello nazionale con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative. Per il settore privato, in assenza di specifiche disposizioni nei contratti collettivi nazionali le deroghe possono essere stabilite nei contratti collettivi territoriali o aziendali stipulati con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale».



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

www.ginecologiaforense.it

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

I requisiti per la validità del consenso della paziente

L'attualità del consenso o del dissenso al trattamento medico



di Pier Francesco Tropea

È ormai di comune acquisizione che qualsiasi atto medico deve essere preceduto dal pieno consenso del paziente, espresso da quest'ultimo in piena e accertata libertà di pensiero e nelle forme ritenute valide dalla prassi corrente.

Vi è altresì accordo unanime nel considerare il consenso del malato quale presupposto di legittimità del trattamento medico, al punto che qualsiasi atto sanitario, ancorché seguito da un successo terapeutico, deve essere considerato arbitrario e illegittimo, se non corredato da un preventivo consenso del paziente. Volendo esprimersi in termini squisitamente giuridici, adoperati in molte pronunce della Corte di Cassazione negli ultimi anni, l'arbitrarietà dell'intervento medico praticato senza consenso non è riscattabile nemmeno dalla finalità terapeutica perseguita, la quale quindi non assume nella fattispecie un rilievo giuridico.

Sotto questo profilo è illuminante la sentenza pronunciata dalla Corte di Cassazione nel marzo 2006 (Sez. III Civ. n. 5444) laddove è scritto che "la correttezza o meno del trattamento non assume alcun rilievo ai fini della sussistenza dell'illecito per violazione del consenso informato, in quanto è del tutto indifferente ai fini della condotta omissiva

■ **Tra i requisiti del consenso, ritenuti indispensabili ai fini della sua validità, vi è quello dell'attualità. Questo elemento acquista una particolare rilevanza alla luce della consuetudine in molti ospedali di acquisire il consenso del paziente all'intervento al momento del ricovero, spesso alcuni giorni prima dell'intervento programmato**

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 condizioni di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni, con la conseguenza che, quindi, tale trattamento non può dirsi avvenuto previa prestazione di un valido consenso".

I requisiti del consenso

Esistono alcuni requisiti del consenso che vengono ritenuti indispensabili ai fini della sua validità. Pertanto il consenso deve essere personale, specifico, esplicito, libero, adeguato, revocabile e soprattutto attuale, quest'ultima condizione riferita al momento in cui viene raccolta la volontà del paziente in ordine al trattamento programmato. Su tale punto, strettamente connesso con la revocabilità del consenso, torneremo più avanti a commento di una recente sentenza della Corte Suprema.

La volontarietà del trattamento sanitario

È appena il caso di rammentare che la necessità dell'adesione

piena del paziente al trattamento terapeutico nasce dalla valorizzazione del dettato Costituzionale che all'art. 2 garantisce i diritti della persona, affermando all'art. 13 l'inviolabilità della libertà personale, mentre l'art. 32 della stessa Costituzione sancisce la volontarietà del trattamento sanitario. Quest'ultimo dato assume valore assoluto anche sul versante opposto rispetto al consenso, nel senso che il dissenso aperto del paziente nei confronti di qualsiasi programma terapeutico, in specie chirurgico, rappresenta, secondo gli orientamenti giurisprudenziali attuali, un ostacolo insormontabile all'attribuzione di qualsiasi iniziativa terapeutica del Medico.

Il divieto per il sanitario di praticare un intervento in presenza di dissenso del malato vige anche nei casi in cui il trattamento programmato costituisca una misura atta a evitare un rischio grave per la vita del paziente. È evidente che in tali evenienze deve essere dimostrato il pieno possesso delle facoltà mentali del soggetto che rifiuta di subire un intervento salvavita e la consapevolezza del paziente di correre, in assenza di un trattamento me-

dico adeguato, un rischio grave di vita, evitabile soltanto con un intervento medico attivo. È di qualche anno fa il caso, reso noto dai mass media nazionali, di un paziente diabetico il cui rifiuto (ritenuto perfettamente legittimo dalla Magistratura, opportunamente chiamata in causa dai medici), di sottoporsi a un intervento chirurgico decisivo per la vita del paziente, ha di fatto impedito l'attuazione del trattamento sanitario programmato, a ciò facendo seguito il decesso del paziente stesso. Dunque un pieno riconoscimento della validità del dissenso del paziente in relazione alle terapie mediche che egli debba ricevere, in precisa analogia con quanto prescritto per il consenso, propeudico all'atto medico. Peraltro, nell'ambito del dissenso come per il consenso, esistono alcuni criteri di valutazione che debbono essere tenuti presenti al fine di valutarne la rispettiva validità. Ci riferiamo qui all'attualità del consenso (o del dissenso) riferito alle circostanze di tempo e di luogo in cui la volontà del paziente di ricevere o di rifiutare una terapia si esprime al cospetto del medico che è chiamato a praticare il trattamento. Tale elemento acquista una particolare rilevanza, tenendo conto della frequente consuetudine riscontrabile in molti ospedali, di acquisire il consenso del paziente all'intervento al momento del ricovero del malato, in caso di stesura della cartella clinica, spesso alcuni giorni prima dell'intervento programmato, il che rende teoricamente possibile un ripensamento del paziente, con la conseguente eventualità di una revoca del consenso sottoscritto in precedenza.

Ne viene di conseguenza la necessità di richiedere l'assenso del malato al trattamento nell'imminenza dell'attuazione della terapia, soprattutto in caso di intervento chirurgico, in modo che il consenso (o il dissenso) del paziente rispettivo, tra i parametri previsti, anche quello dell'attualità.

Sotto questo profilo, di grande interesse appare una pronuncia della Corte di Cassazione (Sez. III Civ. n. 4211, febbraio 2007) concernente l'effettuazione di una trasfusione di sangue ad un paziente che in precedenza aveva espressamente rifiutato di sottoporsi a tale trattamento terapeutico. Pur considerando valida l'espressione del dissenso del paziente nei riguardi di una terapia, nel caso specifico una emotrasfusione, i giudici hanno ritenuto che i medici hanno operato legittimamente ricorrendo a tale presidio terapeutico necessario per salvare la vita del malato e ciò in quanto è da mettere in dubbio che il paziente, ove fosse stato consapevole della gravità delle sue condizioni e dell'imminente pericolo di vita, avrebbe ribadito il proprio dissenso già manifestato in precedenza.

In sostanza, secondo il giudizio della Suprema Corte, il dissenso

del malato nei confronti della trasfusione di sangue non doveva più essere considerato operante di fronte a un quadro clinico radicalmente mutato, tale da costituire un grave rischio per la sopravvivenza del paziente stesso. È da sottolineare che la sentenza in oggetto non pone in discussione la legittimità del malato, aderente ai Testimoni di Geova, di rifiutare la trasfusione di sangue, e ciò nell'ottica di una valorizzazione degli articoli 19 e 32 della Costituzione che sanciscono rispettivamente la libertà della fede religiosa e la volontarietà del trattamento sanitario che non può essere in nessun caso imposto al malato.

In analogia con quanto sopra detto, è da ricordare che anche la legge 145/01 concernente la "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina" stabilisce all'art. 9 che "i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione".

Tuttavia i medici, dopo aver interpellato la Procura della Repubblica, hanno nella fattispecie disatteso la volontà precedentemente manifestata dal paziente, in quanto l'aggravamento delle condizioni del malato rendeva inoperante il dissenso espresso in assenza di un reale pericolo di vita del paziente. Peraltro già il giudice di merito aveva ritenuto di affermare che il ricorso all'emotrasfusione, giudicato dai medici come dettato da uno stato di necessità, avrebbe consentito l'applicazione della scriminante prevista dall'art. 54 c.p. anche nel caso di un dissenso attuale del malato, il che avrebbe comportato in ogni caso l'esclusione dell'illiceità del comportamento dei sanitari incriminati. Peraltro, sulla base di quanto argomentato dalla Corte di Cassazione si evince l'importanza del criterio dell'attualità del consenso (o del dissenso) del paziente ai fini dell'attuabilità di qualsiasi trattamento sanitario.

In termini pratici, il consenso o il dissenso del malato debbono essere considerati revocabili in qualsiasi momento, soprattutto quando il mutamento di opinione del paziente è conseguente ad una evoluzione in senso positivo o negativo del quadro clinico. Per tal motivo, è indispensabile che il consenso del paziente possieda il carattere dell'attualità rispetto all'intervento sanitario programmato.

In quest'ultima proposizione è racchiusa una raccomandazione rivolta ai medici circa le modalità di acquisizione del consenso che deve essere raccolto in modo chiaro rispetto alla specificità e alla tipologia del trattamento e soprattutto espresso dal paziente nell'imminenza dell'intervento sanitario programmato.

Salute sessuale e riproduttiva

Un nuovo percorso che tenga conto delle differenze di genere

di Antonella Debora Turchetto
Ginecologa Psicoterapeuta, Consigliere Nazionale AGITE
Responsabile Gruppo di Progetto AGITE Adolescenza

■ Un percorso di assunzione delle proprie responsabilità da parte del maschio, all'interno della coppia, passa anche per l'accoglienza della tutela della salute del ragazzo in maniera concreta da parte delle strutture consultoriali



A più di 30 anni di distanza dalla sua legge istitutiva n. 405 del 1975, il Consultorio familiare non ha perso la sua forza di veicolo di crescita sociale e sanitaria della popolazione

Le istanze e le necessità della società che cambia sono state accolte e soddisfatte dalle strutture consultoriali anche grazie alla multiprofessionalità dell'equipe di operatori e alla conseguente particolare metodologia di lavoro che si è venuta sviluppando. Così è stato possibile diminuire il numero delle interruzioni di gravidanza, diffondendo la contraccezione, facendo fronte alle montanti esigenze delle popolazioni immigrate, aprendo un dialogo con gli adolescenti, entrando nelle scuole e offrendo servizi territoriali dedicati.

In questi ultimi anni, gli studi internazionali hanno evidenziato come sia difficile superare lo "zoccolo duro" della compliance contraccettiva senza la collaborazione dell'altra metà del cielo.

In Italia, già nel 1993, fu presentato al Congresso Sigia di Firenze, un progetto pilota attuato nell'Usls 12 Veneziana, centrato sul-

l'adolescente maschio che utilizzava, tra l'altro, uno strumento didattico specificamente proget-

tato e costruito per i ragazzi: l'Activity box "Spazio Maschio" (marchio registrato).

Premio Aogoi alla migliore ricerca sulla medicina di genere

Per dare risposte sempre più adeguate alle richieste di salute delle donne, Sigo, Aogoi e Agite ritengono sia necessario saper affrontare non solo le problematiche biologiche, ma anche sociali, culturali, ambientali, che sono poi i determinanti clinici di numero-

► Segue a pagina 25

Il senso di questo progetto, che nei fatti continua ad oggi ad essere la più efficace proposta operativa, sta nell'articolazione di un intero percorso strutturato tenendo conto delle differenze di genere. In particolare, il Consultorio Adolescenti evidenzia la sua attenzione verso la salute sessuale dei ragazzi, mostrando agli utenti maschi e agli alunni delle scuole un concretissimo box didattico, all'interno del quale, attività centrate sul "fare" strutturano un approccio didattico al maschile.

Il maschio migliora il suo apprendimento manipolando, toccando, attivandosi ed esperenziando in misura maggiore di quanto questa metodologia formativa favorisca l'apprendimento nelle ragazze. Ed ecco perché l'orchidometro, appeso discretamente all'interno del box, attira l'attenzione del ragazzo molto più del semplice poster illustrativo sul varicocele. Il pene di plastica su cui posizionare correttamente il preservativo "parla" in maniera indelebile anche al più distratto tredicenne.

Il percorso, attraverso il quale si può costruire una generazione di uomini attenti e collaboranti per la salute sessuale e riproduttiva della coppia, comincia molto presto con la discussione e rielaborazione delle differenze di genere all'interno della coppia genitoriale, in grado di trasmettere un nuovo modello di maschio, partner e padre ai propri figli.

Per gli insegnanti il processo è si-

► Segue a pagina 25

Per saperne di più

- Alexander E. "First coitus for adolescents: understanding why and when" J Am Board Pract 1997 Mar-Apr; 10 (2):96-103
- Benasayag M. Shmidy G. "L'epoca delle passioni tristi" Feltrinelli 2005
- Darroch J E "Male fertility control-Where are men?" Contraception. 2008 Oct;78(4 Suppl):S7-17
- Di Iorio C. "Social cognitive correlates of sexual experience and condom use among 13-through 15 years old adolescents" J Adolesc Health 2001 Sep 29(3): 208-16
- Dittus P J "Adolescents perceptions of maternal disapproval of sex :relationship to sexual outcomes" J adolesc Health 200 apr 26(4) :268-78
- Gebhardt W A "Need for intimacy in relationship and motives for sex as determinations of adolescent condom use" J adolesc health 2003 Sep 33(3):154-64
- Gottsegen E. "Impact of a sexual responsibility program on young males" Adolescence 2001 Fall 36 143 (427 - 33)
- Hirsch JS Pleasure, power, and inequality: incorporating sexuality into research on contraceptives J Ave use. Am J Public Health. 2008 Oct;98(10):1803-13
- Higgins J A Hirsch J S Pleasure Prophylaxis and procreation : a qualitative analysis of intermittent contraceptive use and unintended pregnancy "Perspect Sex Reprod Health. 2008 Sep;40(3):130-7
- Parkers A. "Do sexual health services encourage teenagers to use condoms? A longitudinal study." J Fam Plann Reprod Health Care. 2005 Oct;31(4):271-80.
- Pierre Adolescent males involved in pregnancy: associations of forced sexual contact and risk behaviours. J Adolesc Health 1998 Dec 23(6) 364-9
- Rickert VI. "Is lack of sexual assertiveness among adolescent and Young adult women a cause of concern?" Perspect Sex Reprod health 2002 Jul Aug 34 (4) 178-83
- Ringheim K. "Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men" Stud Fam Plann. 1993 Mar-Apr;24(2):87-99.
- Schuster M.A. "Impact of a high school condom availability program on sexual attitudes and behaviours" Fam Plann Perspect 1998 Mar Apr 30(2) :67-72,88(
- Stanisci A. " - Don Giovanni. Doppio Giallo" . A.Salani Ed., Parma, 1995
- Tanfer K, Cubbins LA, Billy JO Gender, race sexually transmitted disease incidence, class and self-reported. Fam Plann Perspect. 1995 Sep-Oct;27(5):196-202
- Turchetto A.D. et alii "Una bussola per gli adolescenti" Atti del Congresso Nazionale della Società Italiana ginecologia Infanzia e Adolescenza Firenze 24/27 febbraio 1993
- Turchetto A D et alii. L'Educazione Sessuale al Maschio. Rivista di Sessuologia 1994, 18 (4),335-339.
- Turchetto A D "I Mille Usi del Preservativo" in "La Coppia" a cura di Cociglio G. et alii Franco Angeli Milano 1999
- Turchetto A. D.: "My left testis". Rivista di sessuologia Num 17, Fasc. II aprile - giugno 1993.
- Turchetto A D et alii. I Maschi al Consultorio Adolescenti. Atti del IV Congresso della Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Firenze 24-27 febbraio 1993
- Turchetto A.D. Perelli C. Young males: a space for your own
- Adolescent Consultant Centre Marghera U.L.S.S. 12 Venezia
- Turchetto A.D. Lollo M.F. "Don Giovanni Smascherato" Contracezione Fertilità Sessualità: Vol.24,N.4, Luglio 1997
- Upadhyay U.D. "Do perceptions of friends' behaviour affect age at first sex?" J adolesc Health 2006 Oct 39 (4) 570 - 7
- Wood JL. Patterns of oral contraceptive pill taking and condom use among adolescent contraceptive pil users" J Adolesc Health 2006; Sep 39(3381-7)
- Wu FC Male contraception. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. 1996 Apr;10(1):1-23.

ATTIVITÀ EDITORIALE

In arrivo "AGITE Selection"

Una nuova produzione editoriale con un'attenzione specifica all'aggiornamento bibliografico per i ginecologi territoriali

Dopo il Bollettino dei Ginecologi e Ostetrici Medico Preventivi, organo ufficiale di Agite arrivato al numero 3, l'attiva partecipazione, insieme ai colleghi ospedalieri di Aogoi e ai medici di famiglia della Simg, a Contracezione Sessualità Salute Riproduttiva (con numeri monotematici che hanno trattato di contraccezione ormonale e oncologia, Ivg del primo trimestre, contraccezione d'emergenza e due numeri sull'adolescenza, ultimo numero in arrivo per la metà di dicembre), la collaborazione con GynecoAogoi (per il 10° numero

consecutivo), è di prossima uscita "AGITE Selection", una nuova produzione editoriale della nostra associazione che rivendica un'attenzione specifica all'aggiornamento bibliografico per i ginecologi territoriali. In realtà, in tale direzione, il primo obiettivo è richiedere e ottenere che uno degli indirizzi delle scuole di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia garantisca una formazione specifica per il ginecologo che opererà sul territorio, che ritrovi nello studio post-laurea, gli elementi scientifici

e culturali necessari per chi, oltre ad una spiccata perizia clinica o nella diagnostica strumentale ambulatoriale, deve sviluppare al meglio le sue capacità di relazione medico-paziente, saper provvedere alla emersione dei problemi (resistenze alla contraccezione, incontinenza urinaria e fecale, sessuologia, depressione post-partum, violenza sessuale, ecc.), saper interpretare la medicina di genere. Che conosca, oltre al concetto di empowerment, la stessa pratica del facilitare, da parte delle pazienti, l'adozione di comportamenti utili alla prevenzione o gestione dei problemi, sviluppare le capacità del ginecologo di lavorare in equipe multidisciplinari, prepararsi ad un ruolo dirigenziale

nelle strutture semplici o complesse del territorio. AGITE Selection, non può sostituire un indirizzo della scuola di specializzazione, ma può indicare una strada che valorizzi l'aspetto preventivo e/o lo sviluppo di progetti che favoriscano l'integrazione territorio-ospedale. Seguite questo progetto e aiutateci a mirare con sempre maggiore precisione verso le esigenze di aggiornamento. Per il momento l'intenzione principale è riportare sul territorio conoscenze bibliografiche provenienti da numerose riviste internazionali. Per ricevere a casa "AGITE Selection" basta essere iscritti ad Agite o inviare una pre-iscrizione on line, senza costi, sul sito www.agite.eu

**di Renato De Stefano*
Marika Bonifacio*, Roberto
Vigorito*, Giulia Fuschillo**,
Aniello Castellano*,
Rosa Cappelluccio*,
Arcangelo Colonna**, Mauro
Cirillo**, Pietro Iacobelli°**

L'endometriosi, definita come la presenza di ghiandole e stroma endometriale in sede extrauterina, rappresenta una diffusa condizione patologica la cui complessa eziopatogenesi rimane a tutt'oggi non ancora chiara e viene inquadrata come malattia cronica recidivante caratterizzata da un estremo polimorfismo clinico e da una varietà di localizzazioni anatomiche.

La malattia endometriosa può interessare infatti la pelvi, sede più frequente, vari segmenti intestinali, apparato urinario e più raramente pleura, polmoni, ombelico, retti dell'addome, siti di incisioni chirurgiche etc. La prevalenza di tale complessa patologia è stimata intorno al 10% delle donne in età riproduttiva (1) ed è spesso causa di infertilità e dolore pelvico. In realtà, in letteratura viene riportata un'ampia variabilità (20-90%) di prevalenza dell'endometriosi in donne con dolore pelvico e/o sterilità; tale discordanza può essere spiegata con l'eterogeneità della popolazione studiata e con l'impossibilità di diagnosticare la malattia nella popolazione generale, diagnosi effettuabile solo in corso di intervento chirurgico, laparoscopico o laparotomico.

I sintomi

Il corredo sintomatologico più comunemente riportato dalle pazienti affette da endometriosi comprende dismenorrea, astenia, sintomi intestinali, dispareunia, nausea, vomito ed emicrania durante il periodo mestruale (2). Generalmente, si definisce il dolore pelvico "acuto" quando ha una durata non superiore a 2 o 3 mesi e "cronico" quando persiste per più di 6 mesi; riconoscerne la causa, in entrambi i casi, può risultare estremamente difficile, potendo esso derivare da un numero elevato di disturbi di diversa origine ovvero ginecologici, riproduttivi, gastrointestinali, urinari, muscolo-scheletrici. Solo il dolore delle strutture cutanee e della fascia, dei muscoli o derivante dal peritoneo parietale ha una precisa localizzazione poiché tali aree sono riccamente innervate da nervi sensitivi; il dolore viscerale derivante da organi interni (utero, intestino, etc.), al contrario, ha una scarsa localizzazione: è profondo, diffuso e si accompagna a risposte algiche di riflessi autonomici, nausea, apprensione.

Dismenorrea e dolore pelvico

La dismenorrea, causa più frequente di dolore pelvico, si distingue in primaria, (dolore acuto al basso ventre durante i primi tre giorni del ciclo mestruale causato dalle normali contra-

Endometriosi: malattia sociale

Una struttura multidisciplinare per sconfiggere il dolore

L'esperienza dell'Ambulatorio "Endometriosi e Dolore pelvico cronico" presso l'Ospedale Buon Consiglio-Fatebenefratelli di Napoli



zioni uterine indotte dalle prostaglandine), e secondaria, dovuta a cause intrauterine o extra-uterine, quali endometriosi, PID (malattia infiammatoria pelvica), endometrite, gravidanza ectopica, cisti ovariche, fibromi uterini, tumore del collo dell'utero, prolasso genitale, patologie intestinali e del tratto urinario, aderenze, patologie muscolo-scheletriche.

Il dolore pelvico, in particolare cronico, presente nelle pazienti affette da endometriosi (3), incide negativamente sulla qualità di vita della donna, intesa come concetto multi-dimensionale che spazia dallo stato di salute generale a salute mentale, funzioni cognitive, stato emozionale, benessere soggettivo, soddisfazione di vita e supporto sociale (4). Esso influenza infatti negativamente la vita sociale, di coppia e lavorativa della donna; gli aspetti epidemiologici e di

politica economica (costi elevati sostenuti per le degenze ospedaliere, spesa per congedi lavorativi, stimata in Europa sui 30 miliardi di euro annui) hanno suscitato pertanto l'interesse della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, che nel 2005 ha effettuato un'indagine conoscitiva sul "fenomeno dell'endometriosi come malattia sociale", con documento conclusivo approvato nella seduta del 18 Gennaio 2006 (5, 6).

Identificare un percorso diagnostico-terapeutico

L'indagine ha messo in luce diverse problematiche inerenti la malattia endometriosa, considerata una patologia invalidante, complessa e di difficile approccio diagnostico-terapeutico, nonché di grande impatto socio-economico per gli elevati costi sanitari. Non esiste un Drg dedicato, il che rende difficoltosa

la conoscenza reale della patologia, probabilmente sottostimata. Sarebbe auspicabile, pertanto, identificare un percorso diagnostico-terapeutico basato su Evidence Base Medicine e follow-up delle pazienti, formare i sanitari, realizzare centri di riferimento e centri di eccellenza in ambito nazionale per il trattamento delle forme severe di endometriosi, realizzare un approccio di tipo multidisciplinare alla malattia stessa, favorire e incrementare la ricerca sulle cause, attivare Registri regionali e un Registro nazionale dedicato. La diagnostica della malattia endometriosa, cui segue conferma istologica dopo intervento chirurgico laparoscopico/laparotomico, si avvale innanzitutto di un esame pelvico accurato condotto in pazienti sintomatiche, focalizzando l'attenzione su mobilità di utero e annessi, eventuale presenza di utero fisso-retroverso o di masse annessiali, sofficià del fornice posteriore o degli annessi, eventuale palpabilità di noduli del setto retto-vaginale.

Il dosaggio plasmatico del Ca-125, sebbene possa essere aumentato nelle pazienti affette, se paragonato alla laparoscopia non ha nessun valore come strumento diagnostico (7). La diagnosi di endometriosi profonda (noduli infiltranti i legamenti utero-sacrali o il setto retto-vaginale) risulta comunque più complessa a meno che non siano evidenti lesioni nodulari affioranti in vagina o della cervice all'esame speculare. La diagnostica per immagini utilizzata successivamente al sospetto clinico prevede l'USG pelvica TA e TV, e, nel sospetto di stadio avanzato ovvero di endometriosi profonda, la RM e, secondo alcuni Autori, l'ecografia trans-rettale complementare all'USG pelvica trans-vaginale e la sonografia endoscopica rettale (RES). In particolare, l'USG TV viene considerata la tecnica di immagine di prima linea per la diagnosi di endometrioma, di endometriosi vescicale e rettale (quest'ulti-

ma limitata alla regione retrocervicale) e la RM risulterebbe più sensibile in caso di endometriosi dei legamenti utero-sacrali, intestinale e vaginale (8). Dati scarsi e discordanti sono riportati per la diagnostica dei noduli endometriosi del setto retto-vaginale, individuati come immagine a "margini stellati" e negativa al Color-Doppler all'USG TV o trans-rettale, anche se uno studio italiano condotto da Seracchioli (Bologna) su 381 pazienti nel periodo 2002-2005 ha riportato che l'accuratezza della metodica ecografica TV nella diagnosi di endometriosi profonda infiltrante il compartimento posteriore è direttamente proporzionale alle dimensioni del nodulo endometrioso. La causa del dolore pelvico cronico, nonostante gli strumenti diagnostici utilizzati, rimane comunque spesso non diagnosticata e tale mancata diagnosi talvolta aggrava la malattia endometriosa quando questa ne sia responsabile. In letteratura è documentato infatti un ritardo tra la comparsa dei primi sintomi e la diagnosi di endometriosi di circa 10 anni (9); si ricordi che il gold standard nella diagnostica della malattia è la laparoscopia, e che spesso la diagnosi viene effettuata casualmente in pazienti asintomatiche o paucisin-

UNA REALTÀ SOMMERSA

La malattia endometriosa è una patologia invalidante, complessa e di difficile approccio diagnostico-terapeutico, nonché di grande impatto socio-economico per gli elevati costi sanitari. La mancanza di un Drg dedicato rende difficile conoscere le reali dimensioni di questa diffusa condizione patologica, probabilmente sottostimata (10% delle donne in età riproduttiva).

La necessità di denunciare la disinformazione sull'endometriosi e di far capire che si tratta di una malattia spesso sottovalutata è stata più volte ribadita nel corso della sessione ad essa dedicata al congresso nazionale di Torino, dove la senatrice Laura Bianconi ha illustrato un disegno di legge per l'istituzione di un Registro nazionale endometriosi.

tomatiche con problemi di infertilità. Essendo poi l'endometriosi una patologia cronica con andamento progressivo, un ritardo nella diagnosi e nel conseguente eventuale trattamento chirurgico può determinare esiti spesso irreversibili fino alla sterilità.

Ambulatorio Endometriosi e Dolore pelvico: la nostra esperienza

Lo scopo del nostro studio è quello di promuovere attenzione medica e sensibilizzazione delle donne nei confronti di un sintomo comune che spesso non trova causa, ma che in gran parte dei casi è manifestazione della malattia endometriosa.

Nel periodo aprile-luglio 2008, con frequenza quindicinale, si sono recate presso l'ambulatorio di "Endometriosi e Dolore pelvico cronico"- Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Buon Consiglio-Fatebenefratelli di Napoli 40 pazienti di età compresa tra i 14 e i 55 anni che lamentavano dolore pelvico. L'organizzazione del nostro ambulatorio prevede tre accessi iniziali. Durante la prima visita si procede ad accurata anamnesi familiare e personale, con particolare attenzione allo studio del dolore pelvico per comprenderne le cause. L'anamnesi viene effettuata in maniera particolareggiata indagando su sintomi specifici e sulla loro ubicazione, sulla presenza di algie addominali, cicliche o meno, dismenorrea, dispareunia, dischizia, disuria, e riportando la storia mestruale, i metodi contraccettivi utilizzati, la terapia medica per il dolore eventualmente effettuata, l'anamnesi chirurgica, la presenza di eventuali malattie croniche extra-genitali. Per ognuno dei sintomi descritti, l'intensità del dolore viene ri-

portata da ogni paziente su una Scala Visuo-Analogica (VAS) ad 11 punti (0-10 cm), con 0 = assenza di dolore e 10 = massimo dolore immaginabile. Alle pazienti viene chiesto inoltre di compilare un diario quotidiano del dolore che sarà riconsegnato nel corso delle visite successive. Tutte le pazienti vengono poi sottoposte ad esame pelvico bimanuale, condotto secondo criteri di accuratezza e delicatezza allo scopo di consentire loro il massimo rilassamento muscolare. Nel caso in cui la paziente lamenti dischizia e/o ematochezia, l'esame rettale viene sempre effettuato dopo l'esame vaginale; qualora la secrezione vaginale sia superiore al normale vengono eseguiti tamponi vaginali per la ricerca di Chlamydia, Micoplasma etc. Vengono inoltre indagate le abitudini alimentari che, secondo alcuni Autori, sembrano avere un ruolo fondamentale nella patogenesi del dolore pelvico di origine endometriosa. Durante la seconda visita le pazienti effettuano una consulenza psicologica, tappa obbliga-

Spesso si giunge alla diagnosi dopo che la malattia ha mostrato uno dei suoi segni peggiori: l'infertilità

toria considerata l'importanza che i fattori psico-emozionali giocano nelle pazienti con dolore pelvico cronico e l'influenza che ne deriva sulla vita sociale, sessuale, familiare e lavorativa. La consulente psicologa indaga inoltre su eventuali storie di abuso sessuale o disturbi di salute mentale che possano essere riconducibili a cause di dolore pelvico cronico: secondo alcuni studi donne che hanno subito abusi sessuali o fisici durante

l'infanzia presentano quattro volte di più, rispetto alla popolazione normale, dolore pelvico, dispareunia e dolori a carico dell'apparato urinario e l'entità della sindrome dolorosa e l'estensione del dolore sembrano essere direttamente proporzionali alla gravità dell'abuso subito. Durante l'ultima visita la paziente si sottopone ad esame ecografico o ad altre consulenze specialistiche quando ritenute necessarie, e a dosaggio dei livelli ematici del Ca 125. Una volta formulata la diagnosi vengono programmate visite successive per la gestione terapeutica del caso.

I risultati del nostro studio

I risultati preliminari hanno mostrato in 9 delle 40 pazienti giunte alla nostra osservazione (22%) una conferma della diagnosi di malattia endometriosa effettuata presso altre strutture, con 4 delle 9 pazienti già sottoposte ad intervento chirurgico per malattia endometriosa e inquadrate pertanto come "recidiva endometriosa".

Delle restanti pazienti 10 lamentavano dolore pelvico ricollegabile a endometriosi, 8 a dismenorrea primaria, 2 a sindrome da congestione pelvica, 2 presentavano una malattia infiammatoria pelvica, 1 paziente presentava dolore pelvico ricollegabile a disturbo della somatizzazione, 1 paziente riferiva dolore pelvico da violenza sessuale casalinga, 3 pazienti lamentavano dolore da sindrome aderenziale, 2 pazienti lamentavano dolore pelvico indicativo della presenza di un problema muscolo-scheletrico, 2 pazienti con sintomi di pertinenza dell'apparato urinario presentavano una cistite interstiziale.

L'importanza di un approccio multidisciplinare

L'approccio al dolore pelvico presuppone l'esperienza di un centro dedicato in cui si operi in maniera multidisciplinare evitando di sottovalutare o trattare parzialmente le patologie che ne sono causa. La formazione specifica dei sanitari e la disponibilità di figure quali lo psicologo, l'anestesista esperto di terapia del dolore, il chirurgo, l'urologo etc. è necessaria per una corretta diagnosi e un valido trattamento. Quando il dolore pelvico si associa all'endometriosi è fondamentale un'attenta valutazione pre-operatoria della malattia, formulare una corretta stadiazione dopo l'intervento chirurgico istruendo la paziente stessa e discuterne della prognosi. È importante inoltre un attento follow-up sia per le pazienti sottoposte a trattamento chirurgico che per le pazienti che seguono esclusivamente una terapia medica.

È inoltre fondamentale, nella gestione della terapia medica, seguire linee guida attuali e standardizzate e riservare il trattamento più opportuno sulla base soprattutto delle esigenze della paziente (desiderio di prole o meno), in modo da focalizzare la condotta medica su controllo del dolore, controllo del tempo di recidiva e del tempo trascorso libero da sintomi, trattamento della sterilità/infertilità con eventuale ricorso a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita. La diffusione di strutture di tipo multidisciplinare dedicate alla malattia endometriosa e al dolore pelvico cronico risulterebbe, a nostro giudizio, di grande utilità sia per il ginecologo quanto per la paziente, sempre più informata ed atten-

Per saperne di più

1. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24 (2):235-58
2. Ballweg ML. Impact of endometriosis on women's health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004;18 (2):201-18
3. Ortiz DD. Chronic pelvic pain in women. *Am Fam Physician* 2008; 1;77(11):1535-42
4. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25 (2):123-33
5. Simoons S, Hummelshoj L, D'Hooghe T. Endometriosis: cost estimates and methodological perspective. *Hum Rep Update* 2007; 13 (4):395-404
6. Dodicesima Commissione Permanente (Igiene e Sanità) del Senato della Repubblica, Indagine Conoscitiva sul fenomeno dell'endometriosi come Malattia Sociale. Documento Conclusivo approvato nella seduta del 18 gennaio 2006
7. Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, Wiegerinck MA, Bongers MY, van der Veen F et al. The performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1998; 70(6):1101-8
8. Bazot M, Darai E. Non invasive approach to endometriosis. *World Meeting on Gynecological pelvic Pain and endometriosis* 2006
9. Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnosis delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynec Scand* 2003; 82:649-653
10. Mary Lou Ballweg & the Endometriosis Association, Deborah A. Metzger, M.D., Ph.D., Russell Jaffe, M.D., Endometriosis 2004

ta alla settorialità ed all'ultraspecializzazione delle branche mediche.

*Dirigente Medico I livello, "Ospedale Buon Consiglio"- Fatebenefratelli di Napoli
 **Seconda Università degli Studi di Napoli
 ° Consulente Psicologa, "Ospedale Buon Consiglio"- Fatebenefratelli di Napoli
 °° U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, "Ospedale Buon Consiglio"- Fatebenefratelli di Napoli

► **Segue da pagina 23**

Un nuovo percorso che tenga conto delle differenze di genere

mile, anche se naturalmente le valenze cognitive e gli strumenti di corretta informazione occupano più spazio (anche se mai la stessa importanza educativa). Per gli operatori del consultorio Adolescenti la mission deve essere enunciata con chiarezza e per questo va richiamato e descritto il logo del progetto: è la riproduzione (i cui diritti sono stati adeguatamente assicurati al progetto "Spazio Maschio") di una illustrazione di Ricci, dal libro di A. Stanisci "Don Giovanni: doppio giallo" in cui un piccolo don Giovannino si toglie la mascherina (una bauta veneziana in realtà) mentre un inquietante Don Giovanni adulto lo scruta severo, con la maschera ancora tenacemente adesa al viso. Un percorso di assunzione delle proprie responsabilità da parte del maschio, all'interno della coppia, passa anche per l'accoglienza della tutela della salute del ragazzo in maniera concreta da par-

te delle strutture consultoriali. Questo "aggancio" permette di aprire un canale di comunicazione che si rivelerà prezioso in tutti gli altri momenti della vita sessuale e riproduttiva del giovane uomo. Le persone che sono state accolte e soddisfatte dai servizi, al momento del primo contatto, sanno ritrovare la strada nel momento del bisogno e ricevono un imprinting per un futuro comportamento virtuoso. Anche dal punto di vista psicologico, l'esperienza dell'accoglienza costituisce una esperienza emotiva costruttiva e talora correttiva di antecedenti vissuti di deprivazione. Ottenere da questi cuccioli una collaborazione, per una buona adherence della coppia alla contraccezione con E/P e a una valida prevenzione delle Mst, comincia ad essere una impresa possibile. La nuova frontiera sarà esplorata dall'Agite al Congresso Sic-Smic di Modena 2009: facendo tesoro delle esperienze passate si apriranno possibilità future di nuovi e ben strutturati approcci centrati sull'adolescente maschio e la sua salute sessuale e riproduttiva.

► **Segue da pagina 23**

Premio Aogoi alla migliore ricerca sulla medicina di genere

se patologie femminili. Pertanto è diventato prioritario impostare la ricerca e la programmazione degli interventi sanitari in una prospettiva di "genere" che tenga conto sia dell'aspetto biologico sia sociale. Tale impegno va realizzato creando una rete tra ricercatori, medici, società scientifiche, associazioni e istituzioni, capace di integrare attori e competenze diverse in un approccio interdisciplinare.

A tal fine si è pensato di creare un data base in grado di raccogliere gli studi più significativi sulla medicina di genere realizzati in Italia sino ad oggi.

Si è deciso pertanto di assegnare una borsa di studio di € 2.000 alla migliore ricerca scientifica sulla medicina di genere, la cui consegna avrà luogo durante il Primo Congresso Nazionale Interdisciplinare di Medicina di Ge-

nere dal titolo: "Medicina di Genere: Differenze Biologiche, Ormonali e Determinanti Socio Economici", che si terrà a Napoli dal 21 al 23 gennaio 2010.

Possono partecipare al bando tutti i giovani, cittadini italiani, laureati e laureandi, nonché dottori e dottorandi, in tutte le materie attinenti la tematica della medicina di genere, con un lavoro realizzato negli ultimi tre anni.

I partecipanti dovranno inviare la domanda di partecipazione, corredata dai documenti richiesti, entro e non oltre il 30 novembre 2009, a:

Aogoi "Premio Medicina di Genere", Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano.

La domanda dovrà contenere: Nome, Cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, domicilio, recapito telefonico e indirizzo email

- Titolo della ricerca
- La dichiarazione di cessione dei diritti di autore, allo scopo di consentire l'eventuale pubblicazione dei lavori senza alcun onere e la liberatoria per il trattamento dei dati persona-

li ai sensi della legge sulla privacy

- Curriculum vitae
- Certificato di Laurea e specializzazione

Alla domanda dovrà essere allegata:

- Una copia della ricerca carattere Times New Roman 12 interlinea singola testo giustificato formato word (.doc) comprese tabelle figure (formato jpeg, tiff e bibliografia)
- Una sintesi in cinque copie di non più di tre cartelle dattiloscritte
- Un poster della ricerca 70 X 100 a colori
- Una copia della ricerca e della sintesi in formato elettronico (CD/DVD)

La documentazione non verrà restituita.

Il premio verrà assegnato a insindacabile giudizio di un comitato tecnico-scientifico istituito dagli Enti Organizzatori.

Il Bando di Concorso sarà consultabile sul sito: www.aogoi.it.

Francesca Fiorillo, Consigliere di Presidenza AGITE

Distocia delle spalle: approccio in tre passi

di Antonio Ragusa,
Ostetrico ginecologo
all'Ospedale di Niguarda, Milano

Recentemente sono stato coinvolto, come consulente "esperto", in alcuni procedimenti giudiziari che avevano come oggetto del contendere esiti neonatali sfavorevoli, generati dall'assistenza a parti afflitti dalla presenza della distocia delle spalle. Tale assistenza era inadeguata secondo l'accusa. Naturalmente io non sono esperto di distocia di spalla, nessuno lo è. Nella mia ventennale carriera di ostetrico ho assistito quattro parti affetti da tale patologia e tale esperienza non può certamente darmi la patente di esperto; chi tra i lettori si farebbe operare da un giovane assistente al suo quinto intervento, se costui non fosse guidato da un collega più esperto? Ma quando si è in presenza di distocia delle spalle è proprio questo il caso, si è sempre in presenza di un "giovane assistente" indipendentemente dalla sua età e entro certi limiti, dalla sua esperienza (1-2).

La distocia delle spalle è stata definita l'incubo degli ostetrici (3-4), infatti nella maggior parte dei casi è imprevedibile, imprevedibile e avviene subitaneamente in un momento, quello successivo alla fuoriuscita della testa fetale, in cui le tensioni dell'equipe che ha assistito al parto generalmente si allentano. Quando accade, chi si trova a fronteggiarla è quasi impossibilitato a ricevere aiuto, perché il deterioramento delle condizioni fetali è talmente rapido che circa la metà dei bambini muore entro 5 minuti dell'avvenuta diagnosi (5). Pertanto tutti coloro che assistono un parto dovrebbero essere in grado di eseguire le principali manovre atte a risolvere la distocia delle spalle, tuttavia particolarmente nel panorama ostetrico italiano, caratterizzato dalla dispersione dei centri di assistenza (molti punti nascita con pochi parti ciascuno) è impossibile crearsi e mantenersi capacità atte allo scopo. Esiste quindi l'inderogabile

La distocia delle spalle è un evento drammatico, imprevedibile, estremamente raro, seconda causa di contenzioso medico-legale in ostetricia e che, a differenza del più frequente disimpegno difficoltoso delle spalle, richiede l'esecuzione di alcune manovre ostetriche ben codificate per essere risolto in tempi molto brevi, pena il rischio di morte fetale intrapartum.

L'articolo di Antonio Ragusa, qui pubblicato, è tratto dai materiali del del Corso pratico-teorico su urgenze ed emergenze in sala parto promosso dall'Aogoi Lombardia, che si svolge con cadenza bimestra-

necessità di praticare le capacità necessarie all'assistenza utilizzando le tecniche di simulazione (6-7-8).

Nel tenere corsi sulle modalità di assistenza alle circostanze di

urgenza e di emergenza che si presentano in sala parto, utilizzando le tecniche di simulazione, mi sono reso conto della necessità di standardizzare e semplificare l'approccio clinico, ov-

le a Bergamo presso il Centro Congressi Giovanni XXIII.

Esso ha il merito di sintetizzare e illustrare in modo schematico la progressione logica degli interventi che l'ostetrico deve eseguire in rapida successione. Una flow chart con queste procedure, da affiggere in sala parto, sarebbe senz'altro di valido ausilio per i colleghi impegnati ad affrontare e risolvere questa complicanza, oltre a testimoniare la buona organizzazione esistente nel punto nascita.

Claudio Crescini

Segretario regionale Aogoi Lombardia

proposito ricordiamo che il cervello reagisce emozionalmente in pochi millesimi di secondo, mentre le risposte razionali si fanno attendere per il tempo di risoluzione che impiega la necessaria ampia integrazione delle funzioni cerebrali. Tale disparità nel tempo tra risposta emotiva e razionale, rende difficile il controllo cosciente delle forti emozioni, proprio perché il tempo della ragionevolezza è dotato di una risposta che richiede circa il doppio del tempo della risposta emotiva (9-10-11-12)

In particolare la distocia delle spalle ha un'etiologia sconosciuta nella gran maggioranza dei casi, inoltre la patogenesi è spesso inizialmente imprecisa, non riuscendo sempre l'operatore a discernere se si tratta di distocia da mancato impegno del diametro bisacromiale e se questa è alta (detta anche bilaterale) o bassa (unilaterale); o se si trova a fronteggiare una distocia da mancata rotazione interna delle spalle nello scavo pelvico. La diagnosi spesso può essere posta solo a posteriori, tuttavia il tempo è così ridotto, che l'ostetrico deve agire prima di aver compreso la patogenesi dell'evento.

PERCHÈ APPLICARE UNA TECNICA STANDARDIZZATA

Le tecniche per risolvere la distocia delle spalle sono numerose. Secondo Nocon (13) sono almeno 17 e risultano più o meno complesse d'applicare, tuttavia esse si basano tutte su tre concetti cardine:

- manovre atte a modificare il diametro anteroposteriore del bacino materno
 - manovre atte a spostare il diametro bisacromiale fetale verso il diametro obliquo del bacino materno, più lungo quindi più favorevole
 - manovre atte a sostituire il diametro bisacromiale fetale o ad aumentarne l'inclinazione.
- Data la rarità dell'evento, 1/2300 nati vivi in Gran Bretagna (14), non sembra per ora possibile effettuare studi clinici per individuare quale fra questi gruppi di manovre è più efficace e meno traumatico, tuttavia è ragionevole proporre una sequenza di manovre che abbia il requisito di cominciare dalle manovre più semplici e proseguire con quelle più complesse, inoltre sarebbe opportuno che questa sequenza utilizzi in successione tutte e tre le modalità di approccio alla distocia di spalla (a,b,c), in modo da aumentare le probabilità di riuscita indipendentemente dalla patogenesi (da mancato impegno o da mancata rotazione del diametro bisacromiale).



Per saperne di più

1. Sandmire HF, DeMott RK. Erb's palsy causation: a historical perspective. *Birth* 2003;29:52-4
2. Mocanu EV, Greene RA, Byrne BM, Turner MJ. Obstetric and neonatal outcome of babies weighing more than 4.5 kg: an analysis by parity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;92:229-33
3. Langer O, Berkus MD, Huff RW, et al. Shoulder dystocia: Should the fetus weighing > 4000 grams be delivered by cesarean section? *Am J Obstet Gynecol* 1991. 165: 831-837
4. Gherman, Robert B.; Chauhan, Suneet; Ouzounian, Joseph G.; Lerner, Henry; Gonik, Bernard; Goodwin, T. Murphy Shoulder dystocia: The unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:657-672
5. Focus Group Shoulder Dystocia. In: Confidential Enquiries into Stillbirths and Deaths in Infancy. Fifth Annual Report London: Maternal and Child Health Research Consortium;1998. p. 73-9
6. Jeanne-Marie Guise Anticipating and responding to obstetric emergencies <http://scienceserver.cilea.it/biblioteca.ospedaleniguarda.it/cgi-bin/sciserv.pl?collection=journals&journal=15216934>>Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology<<http://scienceserver.cilea.it/biblioteca.ospedaleniguarda.it/cgi-bin/sciserv.pl?collection=journals&journal=15216934&issue=v21i0004>>Vol: 21 Issue: 4, August, 2007 pp: 625-638
7. Deering S, Poggi S, Macedonia C, Gherman R, Satin AJ. Improving resident competency in the management of shoulder dystocia with simulation training. *Obstet Gynecol* 2004;103:1224-8
8. Crofts JF, Attalakos G, Read M, Sibanda T, Draycott TJ. Shoulder dystocia training using a new birth training mannequin. *BJOG* 2005;112:997-9
9. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to prevent them. *Acad Emerg Med*, Volume: 78, (2003), pp. 1-6
10. Croskerry P. Diagnostic Failure: A Cognitive and Affective Approach, (2005), Agency for Health Care Research and Quality, Rockville, MD. AHRQ Publication No. 050021
11. Graber ML. Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med*, Volume: 165, (2005), pp.

12. Redelmeier DA. The cognitive psychology of missed diagnoses. *Ann Intern Med*, Volume: 142, (2005), pp. 115-120
13. Nocon JJ. Shoulder dystocia: an analysis of risks and obstetrics maneuvers. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168,1732-39
14. Evans-Jones G, Kay SP, Weindling AM, Cranny G, Ward A, Bradshaw A, Hernon C. Congenital brachial plexus injury: incidence, causes and outcome in the UK and Republic of Ireland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88:F185-9
15. Anthony Noble Brachial plexus injuries and shoulder dystocia: Medico-legal commentary and implications *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, February 2005; 25(2): 105-107
16. Gherman RB, Goodwin TM, Ouzounian JG, Miller DA, Paul RH. Brachial plexus palsy associated with cesarean section: an in utero injury? *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1162-4
17. Stirrat G, Taylor R. Mechanisms of obstetric brachial plexus palsy: a critical analysis. *Clin Risk* 2002;8:218-22
18. Clements RV. Shoulder dystocia. In: Clements RV, editor. Risk Management and Litigation in Obstetrics and Gynaecology. London: RSM Press in association with RCOG Press 2001; p. 224-35
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Shoulder dystocia Guideline No. 42 December 2005 <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=1317>
20. Beall MH, Spong C.Y., Ross M.G., A randomized controlled trial of prophylactic maneuvers to reduce head-to-body delivery time in patients at risk for shoulder dystocia. *Obstet Gynecol*, Volume: 102, (2003), pp. 31-35
21. O'Leary JA, Pollack NB, McRoberts maneuvers for shoulder dystocia: a survey. *Int J Obstet Gynecol* 1991;35,129-31
22. <[L'applicazione di una tecnica standardizzata, fatta salve la necessità qualora l'operatore nel corso dell'assistenza si trovasse ad affrontare difficoltà o situazioni cliniche che richiedano utilizzo di manovre differenti, di utilizzarle liberamente e con ampia libertà di manovra e improvvisazione, forse avrebbe il vantaggio di semplificare le discussioni che avvengono in ambito medico/legale. L'operato dell'ostetrico deve infatti produrre una prestazione ottimale, secondo lo stato dell'arte e non necessariamente un risultato positivo. Egli deve essere giudicato per come ha operato e non per il risultato ottenuto. È stato infatti dimostrato che le forze del parto, per sé, possono produrre lesioni del plesso brachiale e che lesioni del plesso brachiale si possono avere dopo taglio cesareo \(15-16-17-18\). Qualora l'ostetrico operi secondo una progressione precisa e stabilita allo stato dell'arte, egli non può e non deve essere ritenuto responsabile del risultato non ottimale.](http://www.gruppocic.com/scheda_risultati_libri.php?AUTORE=1011__Pecorari%20D.>Pecorari D. Distocia delle spalle storia ed attualità, CIC Edizioni Internazionali, Roma 2006

</div>
<div data-bbox=)

Le prime cose da fare in caso di distocia delle spalle sono:

- Far cessare le spinte volontarie della partoriente
- Cessare subito le trazioni e le

Kristeller

- Chiamare aiuto
- Allertare pediatra e anestesista
- Svuotare la vescica
- Una persona deve annotare i tempi e i modi degli interventi
- Praticare o ampliare l'episiotomia, se non è stata eseguita e se la pressione sovrapubica e la manovra di Mc. Roberts non hanno avuto successo (19)
- Evidenze provenienti dagli studi su cadaveri suggeriscono che le trazioni in direzione diversa da quella assiale dovrebbero essere evitate nella gestione della distocia di spalla, specie se la testa è anche ruotata.

L'APPROCCIO IN TRE PASSI

Contemporaneamente ai provvedimenti di cui sopra, la tecnica qui proposta prevede di utilizzare l'approccio in tre passi:

1. applicazione combinata della manovra di McRoberts (A) e della pressione sovrapubica (B) -
 2. manovra di Rubin due (C) -
 3. manovra di Jacquemier (D).
- Il tempo necessario per l'applicazione di ogni singola manovra si aggira tra i 30 e i 60 secondi, in modo che applicare l'intera sequenza dei tre passi necessita di un tempo che oscilla tra i 90

e i 180 secondi. Dopo questo tempo, se la distocia delle spalle non è stata risolta, si propone l'utilizzo della manovra di Zavanelli seguita da taglio cesareo urgente. Alla luce di quest'ultima eventualità la sala operatoria deve essere preparata rapidamente, appena effettuata la diagnosi, senza aspettare il fallimento dell'approccio in tre passi. È noto che l'applicazione del primo passo risolve oltre la metà dei casi della distocia delle spalle (20). Sarebbe interessante sapere qual è la percentuale di risoluzione di distocia delle altre manovre, applicate in sequenza e nei tempi preordinati. Invito chiunque utilizzi questo approccio in tre passi, a inviarmi il risultato (con quale manovra e in quale tempo ha risolto la distocia e con quale esito neonatale). In questo modo sarà forse possibile raccogliere informazioni molto difficili da ottenere. La prima appendice a questo scritto è un algoritmo semplificato, che ha lo scopo di ricordare la sequenza delle singole manovre, tale algoritmo può essere affisso in sala parti. Si trova inoltre una seconda appendice, una scheda per raccogliere le informazioni essenziali in caso di assistenza al parto afflitto da distocia delle spalle. La scheda può tornare utile in caso di contenzioso e, se lo si ritiene opportuno, può essermi spedita (naturalmente con l'obbligo della massima riservatezza da parte mia) per la raccolta dati.

Descrizione delle singole manovre

A. Manovra di McRoberts: iperflessione delle cosce materne sull'addome, le ginocchia devono essere modicamente divaricate, ma i piedi non devono essere ruotati in fuori. (l'obiettivo è ruotare la sinfisi verso l'alto, appiattendolo la lordosi lombare ampliando così la capacità pelvica).

B. Pressione sovra pubica: secondo la tecnica di Mazzanti la pressione è esercitata in senso anteroposteriore sulla spalla anteriore, con il palmo della mano, allo scopo di favorirne lo scivolamento al di sotto della sinfisi pubica.

In alternativa si applica la tecnica di Rubin 1: l'assistente applica la pressione attraverso l'addome materno, lateralmente sulla spalla anteriore per spingerla verso un diametro obliquo del bacino, più lungo quindi più favorevole, non con la punta delle dita, ma sempre con il palmo della mano (21).

C. Manovra di Rubin due: la mano è inserita in vagina, la pressione digitale è applicata alla frazione posteriore (dorsale) della spalla più facilmente accessibile

(meglio la posteriore), spingendola verso il torace fetale. Ciò ruota le spalle in avanti nel diametro obliquo, più favorevole all'adduzione della spalla, inoltre riduce leggermente la lunghezza del diametro bisacromiale.

D. Manovra Jacquemier: l'obiettivo è abbassare il braccio posteriore del feto, portandolo all'esterno, sostituendo così il diametro bisacromiale con il diametro axilloacromiale, più corto di 2-3 cm. Il disimpegno del braccio posteriore determina una riduzione di circa il 20% nel diametro della spalla. Sono stati proposti l'approccio ventrale e quello dorsale.

Approccio ventrale: si usa la mano il cui palmo è rivolto verso il ventre fetale. La mano è spinta verso l'interno lungo la parete posteriore della vagina e dell'utero verso la spalla fetale. Si fanno scivolare le dita lungo l'omero fino alla piega del gomito. Se l'avambraccio è flessibile lo si afferra, se è esteso si preme nella piega del gomito (analogia con la manovra di Pinard) per determinarne la flessione: oppure l'avambraccio è preso con due dita atteggiate a stecca per estrarlo ventralmente.

Approccio dorsale: si usa la mano che, in atteggiamento intermedio, ha il palmo rivolto verso il dorso del feto. Superata la spalla si sale verso il gomito e si spinge l'avambraccio verso il piano ventrale del feto, indi si cambia la mano operatrice prendendo la mano fetale, ormai raggiungibile e la si porta all'esterno. Afferrare e tirare direttamente il braccio fetale, così come l'applicazione della pressione sulla zona mediana dell'omero dovrebbero essere evitati, perché così è più facile determinare una frattura ossea. Tuttavia se non si riesce ad applicare correttamente la tecnica sopradescritta possiamo fare nostra la frase di Beer, Mangiante e Pecorari "Ci sentiamo di affermare che il braccio va preso ed estratto come meglio si può." (22)

Manovra di Zavanelli: viene effettuata a feto vivo in preparazione del cesareo. Si fa ripercorrere a ritroso, alla testa fetale, il percorso da lei compiuto durante il parto.

Si esegue in tre tempi:

1. La testa viene ruotata sino a dove si trovava appena fuoriuscita dalla rima vulvare
2. La testa viene flessa
3. Si spinge la testa in vagina, mentre si deprime il perineo con la mano contro laterale. Viene mantenuta una costante pressione sul vertice, in maniera tale che la testa ritorni in vagina e spinta venga più in alto possibile. Il parto viene espletato mediante taglio cesareo.

Utilizzando l'approccio in tre

passi sarà forse possibile ridurre la tendenza degli "esperti" a compiere il cosiddetto "Errore di Beethoven" e con ciò intendendo il presupposto secondo il quale processo e risultato debbono assomigliarsi tra loro.

Ascoltando la musica fantastica e ordinata di Beethoven nessuno potrebbe indovinare in quale tugurio egli la creasse, chi andava a trovarlo non capiva come l'artista visse nel posto più lurido, più schifoso e caotico che si potesse immaginare: resti di cibo, vasi da notte pieni, vestiti sporchi e pianoforti sepolti sotto un mare di sporcizia e di spartiti. Beethoven aveva un aspetto talmente trascurato che una volta lo arrestarono come vagabondo. È noto che le cose più belle possono essere create nelle circostanze più inconsuete e improbabili. Sappiamo che il processo e il risultato sono due cose distinte. Il processo non specifica quale sia la via per ottenere un buon risultato non più di quanto un appartamento viennese ci dica quale sarà la musica che si diffonderà dalle sue finestre.

Ai Colleghi della Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia

Angelo Gallo ci ha lasciati

Desidero parteciparVi il dolore per la scomparsa dell'amico e collega Angelo Gallo, ginecologo, oncologo, chirurgo, medico e docente stimato per la sua scienza e la grande umanità. Gallo, arrivato otto anni fa ai Riuniti di Bergamo, era diventato uno dei collaboratori più stretti grazie alla preparazione e alla abnegazione con cui ha sempre praticato la professione di Medico. Laureatosi con lode all'Università Cattolica di Roma in Medicina e Chirurgia, aveva poi scelto di specializzarsi in Ostetricia e Ginecologia, successivamente in Oncologia e Chirurgia generale. Dopo la parentesi romana, al policlinico Gemelli, aveva lavorato all'Istituto dei Tumori di Aviano al fianco del Professor Scarabelli, uno dei maestri della ginecologia oncologica, per poi arrivare ai Riuniti, dove si era subito fatto apprezzare sia per le doti professionali sia per quelle umane. I medici della Divisione di Ostetricia e Ginecologia oncologica degli Ospedali Riuniti di Bergamo lo ricordano per l'amicizia che ci ha dato in questi anni e per l'umile eroismo con cui ha vissuto fino in fondo la sua professione. La sua scomparsa colpisce profondamente i colleghi ginecologi lombardi, che lo hanno conosciuto e stimato. Angelo lascia, a 45 anni, la moglie e i figli chiamati a dirgli addio così prematuramente.

Luigi Frigerio

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



PRESUNTO COLPEVOLE

Mi è capitato di leggere sul *Corriere della Sera Magazine* la risposta di un consigliere laico del Consiglio superiore della magistratura (il Csm) alle critiche mosse ad alcuni pubblici ministeri in relazione a presunti errori nelle indagini: "Si va cercando sempre più un giudice che compia scelte esatte e non corrette (...). Ma questo schema è discutibile perché ad un Pm si chiede innanzitutto di salvaguardare le regole processuali e i diritti della difesa, anche se poi è fisiologico che un'indagine possa prendere anche una direzione sbagliata (...)". Come, come? Al magistrato che indaga (senza particolari patemi) su un delitto è concesso ("è fisiologico") di sbagliare, anche se da questo errore può derivare la rovina di una persona e della sua famiglia, riconoscendo in questo caso la possibilità di un errore mentre un medico, che a volte deve decidere in pochi attimi qual è la scelta presumibilmente migliore, in una situazione magari drammatica, in cui una persona potrebbe anche rischiare di morire, può essere messo in croce per avere eventualmente sbagliato?! È proprio diventata difficile la professione del medico se questi sono i principi che ispirano la giustizia nel nostro Paese. E ancor più lo è per chi decide di svolgere il ruolo di specialista ostetrico-ginecologo. Pensate: se un ginecologo impazzito sparasse ad una donna in sala operatoria, uccidendola, l'onere della prova

della responsabilità sarebbe tutta a carico della pubblica accusa; se invece mentre sta operando la stessa donna nel tentativo di salvare la vita a lei e magari anche al suo bambino o di guarirla da una grave malattia la paziente decedesse, il medico dovrebbe essere lui a discolarsi cercando di dimostrare di non aver cagionato quella morte! E davvero ciò avverrà (come di fatto avviene nella stragrande maggioranza dei casi) dopo anni di estenuanti e costose traversie giudiziarie, dopo essere stato messo alla gogna mediatica, avere probabilmente perduto il lavoro e avere costretto la propria famiglia a subire rinunce e sofferenze ingiustificate e inaccettabili. In buona sostanza, per il magistrato, che pure agisce per lo più in condizioni certamente meno difficili, è ammesso il principio dell'umana fallibilità mentre a un povero ginecologo, posto magari di fronte alla gravità di un'imprevedibile emorragia del parto, è richiesto di agire sempre in modo perfetto. È bene ricordare che se l'esito dell'agire del medico è realmente il migliore possibile questo lo si potrà verificare soltanto a posteriori, ma nessun elemento certo potrà provare che un'altra scelta avrebbe potuto garantire sicuramente il miglior risultato. In effetti la medicina è una scienza probabilistica, non di certezza matematica! È vero ci sono i periti che dovrebbero guidare sul piano tecnico il magistrato (che pure

resta *peritus peritorum*), ma sappiamo bene che la non sempre adeguata esperienza e la spesso insufficiente competenza specifica del perito non garantiscono una serena valutazione di fatti e circostanze, una valutazione che è oltretutto inficiata anche dal clima di generale prevenzione nei confronti del medico operatore, considerato "comunque responsabile" (*presunto colpevole*, appunto) dell'ipotetico evento avverso. L'intervista al consigliere del Csm prosegue: "I giovani che entrano in magistratura chiedono sempre più spesso: Cosa mi capita se sbaglio da Pm?" E i giovani ginecologi che si avviano alla professione cosa dovrebbero dire allora? Con quale spirito devono affrontare un lavoro difficile e così rischioso? Di fronte al timore di dover pagare per un possibile (non "fisiologico") errore (umano!) cifre di qualche decina di milioni che non riusciranno a percepire neppure in dieci vite, come si sentirà e come agirà se non con la cosiddetta medicina difensiva? È dunque questo che si vuole? Medici che non decidono, che evitano i casi più difficili, che cercano di scaricare le "rogne" a qualcun altro. A subirne le conseguenze più gravi non sarà comunque la povera gente, quella che non può pagare in qualche modo il "rischio"?! Il paragone con una professione impegnativa e carica di responsabilità come quella del magistrato, sulla quale è ben lungi

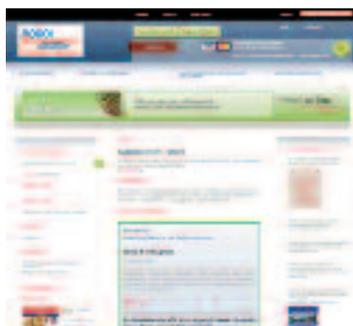
da me gettare la croce, è solo uno spunto per dire che un profondo ripensamento in seno alla nostra società sui rischi che sono sempre insiti in un intervento medico è ineludibile. In questo senso la depenalizzazione dell'errore medico rappresenta un buon principio, ma occorre fare di più, rompendo il meccanismo perverso che causa diffidenza e ostilità nei confronti dei medici. In una recente indagine pubblicata dal *Corriere della Sera* emerge che, in oltre il 50 per cento dei casi, i motivi di contestazione da parte dei cittadini nei confronti dei medici sono: l'indisponibilità, lo scarso accesso alle informazioni e il comportamento. In sostanza problemi di comunicazione e di relazione. Ciò significa che il problema dei problemi è la scarsa comunicazione tra medici e cittadini-pazienti. Il tanto sottovalutato consenso informato non può essere considerato un inutile e fastidioso preliminar privo di utilità pratica. Dobbiamo smettere di minimizzare i rischi che sono comunque insiti in ogni intervento chirurgico, sottacendo la possibilità di eventi avversi e favorendo la convinzione nei cittadini che l'attuale sviluppo delle tecnologie metta al riparo da ogni possibile rischio. Chi ha davvero il coraggio di dire francamente alla gravida che il parto è sì un evento naturale ma non certo privo di rischi e che non tutti sono completamente prevenibili? Chi di noi spiega chiaramente alle donne che si

operano di taglio cesareo che esistono pur sempre dei rischi connessi con l'intervento e che non sempre sono prevedibili? In compenso, quanti procedimenti vengono iniziati per non aver rapidamente (banalmente?) optato per un parto operativo?! Ecco: è proprio questo il problema. Questa sorta di banalizzazione che pervade il nostro agire medico. Le persone sono realmente convinte che nell'epoca dei computer tutto sia e/o debba essere necessariamente sempre perfetto, anche e soprattutto in medicina. Dobbiamo invece cominciare a spiegare i limiti di una medicina (e soprattutto di una chirurgia) che anche in un mondo ipertecnologico come l'attuale si basa pur sempre sulle valutazioni (ahimè a volte fallaci) del cervello umano e, perché no, anche le nostre difficoltà. Quanto alle indecisioni, ai comprensibili dubbi, ai possibili errori di valutazione, visti a distanza di tempo e al di fuori della drammaticità del contesto, ecco che spesso, quasi inevitabilmente, questi appaiono al perito che esamina gli eventi come errori evitabili se non addirittura inescusabili. Facendo della corretta informazione e del buon counselling, riusciremo certamente a recuperare un miglior rapporto con le nostre pazienti e al tempo stesso incideremo positivamente sul clima di generale diffidenza e maldisposizione verso la classe medica, che rischia di inquinare sempre più la nostra Sanità.

Internet

LAVORI IN CORSO SUL SITO WWW.AOGOI.IT

Il *restyling* a cui stiamo sottoponendo il nostro sito non vuole essere solo "di facciata": puntiamo ad offrirvi informazioni sempre aggiornate sull'attività dell'Associazione, delle sue Sezioni Regionali e delle Società Affiliate. Accanto ai servizi on-line già attivi per l'iscrizione e il download di polizze e



convenzioni e alle sezioni dedicate alla Ginecologia forense, allo Scudo giudiziario, alle Linee guida, ai Progetti "Violenza sessuale" e "Menopausa Italia" e alle nostre pubblicazioni il sito si arricchirà di nuovi spazi per l'aggiornamento professionale e per l'informazione alle donne. Con il Progetto DONNA

A.O.G.O.I. l'Associazione intende rispondere anche online ai quesiti che le donne ci rivolgeranno su tutti temi della salute di genere.

■ Vi invitiamo a visitare il "nuovo" sito e a collaborare con noi: i vostri suggerimenti e le vostre proposte ci aiuteranno a migliorarlo!

Fiocco azzurro in casa Aogoi

Un affettuoso benvenuto al piccolo Marco, nato il 22 novembre scorso, da tutta la redazione di *GynecoAogoi* che si felicita con la mamma Rosamaria e il papà Andrea Ranalli... e naturalmente con il nonno: il professor Carlo Sbiroli!



Lettere



Una brutta partenza

Gentilissima redazione, sono un ginecologo ospedaliero, primario di un importante ospedale. Vorrei proporre alcune riflessioni in merito al documento del "Collegio Italiano Ginecologi Ospedalieri (Cigo)" (ndr. la nuova sigla all'interno della neocostituita Federazione italiana di ostetricia e ginecologia - Fiog, vedi GynecoAogoi n. 7/8-2008 p. 4) partendo da alcune premesse generali:

- non sono contrario, in linea di massima, al libero associazionismo di componenti della società civile e professionale che intendano perseguire degli obiettivi comuni.
- non conosco in quale contesto

nasca questo documento, nè quale profilo intendano attribuirvi i sottoscrittori

Perchè il Cigo?

Il Cigo nasce perchè l'Aogoi "ha fallito nel raggiungere i seguenti obiettivi...". Con questa premessa viene annunciata la nascita del Collegio Italiano Ginecologi Ospedalieri nella lettera "Perchè il Cigo?" inoltrata via e-mail dal direttivo Cigo ai colleghi ospedalieri. Una cosa è certa, si tratta di una brutta partenza, come rileva il collega ospedaliero che propone alcune riflessioni sul "manifesto programmatico" della nuova sigla.

(manifesto programmatico? Lettera di accusa verso terzi? sfogo di una componente minoritaria che non ha trovato vie di affermazione nelle organizzazioni già presenti (Sigo, Aogoi)?

- l'unico motivo che i sottoscrittori indicano come elemento fondativo della nuova associazione è: "perché l'unica Associazione di ospedalieri esistente ha fallito nel raggiungere gli obiettivi". Non sono gli obiettivi pertanto a giustificare la nuova esigenza associativa ma il mancato conseguimento di questi obiettivi che evidentemente sono condivisi e comuni.

Nello specifico mi permetto di

entrare nel merito per il quale tale documento vada totalmente rigettato. Innanzitutto credo che una nuova associazione abbia la sua ragione d'essere quando aggrega "a favore" di qualcosa. Se nasce già nel suo "manifesto" istitutivo "contro" qualcosa o qualcuno ha scarsa probabilità di essere rappresentativa, denuncia fin dal suo nascere una caratterizzazione faziosa, litigiosa, capziosa. In un documento, che probabilmente nell'intento di chi lo ha redatto ha lo scopo "promozionale" di richiamare il maggior numero di colleghi possibile, non vedo alcuna traccia di un disegno istitutivo e programmatico fondante, originale, che citi

percorsi, metodologie di lavoro strumenti associativi atti a perseguirne i fini. In conclusione, penso che nello scenario della Ginecologia italiana, con le premesse enunciate nello scritto, non vi sarà spazio per un'ulteriore frammentazione del panorama associativo. Penso anche che dobbiamo ricercare maggiormente quello che ci unisce piuttosto che sottolineare i punti di dissenso. Per quanto riguarda l'Aogoi ritengo che questa Associazione sia sufficientemente forte, rappresentativa, radicata nel Paese da non dover scendere in polemiche con piccole frange scismatiche e velleitarie.

Lettera firmata

È nata Gynecoletter Aogoi



Si amplia la famiglia editoriale dell'Aogoi. È uscito il secondo numero di Gynecoletter, la newsletter di Aogoi ideata per offrire ogni quindici giorni un'informazione più rapida su fatti, notizie e curiosità di interesse per la nostra professione. Lo scopo è quello di essere presenti con più frequenza,

affiancando la nostra rivista mensile che, naturalmente, continuerà ad essere pubblicata. Ma con un taglio sempre più attento agli approfondimenti e alla lettura "dietro le quinte" di quanto avviene in Italia e nel Mondo attorno al pianeta sanità e medicina, e con uno sguardo particolare alla ginecologia e

ostetricia. Gynecoletter, che per i primi numeri vi sarà inviata per posta ordinaria, diventerà presto uno strumento di informazione a aggiornamento ancora più agile. Prossimamente, infatti, l'invio avverrà esclusivamente tramite e-mail per essere ancora più veloci e puntuali. Gynecoletter è aperta naturalmente alle vostre segnalazioni, su fatti, news, problematiche e iniziative, suggerimenti e critiche. Gynecoletter è disponibile sul sito Aogoi www.aogoi.it, che stiamo



rinnovando anche nell'ottica di creare una maggiore sinergia con le nostre riviste.

Per ricevere la newsletter in formato pdf potete inviare una mail dal vostro indirizzo di posta a gynecoletter@hcom.it specificando nell'oggetto "GYNECOLETTER SI".

RICORDA, una volta completata e aggiornata la mailing list dei nostri soci, la newsletter non sarà più anche cartacea ma solo elettronica.

Non potevano esserci auguri migliori

Carissima Redazione è con gioia che accolgo questa encomiabile iniziativa di Gynecoletter Aogoi, ulteriore conferma della fecondità della nostra associazione che trova sempre spunti intelligenti e "ottime idee" per mantenere up to date la Ginecologia Italiana.

nella home page della Sigo e con la cerimonia d'onore nell'ambito del bellissimo e indimenticabile Congresso che ha magistralmente coordinato col Professor Mario Campogrande, a Torino.

qualificato alla salute delle Donne e al benessere Materno-Fetale, consapevoli che si può fare goal solo attraverso un armonico e unitario "gioco di

squadra" ...come da sempre sostiene con l'entusiasmo partenopeo che lo distingue e lo caratterizza, il Professor Chiantera. E a Gynecoletter... l'augurio di un

futuro felice e fruttuoso di comunicazione e di condivisione scientifica e divulgativa con riconoscenza e stima grandi

Ringrazio dal profondo del cuore per la menzione che mi avete riservato nella prima Gynecoletter riguardo il Premio Ogash Awards assegnatomi recentemente e rinnovo anche da questa finestra la mia più grande riconoscenza al Professor Giorgio Vittori per lo spazio che ha voluto riservarmi

I miei più cari auguri per il meritissimo "rinnovo in carica" al Professor Antonio Chiantera, al Professor Giovanni Monni e alle bravissime "Donne al Vertice", Valeria Dubini ed Elsa Viora. Per Tutti *ad majora*, andando avanti nel segno della saggezza e del coraggio, per un lavoro svolto con coscienza e competenza professionale volti all'eccellenza, in un servizio sempre più



Lorella Battini
 Dr. Lorella Battini MD, PhD
 Professor of Ogash Academy Continental (Europe)
 Chairman of Ogash Awards 2008
 UO Ostetricia-Ginecologia 2, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Istituto di Clinica Ostetrica "P. Fioretti", Pisa
<http://www.sigo.it>
http://www.gestosis.ge/eng/26_5.php

Congressi



1° MASTER IN CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA
Napoli
8-10 febbraio
Segreteria organizzatrice
 Carol Scioscia - Sabrina Soresi
 Tel. 06.52665356
 Fax 06.52666974

CONGRESSO AOGOI Portovenere (SP)
2-4 aprile
 Segreteria organizzatrice
 P.R. E COMUNICAZIONE S.R.L.
 VOCABOLO CUGNETTO S.N.C.
 02046 MAGLIANO SABINA (RI)
 Tel. 0744. 921040
 Fax 0744.91531
 info@precommunication.com

PROLASSO UTERO-VAGINALE ED INCONTINENZA URINARIA: TECNICHE CHIRURGICHE E RIABILITATIVE INNOVATIVE A CONFRONTO
Salerno
3-4 aprile
 Segreteria organizzatrice
 Dott. Antonio Napoli
 Tel. 089.2895886
 Fax 089.799102
 info@graficapubblicitarianapoli.it

9° CORSO AOGOI DI AGGIORNAMENTO TEORICO PRATICO IN MEDICINA EMBRIO-FETALE E PERINATALE - 1° CONGRESSO NAZIONALE AGITE
Villasimius (CA)
27-31 maggio
 Segreteria organizzatrice
 I.M.C. Europe Srl
 Viale Trieste 93 - 09123 Cagliari
 Tel. 070.273470 Fax 070/273306
 imc.congressi@tin.it

XIX FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
Cape Town SOUTH AFRICA
4-9 ottobre
 Segreteria organizzatrice:
 TURNERS CONFERENCES & CONVENTIONS (PTY) LTD
 PO BOX 1935 04000 DURBAN
 Tel.: +27 31 332 1451
 Fax: +27 31 368 6623
 DudleyR@turnergroup.co.za

5 CORSO RESIDENZIALE 2009 DI ENDOSCOPIA GINECOLOGICA - ISTEROSCOPIA E LAPAROSCOPIA
Scandiano (RE)
21-23 ottobre
 Segreteria organizzatrice:
 U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA A.U.S.L. DI REGGIO EMILIA - DOTT. E. BERGAMINI
 42019 SCANDIANO (RE)
 Tel.: 337 560300 Fax: bergaminie@ausl.re.it

18TH ANNUAL CONGRESS OF EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ENDOSCOPY - ESGE
Firenze
28-31 ottobre
 Segreteria organizzatrice:
 PROMO LEADER SERVICE CONGRESSI SRL
 VIA DELLA MATTONAIA 17
 50121 FIRENZE FI
 Tel.: 055 24621 Fax: 055 2342929
 marialuana.schifone@promoleader.com

AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICA GINECOLOGICA E PERINATALE ITALIANA

9° Corso
 di Aggiornamento Teorico Pratico
 in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale



1° Congresso Nazionale AGITE



27 - 31 Maggio 2009
Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

PATROCINI

WAPM	World Association of Perinatal Medicine
EAPM	European Association of Perinatal Medicine
MED-UOG	Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology
SIEOG	Società Italiana di Ecografia Ostetrica - Ginecologica
SIOP	Società Italiana di Medicina Perinatale
SIOS	Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità
SMIC	Società Medica Italiana per la Contraccezione
AGITE	Associazione Ginecologi Territoriali

SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.

AVVISO IMPORTANTE

Ricordiamo che chi non è in regola con le quote associative, sia per morosità sia, se dipendente del Ssn, per il mancato adeguamento della quota trattenuta sulla busta paga, fissata in 30 euro mensili, non potrà usufruire delle importanti tutele previste dallo SCUDO AOGOI

Il pacchetto dei servizi previsti dallo SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI (Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi, Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati Aogoi, servizio di assistenza M.A.M.M.A. AOGOI, accesso al sito www.ginecologiaforense.it e partecipazione ai Corsi di Risk management), a causa dei costi elevati che comporta, verrà fornito integralmente soltanto ai soci la cui trattenuta sulla busta paga è stata adeguata a €30 mensili, dopo l'aumento del dicembre 2007.

I soci ai quali l'Azienda non ha applicato l'aumento della quota associativa a €30 mensili e continua a trattenere degli importi inferiori (es. €10; 12; 15; 20), NON POSSONO USUFRUIRE dell'intero pacchetto e, in particolare, non saranno coperti dalla Polizza Convenzione "Protezione legale" Aogoi e dall'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I di 2° rischio.

Per non perdere queste importanti tutele professionali, invitiamo i colleghi a verificare sulla busta paga l'esatto importo della trattenuta sindacale (Fesmed/Aogoi) e, nel caso risultasse inferiore a 30 euro mensili, a sollecitare l'Ufficio personale della propria Azienda affinché provveda tempestivamente al suo adeguamento.



SOS

ADOTTA UNA MADRE.

AIUTERAI UNA DONNA DEL TERZO MONDO A PARTORIRE SENZA RISCHI.
E SUO FIGLIO A NON CRESCERE SENZA DI LEI.



In Italia, quando una donna aspetta un bambino, può contare su una rete di strutture sanitarie, corsi di preparazione al parto, analisi, servizi ostetrici di emergenza. Nei Paesi in via di sviluppo non è così: solo la metà dei parti è assistita da personale specializzato, moltissime donne non fanno alcuna visita prenatale, né un'ecografia. Spesso l'ospedale è troppo lontano o non attrezzato per un'emergenza. Con 20 euro al mese per un anno, oggi puoi assicurare a una donna del Terzo Mondo le cure prima, durante e dopo il parto. **E salvarle la vita.**



Novità in farmacia



UNA DELICATA PROTEZIONE

naturale

UNA NUOVA LINEA DI PRODOTTI PER L'IGIENE INTIMA

La formulazione a base di attivi naturali che rispetta la delicata fisiologia femminile, il pH della pelle e le naturali barriere difensive delle mucose.



Intiley[®]
INTIMAMENTE NATURALE



Formulazioni innovative, efficaci e sicure, secondo Scienza e Natura