

**Gratis** per tutti gli associati  
una polizza assicurativa da 1 milione di euro

# Nasce lo scudo giudiziario Aogoi

■ **Procreazione medicalmente assistita**

La Relazione annuale sullo stato di attuazione della legge 40/2004. Le cifre, i commenti e il Parere del Ccs

■ **Etica di fine vita e testamento biologico**

I medici italiani si confrontano a Udine in un Convegno organizzato dalla Fnomceo

■ **L'intervista**

A colloquio con il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera, co-presidente del prossimo Congresso nazionale "Donna e Ambiente"



**Il primo ed unico cerotto  
a base di testosterone  
che aumenta il desiderio  
sessuale femminile\***

DEPOSITATO PRESSO L'AIFA IL 18/05/2007, INT. 001907  
Medicinale soggetto a prescrizione medica classe C costo euro 55

\*Indicato nel trattamento del Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo (HSDD) nelle donne sottoposte ad isterectomia ed ovariectomia bilaterale (in menopausa chirurgica) in terapia estrogenica concomitante.

In due studi clinici a cui hanno partecipato oltre 1000 donne in menopausa chirurgica, affette da HSDD, a 6 mesi.

Referenze: Simon J et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90:5226-5233.  
Buster J et al. *Obstet Gynecol* 2005; 105:944-952.  
Derogatis L et al. *J Sex Marital Ther.* 2004; 30:25-36.

# Intrinsa

*(Cerotto transdermico a base di testosterone)*

## Risveglia il desiderio

Quest'estate in farmacia

Per maggiori informazioni:  
[www.intrinsa.it](http://www.intrinsa.it)

**Procter & Gamble**  
PHARMACEUTICALS

## Editoriale

# Lavorare in sicurezza

Sullo scorso numero di *GynecoAogoi* avevamo dato qualche anticipazione su una grande iniziativa messa a punto dalla nostra associazione: la stipula con **Lloyd's** di una convenzione grazie alla quale **tutti gli iscritti Aogoi avranno una ulteriore copertura assicurativa di responsabilità civile, con copertura fino a un milione di euro e senza alcuna spesa aggiuntiva da parte loro.**

Nelle pagine che seguono troverete i dettagli di questo importante accordo, concluso tra noi ed una delle più blasonate compagnie di assicurazione del mondo, illustrati con accuratezza dal nostro Carmine Gigli, un vero esperto in materia. A me preme, però, sottolineare le ragioni strategiche che ci hanno spinto a lavorare per arrivare a questo risultato. Nel nostro Paese **è la prima volta che una società scientifica** si fa promotrice di una convenzione di questo tipo, anche se pensiamo che d'ora in poi molti tenteranno di imitarci. Il nodo della responsabilità civile del medico è infatti una delle questioni più urgenti che travagliano la nostra vita professionale, con una crescita costante del contenzioso legale tra medici e pazienti e una conseguente reazione che viene comunemente indicata come "medicina difensiva", un modo di lavorare che certo non piace a nessuno di noi, come abbiamo avuto modo di analizzare ampiamente in diversi articoli apparsi sulla nostra rivista. Proprio per questo abbiamo voluto offrire ai nostri soci questo "scudo giudiziario", messo a punto sia per coloro che operano nelle strutture del Ssn che per i liberi professionisti, al riparo del quale pensiamo che potranno operare con maggiore sicurezza e dunque con migliori risultati. Perché la sicurezza di un medico è la premessa indispensabile per garantire la sicurezza e la salute delle sue pazienti.

**Giovanni Monni**  
Presidente AOGOI

## Indice numero 5/6 - 2007

### In evidenza

- 4 Nasce lo SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.**  
di Carmine Gigli



### Attualità

- 6** a cura di Lucia Conti  
**Pma: la Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 40/2004**

### Le cifre, i commenti, il Parere del Ccs

- 10 Etica di fine vita: Affinare la cultura dell'accompagnamento**  
di Stefano Simoni
- 11 Comunicazione medico-paziente: Gli internauti?...quasi medici**  
di Ester Maragò
- 14 Donna e Ambiente: Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui 2007**  
Intervista ad Antonio Chiantera



### Professione

- 18 Quando il Volley entrò in sala parto**  
di P. Accorsi, M. Salvatori, M.C. Galassi, G. Masellis
- 20 La depressione sul pianeta donna**  
di Giovanni Brigato
- 22 Il ruolo del medico e la responsabilità delle strutture sanitarie**  
di Nicola Gasparro
- 25 Attualità in tema di colpa medica per omissione**  
di Francesco Tropea
- 26 Senatus mala bestia**  
di Carmine Gigli

### Il testo del Ddl sulla libera professione approvato dal Senato

- 28 Ultimora**  
**Medici licenziati: i sindacati richiamano le Regioni al rispetto del contratto di lavoro**

### Rubriche

- 29 Mondo • Libri • Congressi**

### Pagina 30

**AOGOI**  
Campagna iscrizioni 2007

**Iscriviti!**  
Nella homepage del sito  
[www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)  
le modalità e la scheda di iscrizione

### READER SATISFACTION SURVEY

Rispondi a 13 domande per aiutarci a migliorare *GynecoAogoi*  
Il questionario di gradimento è disponibile sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)



NUMERO 5/6 - 2007  
ANNO XVIII

ORGANO UFFICIALE  
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI  
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

**Presidente**  
Giovanni Monni  
**Direttore Scientifico**  
Felice Repetti

**Comitato Scientifico**  
Giovanni Brigato  
Antonio Chiantera  
Valeria Dubini  
Carlo Sbiroli  
**Direttore Responsabile**  
Eva Antoniotti  
**Direttore Editoriale**  
Arianna Alberti  
email: [gynecoaogoi@hcom.it](mailto:gynecoaogoi@hcom.it)  
**Pubblicità**  
Publiem srl  
Centro Direzionale Colleoni  
Palazzo Perseo 10  
20041 Agrate (Milano)  
Tel. 039 6899791  
Fax 039 6899792

**Editore**  
Health Communication  
via Vittore Carpaccio, 18  
00147 Roma  
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228  
**Progetto grafico**  
Giancarlo D'Orsi  
**Ufficio grafico**  
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti  
**Stampa**  
Tecnostampa srl  
Via Le Brece, 60025 Loreto (Ancona)  
**Abbonamenti**  
Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4  
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33  
Poste Italiane spa Sped. in abb. postale  
D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n.

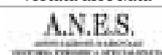
46) Art. 1, comma 1, DCB Ancona  
Finito di stampare: luglio 2007  
Tiratura 10.000 copie

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

**Gratis a tutti i soci Aogoi una polizza di 1.000.000 di euro**

## NASCE LO SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.

**Grande iniziativa dell'A.O.G.O.I. per una maggiore tutela degli associati. Assicurazione di II rischio per la responsabilità civile e di I rischio per la rivalsa**

**D**al 1° luglio 2007, e con la retroattività di due anni, i soci Aogoi possono godere di una nuova assicurazione che copre, in secondo rischio, le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'associato Aogoi, in conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o da lui commessi. La polizza opera inoltre in I rischio nel caso di rivalsa per colpa grave da parte dell'Ente o dell'Azienda. È la prima volta che in Italia una polizza di questo tipo viene offerta ai soci di una società scientifica, senza costi aggiuntivi sulla quota associativa.

**L**Aogoi ha deciso di stipulare questa nuova polizza assicurativa a favore dei suoi associati, perché ancora in troppe Aziende i medici non sono adeguatamente tutelati per le conseguenze di possibili errori professionali. Questo continua ad accadere nonostante i rilevanti risultati ottenuti con l'ultimo Contratto di lavoro il quale, anche grazie alla Fesmed, ha introdotto delle importanti tutele come l'obbligo per le Aziende di garantire un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti. Purtroppo, in fase di applicazione della normativa contrattuale non pochi Direttori Generali si stanno comportando in maniera irresponsabile e la conseguenza è che alcune Aziende non dispongono ancora dell'assicurazione per la responsabilità civile e molte non hanno stipulato la polizza, prevista dal Contratto di lavoro, per salvaguardare i medici dall'azione di rivalsa in caso di colpa grave. Altre Aziende hanno stipulato delle polizze con massimali insufficienti a coprire gli indennizzi che vengono richiesti agli specialisti ostetrici, o che adottano i "massimali aggregati", oppure che prevedono una "franchigia", eventualmente da addebitare al medico. L'elenco delle dolenze potrebbe continuare a lungo.

**T**utto questo comporta un costo non trascurabile che grava sulle tasche dei medici, perché li costringe a stipulare delle onerose polizze personali. L'Aogoi ha deciso di rispondere alle richieste dei suoi associati e con uno sforzo economico senza precedenti nella storia dell'Associazione, ha stipulato l'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati AOGOI. Questa Assicurazione opera fino alla concorrenza di Euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno e per ciascun assicurato a "secondo rischio" e si applica:

**a) Ai medici dipendenti a rapporto esclusivo o che svolgono libera professione intramoenia**

La polizza opera in eccedenza ai massimali garantiti dalle polizze di primo rischio sottoscritte dall'Assicurato o da terzi (Ente, Azienda) in favore dell'Assicurato medesimo (come previsto dal Ccnl), nonché in caso di rivalsa da parte dell'Ente. Non solo, ma in caso di "inoperatività, insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali di primo rischio, la presente Polizza opererà in primo rischio con un massimale di Euro 1.000.000,00

**b) Ai liberi professionisti o nello svolgimento di libera professione extramoenia**

La polizza opera in eccedenza ai massimali garantiti dalle polizze di primo rischio sottoscritte dall'Assicurato o da terzi in favore dell'Assicurato medesimo. Dette polizze di primo rischio dovranno comunque prevedere un massimale minimo di Euro 1.500.000,00. Di conseguenza, in caso di inesistenza, inoperatività, inefficacia delle coperture di 1° rischio, l'importo di Euro 1.500.000,00 rimarrà in carico all'Assicurato. Tuttavia, in caso di insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali di primo rischio la presente Polizza Convenzione opererà in primo rischio con un massimale di Euro 1.000.000,00 (vedi la sintesi della polizza e lo schema alla pagina a fianco).

**P**iù semplicemente, l'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati AOGOI interviene per i medici dipendenti del Ssn, aumentando di 1.000.000,00 di euro il massimale della polizza aziendale. Si applica in secondo rischio, agli eventi che si verificano durante l'attività di servizio o durante la libera professione intramoenia, inoltre, opera in I rischio in caso di rivalsa da parte dell'Ente. Quindi, per questi associati è sufficiente che l'Azienda abbia contratto una polizza per la responsabilità civile per godere di questa nuova tutela. Invece, per i liberi professionisti o per coloro che svolgono la libera professione in regime di extramoenia, viene richiesta una polizza di primo rischio, il cui costo resta a carico dell'associato. In mancanza di questa polizza di primo rischio, gli indennizzi sino ad Euro 1.500.000,00 rimarranno a carico del socio e l'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati AOGOI interverrà in II rischio, per la quota di indennizzo che eccede i primi 1.500.000,00 euro. Tuttavia, in particolari circostanze la polizza può diventare di primo rischio, sempre con il massimale di 1.000.000,00 di Euro (vedi la sintesi della polizza e lo schema alla pagina a fianco).

**■ L'INGRESSO NELLA POLIZZA** è automatico per tutti i soci in regola con il pagamento delle quote sociali alla data del 1 luglio 2007. Per i nuovi soci farà fede la data di invio degli elenchi all'Assicuratore, da parte dell'Aogoi prevista semestralmente. Con l'entrata in vigore di questa nuova polizza assicurativa è prevista una riduzione del premio da pagare, da parte dei Soci Aogoi che hanno in corso la Copertura SIGO di secondo rischio (vedi la sintesi della polizza).

**■ PER ATTIVARE LA POLIZZA**, in caso di sinistro,

è necessario che il socio Aogoi faccia denuncia scritta di ciascun sinistro, entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia, redatta su un modulo scaricabile dai siti [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it) [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it) [www.fesmed.it](http://www.fesmed.it) deve essere inviata a: "Studio Bolton e Associati Srl, Via Sicilia, 125 - 00187 Roma; con la documentazione richiesta (vedi modulo nel riquadro). Si rimanda agli stessi siti per la consultazione della polizza nella sua versione integrale.

**L**a nuova Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati AOGOI si va ad affiancare alla storica polizza "Protezione legale AOGOI", ben nota agli associati, la quale copre

da anni le spese per la Difesa penale e le Controversie in materia di lavoro dei soci Aogoi. Queste due polizze, insieme all'opera di sostegno, consulenza e informazione fornita dal servizio M.A.M.M.A. AOGOI e alle continue iniziative per la diffusione delle pratiche di risk management, vanno a formare lo SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI, un pacchetto di servizi che costituisce un vero scudo difensivo, costruito dall'Aogoi per proteggere i suoi associati dai rischi che corrono nell'esercizio della professione. Sempre fedeli al principio "Tutela e Prevenzione", per la serenità del medico e la sicurezza del paziente.

**Carmine Gigli**

<b>RACCOMANDATA A/R</b>	
<p>Spett.le  <b>Studio Bolton e Associati Srl</b>                  Via Sicilia, 125                  00187 - Roma</p>	
<p><i>p.c.</i>                  inviare esclusivamente il presente modulo</p>	
<p>Spett.le  <b>Ge.As. Srl</b>                  Viale delle Milizie 16                  00192 - Roma</p>	
<p><b>OGGETTO: DENUNCIA DI SINISTRO - Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I. POLIZZA N. 1600900 LLOYD'S OF LONDON</b></p>	
<p><b>Dati dell'Assicurato</b></p>	
COGNOME	NOME
DATA DI NASCITA	SESSO CODICE FISCALE
INDIRIZZO	C.A.P. COMUNE PROVINCIA
ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO	
RICAPITI TELEFONICI	INDIRIZZO E-MAIL
<b>Contropartiti</b>	
Descrizione completa del caso assicurativo	
Allegati (documentazione ritenuta utile all'apertura e alla gestione del caso assicurativo):	
<p>a) Copia della richiesta di risarcimento stragiudiziale ovvero dell'atto di citazione ovvero di qualsiasi atto ricevuto, relativo all'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.</p>	
<p>b) Dati anagrafici del danneggiato e del legale del danneggiato.</p>	
<p>c) Relazione chiara e circostanziata delle modalità con le quali si è manifestato l'evento dannoso, accompagnata da un parere professionale confidenziale sul caso, redatto dall'assicurato.</p>	
<p>d) Se dipendente di una Struttura Ospedaliera indicazione della Compagnia assicurativa presso la quale è assicurato l'Ente.</p>	
<p>e) Le polizze assicurative che garantiscono l'evento sottoscritte dall'assicurato medesimo o da terzi in suo favore.</p>	
<p><b>Altra documentazione:</b></p>	
<p>1) _____</p>	
<p>2) _____</p>	
<p>3) _____</p>	
<p><b>N.B.:</b> L'Assicurato deve altresì tempestivamente inviare al soggetto di cui sopra i documenti relativi al sinistro che gli pervengano successivamente all'apertura ed altresì riscontrare le successive richieste di informazioni / documenti inoltrategli dall'Assicuratore e/o da incaricati di quest'ultimo.</p>	
LUOGO	DATA
<p>Al fine della gestione e definizione del caso assicurativo, autorizzo il Broker e la Compagnia di assicurazioni al trattamento dei dati comuni e sensibili, ai sensi dell'art. D. Lgs. n. 196/2003</p>	
FIRMA	

# Convenzione A.O.G.O.I. – Lloyd's

## Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I.

### RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta 2 anni.

### DURATA Triennale

### OGGETTO della convenzione

#### A. Per i Dipendenti o intramoenia dalla polizza dell'Ospedale

La Convenzione opera in eccedenza (secondo rischio) ai massimali garantiti dalle polizze di primo rischio sottoscritte dall'Assicurato o da terzi in favore dell'Assicurato medesimo (come previsto dall'art. 21 C.C.N.L. dell'08.06.2000).

Esclusivamente in caso di inoperatività, insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali di primo rischio nonché in caso di rivalsa da parte dell'ente, la presente Polizza Convenzione opererà in primo rischio con un massimale di Euro 1.000.000,00.

#### B. Per i liberi professionisti o extramoenia dalla polizza personale di primo rischio

La Convenzione opera in eccedenza (secondo rischio) ai massimali garantiti dalle polizze di primo rischio sottoscritte dall'Assicurato o da terzi in favore dell'Assicurato medesimo.

Dette polizze di primo rischio all'atto della sottoscrizione dovranno comunque prevedere un massimale minimo di Euro 1.500.000,00.

In caso di inesistenza, inoperatività, inefficacia delle coperture di 1° rischio, l'importo di Euro 1.500.000,00 rimarrà in carico all'Assicurato. Esclusivamente in caso di insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali di primo rischio la presente Polizza Convenzione opererà in primo rischio con un massimale di Euro 1.000.000,00.

### MASSIMALI E PREMI

di Euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno e per ciascun Assicurato; premio lordo annuo Euro 180,00.

### OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Copertura della responsabilità civile per fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale e nella conduzione del relativo studio.

### PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di Dipendente compresa attività intramoenia, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa nonché di professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici.

### ESCLUSIONI

A. I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione, salvo la tolleranza di 10 giorni;

B. fatti e circostanze già note al momento della stipulazione del contratto che possano far sorgere il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno e/o richieste di risarcimento già note all'Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;

C. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di copertura.

### OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia scritta a quest'ultimo di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere completa dei seguenti documenti/ informazioni:

A. Copia della richiesta di risarcimento stragiudiziale ovvero dell'at-

to di citazione ovvero di qualsiasi atto ricevuto, relativo all'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

B. Dati anagrafici del danneggiato e del legale del danneggiato.

C. Relazione chiara e circostanziata delle modalità con le quali si è manifestato l'evento dannoso, accompagnata da un parere professionale confidenziale sul caso, redatto dall'Assicurato.

D. Se dipendente di una Struttura Ospedaliera indicazione della Compagnia assicurativa presso la quale è assicurato l'Ente.

E. Le polizze assicurative che garantiscono l'evento sottoscritte dall'Assicurato medesimo o da terzi in suo favore.

L'Assicurato deve altresì tempestivamente inviare i documenti relativi al sinistro che gli pervengano successivamente all'apertura ed altresì riscontrare le successive richieste di informazioni / documenti inoltrategli dall'Assicuratore e/o da incaricati di quest'ultimo.

#### N. B.

È opportuno ancora una volta evidenziare che ogni richiesta di risarcimento, inviata da un legale, ovvero personalmente dal danneggiato, ovvero da associazioni che tutelano i diritti dei pazienti, ed altresì dal presidio sanitario ove svolgete l'attività (lettera con cui vi si mette al corrente della richiesta di risarcimento inviata alla struttura sanitaria e relativa ad attività svolte da voi) deve essere tempestivamente denunciata al vostro assicuratore.

#### N. B.

Ai sensi dell'art. 1910 c.c. "...Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri..." Per quanto sopra il medico – in particolare il medico dipendente – dovrà puntualmente adempiere a tale prescrizione.

### CONVENZIONE S.I.G.O. DI SECONDO RISCHIO

per i Soci AOGOI in regola con le quote associative e che hanno in corso la Copertura SIGO di secondo rischio con massimale per sinistro e per anno assicurativo di Euro 2.500.000,00:

la Convenzione SIGO opera in eccedenza ai massimali garantiti dalle polizze di primo rischio sottoscritte dall'Assicurato o da terzi in favore dell'Assicurato medesimo e comunque in eccedenza al massimale di Euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno garantito dalla Convenzione AOGOI. Il premio annuo per gli Associati AOGOI aderenti alla Convenzione SIGO è ridotto da Euro 1.600,00 annue a Euro 600,00 annue (fermi i pagamenti in rate semestrali).

### Schema riassuntivo dell'Assicurazione per la Responsabilità Civile

Assicurati (Associati in regola con le quote associative)		Copertura AOGOI - Massimale e 1.000.000,00 per Associato, per sinistro e per anno	
CATEGORIA		"PRIMO RISCHIO"	"SECONDO RISCHIO"
Dipendenti o intramoenia	con polizza propria	Solo in caso di: inoperatività, insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali della polizza personale e di quella dell'ente e in ipotesi di rivalsa dell'ente, la polizza Convenzione A.O.G.O.I. opera a "primo rischio"	La polizza A.O.G.O.I. opera a "secondo rischio" in eccesso ai massimali garantiti dalla polizza personale e dalla polizza dell'ente (che assicura per legge i dipendenti C.C.N.L. art. 21)
	senza polizza propria	Solo in caso di: inesistenza, inoperatività, insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali della polizza dell'ente e in ipotesi di rivalsa dell'ente, la polizza Convenzione A.O.G.O.I. opera a "primo rischio"	La polizza A.O.G.O.I. opera a "secondo rischio" in eccesso ai massimali garantiti dalla polizza dell'ente (che assicura per legge i dipendenti C.C.N.L. art. 21)
Liberi professionisti e/o extramoenia	con polizza propria	Solo in caso di: insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali di "primo rischio" della polizza personale la polizza Convenzione A.O.G.O.I. opera a "primo rischio"	La polizza A.O.G.O.I. opera a "secondo rischio" in eccesso ai massimali garantiti dalla polizza personale di "primo rischio" con massimale minimo di Euro 1.500.000
	senza polizza propria	La polizza opera a "primo rischio" con franchigia Euro 1.500.000	NO

**NELLE PAGINE DI ATTUALITÀ RELAZIONE ANNUALE SULLA PMA** Il quadro della fecondazione assistita in Italia: le cifre, i commenti, il Parere del Ccss | **ETICA DI FINE VITA** A Udine un Convegno della Fnomceo per parlare di testamento biologico e informazione, rapporto medico-paziente e diritto alla salute | **INDAGINE CENSIS** Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana | **DONNA E AMBIENTE** Intervista al segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera, co-presidente del Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui 2007

**Relazione annuale sulla Pma** a cura di Lucia Conti

# Legge 40: diminuiscono le gravidanze e aumentano gli aborti

Sono oltre diecimila in più rispetto al 2003 le pazienti che nel 2005 si sono sottoposte a trattamenti di Pma. Tuttavia, la quota di bimbi nati è diminuita: dal 24,8% al 21,2%, per un totale di circa 1.500 bambini non nati.

**Aumentano gli esiti negativi delle gravidanze da fecondazione assistita e i parti plurimi, dopo l'obbligo previsto dalla legge 40/2004 di impiantare tutti e tre gli ovuli fecondati**

## La relazione in cifre

Sale a 27.254 il numero di pazienti che nel 2005 si sono sottoposte ai trattamenti di procreazione medicalmente assistita. Erano 17.125 nel 2003. Tuttavia, anziché aumentare, la quota di bimbi nati è diminuita: dal 24,8% al 21,2%, per un totale di circa 1.500 bambini non nati.

Crescono del 3,6% gli aborti spontanei e le morti intrauterine in seguito a trattamenti di fecondazione assistita, mentre l'obbligo di impiantare tutti e tre gli ovuli fecondati ha fatto salire dell'1,6% i parti con due o tre gemelli, per i quali esistono maggiori rischi di parti prematuri o morti intrauterine.

Una diminuzione delle percentuali di gravidanze, con conseguente diminuzione di bambini nati, e una crescita dell'incidenza di parti plurimi, con conseguenti effetti negativi immediati e futuri per i nati e per la madre. Questi gli effetti della Legge 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita, ricavabili dall'analisi dei dati ufficiali del registro nazionale Pma dell'Istituto Superiore di Sanità e contenuti nella relazione presentata il 2 luglio scorso al Parlamento dal ministro della Salute Livia Turco.

Cento pagine in cui si illustrano i dati raccolti in 169 Centri Pma (contro i 120 nel 2003), per avere un quadro degli effetti della legge a 3 anni dalla sua entrata in vigore. Il totale dei Centri in Italia è in verità di gran lunga maggiore, ben 330, anche se di-

istribuiti in maniera non omogenea sul territorio nazionale e con una prevalenza nel Nord-Ovest. Per questo "il panorama dell'applicazione delle tecniche

Pma in Italia è ad oggi ancora molto ampio ed eterogeneo" e "molti centri di II e III livello svolgono un numero ridotto e in alcuni casi ridottissimo di pro-

cedure nell'arco di un anno", ha riferito il ministro in Parlamento. Ecco perché occorre migliorare la qualità dei servizi da offrire alle coppie, giacché l'espe-

rienza nell'applicazione delle tecniche riveste un ruolo determinante.

Ma a preoccupare è anche l'elevata età delle pazienti, da cui deriva la necessità di sempre più incisive ed efficaci azioni di prevenzione delle cause d'infertilità e anche di specifiche campagne informative alle coppie, infertili e non.

Inoltre, secondo Turco occorrerà migliorare l'analisi dei dati, così anche da effettuare una migliore valutazione della sicurezza ed efficacia delle tecniche, in particolare rispetto al tema della salute delle donne e dei nati. Merita altresì di essere rilevato e analizzato il fenomeno della migrazione delle coppie verso i centri esteri, non solo per ottenere trattamenti che utilizzano la donazione di gameti o la diagnosi genetica preimpianto (vietati dalla legge 40/2004), ma anche come culmine di una caccia di tecniche con la più alta possibilità di successo, con costi altissimi che non tutte le coppie possono permettersi.

Nel Centro e nel Sud, peraltro, la proporzione di cicli effettuati presso Centri privati è estremamente più elevata che nelle regioni del Nord (questo dato giustifica il fenomeno della migrazione delle coppie da una regione all'altra e da un centro ad un altro). Il ministro ha concluso la sua relazione con un appello: "Si auspica - ha detto - che, a tre anni dall'applicazione della legge, si continui a riflettere, con grande rigore e sobrietà, sulla legge medesima, a partire dagli esiti dell'applicazione delle tecniche, al fine di garantire alle donne e alle coppie la migliore efficacia e sicurezza delle tecniche e al fine di garantire al meglio proprio i principi ispiratori dichiarati dalla legge, che sono la tutela della salute delle donne e la tutela degli embrioni". Certo, il ministro non nasconde le sue preoccupazioni sui dati raccolti, che, secondo Livia Turco, non possono che indicare che dopo l'entrata in vigore della legge 40 le tecniche di Pma sono meno efficaci. E "in questa situazione - ha sottolineato il ministro - è poco tutelata sia la salute della donna che dell'embrione".



## Ogni anno la PMA entra in Parlamento

■ Lo stabilisce l'articolo 15 della legge 40: il ministro della Salute, sulla base dei dati indicati dall'Istituto Superiore di Sanità, presenta entro il 30 giugno di ogni anno una relazione al Parlamento sull'attuazione della legge in materia di procreazione medicalmente assistita (Pma). Questa è, quindi, la terza Relazione che il Parlamento ascolta e che permette un primo confronto e ragionamento sull'evoluzione della procreazione medicalmente assistita in Italia dopo l'introduzione della legge, nel 2004. I dati illustrati nella Relazione, riferiti all'anno 2005, provengono dai 169 centri censiti, su 330 presenti sul territorio nazionale. Un numero ancora basso rispetto alla totalità dei centri esistenti su tutto il territorio nazionale, ma in crescita rispetto ai 120 censiti nel 2003.

### I centri Pma in Italia

Sono 330 i centri Pma in Italia: 152 tra centri pubblici e privati convenzionati con il Sistema sanitario nazionale, che rappresentano rispettivamente il 40,0% e il 6,1%, e, complessivamente, il 46,1% del totale. I restanti 178 Centri, corrispondenti al 53,9%, offrono servizio di tipo privato.

La diffusione di questi centri non è però omogenea sul territorio nazionale. Se infatti i centri pubblici si trovano per il 34,1% nel Nord-Ovest del Paese e il 28% nel Nord-Est, nel meridione la percentuale scende al 22% e nel Centro Italia al 15,9%. Se a questi dati si aggiungono i Centri privati convenzionati, si accentua il divario tra il Nord-Ovest ed il Centro-Sud, anche se in senso opposto: il 34,8% dei centri privati è concentrato nel Sud, il 28,1% nel Centro, il 21,9% nel Nord-Ovest ed il 15,2% nel Nord Est.

Sul totale, il 37,9% dei Centri di primo livello è situato nel Nord-Ovest, il 18,9% nel Nord Est, il 23,5% nel Centro e il 19,7% nel Sud. I Centri di II e III livello sono distribuiti per il 21,7% nel Nord Ovest, il 21,2% nel Nord-Est, il 23,2% nel Centro e ben il 33,8% nel Sud. In Italia operano 132 Centri di I livello, che rappresentano il 40,0% del totale e 198 Centri di II e III livello, ovvero il 60,0% del totale.

### Sintesi dei dati per tecnica utilizzata

Il primo elemento da sottolineare è che nel nostro Paese esiste un numero di Centri molto più elevato che in altri Paesi europei ma, al contrario, l'offerta delle tecniche appare per certi versi inadeguata. Infatti, circa il

40% delle procedure veniva effettuato nel solo Nord Ovest d'Italia.

A livello nazionale, ecco i principali dati per tecnica utilizzata. **Tecniche di inseminazione semplice.** Nel 2005 sono state trattate 15.770 coppie, iniziati 26.292 cicli e ottenute 2.805 gravidanze. Le gravidanze di cui si conosce l'esito sono 1.464; i parti sono stati 1.114 (il 76,1% delle gravidanze con esiti noti); gli esiti negativi (aborto spontaneo o terapeutico, morte intrauterina, gravidanza ectopica) sono stati 350 (il 23,9%). I bambini nati vivi sono 1.291.

**Tecniche a fresco di fecondazione assistita.** Sono state trattate 27.254 coppie, iniziati 33.244 cicli e ottenute 6.243 gravidanze. Le 3.603 gravidanze di cui si conosce il follow-up sono esitate in 2.680 parti (74,4%) e in 950 esiti negativi (26,4%). I bambini nati vivi sono 3.385.

**Tecniche di scongelamento di embrioni o di ovociti.** Sono stati iniziati 4.049 cicli; sono state ottenute 451 gravidanze (194 con embrioni e 257 con ovociti scongelati); di 325 si conosce il

follow-up e sono esitate in 239 parti con 89 esiti negativi (27,4%); i bambini nati vivi sono stati 264.

Emerge soprattutto che la tecnica GIFT è ormai quasi inutilizzata (solo 41 cicli di trattamento pari allo 0,1% dei cicli totali, con 8 gravidanze ottenute), mentre si assiste a una crescita dei cicli effettuati con Fivet e Icsi. Il 27,1% dei 33.244 cicli iniziati è con tecnica FIVET, il 72,8% con tecnica ICSI. Il motivo di quest'ultimo dato resta da approfondire, poiché risulta superiore a quello atteso, anche considerando i dati della letteratura internazionale.

### FIVET e ICSI: confronto 2003/2005

Analizzando i risultati riferiti solo alle tecniche a fresco FIVET e ICSI negli anni 2003 e 2005, è necessario anzitutto tener conto del fatto che il numero totale delle gravidanze non è un dato confrontabile, in quanto nel 2003 operavano solo 120 centri e sono diventati 169 nel 2005. Molto forte anche la crescita del numero di pazienti.

Si può però effettuare un confronto sulle percentuali di gravidanze ottenute nel 2005, quindi sulla percentuale di successo che, tuttavia, sembra più che altro di insuccesso, dal momento che le percentuali di gravidanze rapportate ai prelievi effettuati sono passate dal 24,8% nel

### I centri in Italia per Regione e tipologia di servizi

Regione	totale centri	I livello	II e III livello
Piemonte	24	13	11
Valle d'Aosta	1	0	1
Lombardia	62	34	28
Liguria	6	3	3
P.A. Bolzano	5	2	3
P.A. Trento	2	0	2
Veneto	33	11	22
Friuli V.G.	7	3	4
Emilia Romagna	20	9	11
Toscana	19	8	11
Umbria	1	0	1
Marche	3	0	3
Lazio	54	23	31
Abruzzo	4	0	4
Molise	1	0	1
Campania	39	15	24
Puglia	6	0	6
Basilicata	1	0	1
Calabria	3	1	2
Sicilia	35	10	25
Sardegna	4	0	4
<b>Totale</b>	<b>330</b>	<b>132</b>	<b>198</b>

2003 al 21,2% nel 2005, con una riduzione di 3,6 punti percentuali. Rispetto alla totalità dei prelievi effettuati, nel 22,5% dei casi o non si arriva alla fase del trasferimento per mancanza di embrioni, o si giunge a trasferire un solo embrione. Il numero di trasferimenti effettuati con un solo embrione è passata dal 13,7% dei trasferimenti del 2003 al 18,7% di quelli del 2005. Dove nel 2003 il trasferimento di un singolo embrione poteva avvenire per decisione del medico in base alle caratteristiche della paziente, nel 2005 avviene invece frequentemente per mancanza di altri embrioni prodotti da trasferire. Ed è noto che eseguire un trasferimento con un solo embrione non selezionato riduce notevolmente le

probabilità di ottenere una gravidanza, soprattutto nelle pazienti con età più avanzata.

Circa l'80% dei trasferimenti viene effettuato trasferendo più di un embrione, non potendo decidere il numero degli embrioni da trasferire in base alle caratteristiche cliniche e all'età della singola paziente. Nel 2003, come riferito dall'Istituto Superiore di Sanità, la percentuale di parti plurimi (parti gemellari, trigemini e multipli) era pari al 22,7%, contro il 24,3% ottenuto nel 2005. Inoltre, rispetto alla percentuale dei parti trigemini, possiamo osservare che, mentre nei Paesi europei tale percentuale mostra una costante riduzione nel tempo, questo non avviene nel nostro Paese. Inoltre, il dato italiano del 2005 pari al 2,7% per le tecniche FIVET e ICSI risulta ben superiore al dato raggiunto in Europa già nel 2003 pari all'1,1%. Un ulteriore dato è quello dell'aumento degli esiti negativi delle gravidanze: si passa infatti dal 23,4% di gravidanze ottenute con tecniche a fresco che si interrompono e non giungono al parto nell'anno 2003 (per aborti spontanei, morti intrauterine, gravidanze ectopiche), al 26,4% nell'anno 2005. L'aumento degli esiti negativi delle gravidanze è direttamente correlato all'obbligo di impianto di tutti gli embrioni previsto dalla legge 40/2004. **Y**

## Gli embrioni orfani

■ Sono 3.415 gli embrioni crioconservati per i quali i genitori hanno firmato la rinuncia scritta al futuro impianto, ma ce ne sarebbero altri 6.079 che le coppie o le donne non hanno più richiesto e reso di fatto "orfani", pur non firmando l'atto di abbandono. Si tratta di quegli embrioni per i quali i tentativi da parte dei Centri di ricontattare i genitori sono andati avanti oltre un anno, ma senza risultati.

Per quanto riguarda la prima tipologia degli embrioni in stato di abbandono, otto centri hanno dichiarato di non avere embrioni crioconservati o di averli trasferiti ad altri centri.

Degli 80 centri rimanenti, il 67,5% ha dichiarato di avere embrioni crioconservati in stato di abbandono, per un totale di 3.415 embrioni appartenenti a 825 coppie.

La seconda fase del censimento

svolto dall'Iss è relativa a quegli embrioni per i quali non abbiano dato alcun esito i tentativi dei centri di Pma di rintracciare le coppie di genitori, o le donne a cui gli embrioni appartengono. Finora sono 1.499 le coppie, cui appartengono un totale di 6.079 embrioni crioconservati, che non sono state rintracciate, anche se, in alcuni casi, proseguono i tentativi di rintracciarle.

# Il Registro nazionale Pma

È all'Istituto Superiore di Sanità che la Legge 40 ha assegnato il compito di gestire il Registro italiano della procreazione medicalmente assistita, che raccoglie i dati su tutte le strutture che la applicano in Italia, siano pubbliche o private.

Il Registro è finanziato dal ministero della Salute e ha come obiettivo fondamentale quello

di valutare quali siano le tecniche di riproduzione assistita più efficaci e sicure dal punto di vista dei risultati per le coppie.

Per la raccolta dei dati, dove i dati personali delle coppie restano assolutamente anonimi, l'Iss si avvale di un sito web al quale i centri possono accedere per compilare i moduli predisposti dai ricercatori dell'Istituto per censire le tecniche e servizi of-

ferti, i dati sull'efficacia e gli esiti delle tecniche. Tramite il sito [www.iss.it/site/registropma/](http://www.iss.it/site/registropma/) vengono offerte alcune informazioni utili anche ai cittadini.

### Sondaggio Iss: coppie disorientate sulle cure

Carenza di informazioni, mancanza di un elenco di strutture specializzate, scarsa conoscenza delle tecniche e dei trattamenti

ti. Sono questi i problemi più rilevanti per le coppie che decidono di avere un figlio tramite la procreazione medicalmente assistita. La fotografia dei loro bisogni è stata scattata dall'Iss attraverso un'indagine presentata lo scorso maggio, dalla quale emerge che le coppie che devono tentare la fecondazione assistita si sentono disorientate, criticano la legge 40 per alcuni aspetti, come l'obbligo di impianto di tre embrioni, ma allo stesso tempo si dimostrano rassicurate del fatto che esistano

delle norme e che gli esiti dei centri saranno visibili a tutti attraverso il Registro della Pma. Durante l'indagine i ricercatori non hanno fatto domande sull'attuale legislazione in materia di Pma, ma le coppie hanno spontaneamente commentato la legge.

Le coppie, insomma, sono disorientate e il primo bisogno è quello di saperne di più sull'infertilità, sulle tecniche, sui trattamenti e sui centri di Pma. Poi, le strutture, mancando, a loro giudizio, tutte le informazioni

necessarie per poter scegliere il centro più adatto.

Poco o nulla sanno sui diversi tipi di trattamento esistenti: le diverse tecniche (inseminazione semplice, fecondazione in vitro, microiniezione intraovocitaria), le varie tappe di ogni trattamento, i tempi, le analisi e gli esami da fare, i possibili interventi, quando ha senso riprovare un altro trattamento e quando invece dire basta.

Tra il personale sanitario, le coppie hanno indicato come fonte di informazione degna di fiducia soprattutto il ginecologo, da cui si aspettano non solo infor-

mazioni serie e affidabili, ma anche una certa carica di serenità e tranquillità. Poca fiducia invece si ripone nel medico di base, visto dai più come una figura distante dall'ambito della procreazione assistita. Più affidabili gli operatori non medici, quali ostetrici e infermieri.

Ma non è solo l'informazione a mancare. Forte è il bisogno di una comunicazione adeguata. Le coppie vogliono diagnosi chiare, semplici e precise. Vogliono avere il tempo di fare domande e si aspettano risposte personalizzate. Vogliono soprattutto che le informazioni siano

## Cresce il turismo provetta

Sono circa 4mila le coppie italiane che ogni anno vanno all'estero per sottoporsi alle tecniche di fecondazione medicalmente assistita, pagando per ogni ciclo una media di 8.000 euro. La destinazione preferita da chi vuole un figlio è la Spagna, dove ci sono cliniche all'avanguardia, tempi di attesa ridotti e personale sanitario in grado di comunicare facilmente con le coppie italiane. E dove, soprattutto, è consentito quello che la legge 40 impedisce in Italia: la diagnosi preimpianto, la fecondazione eterologa, il congelamento degli embrioni in sovrannumero. Per poter tentare di avere una gravidanza senza "bombardare" la donna di ormoni, con il rischio che ne consegue: patologie del sno e dell'endometrio, menopausa precoce e tumori.

Ma sia chiaro: "In Spagna non è il Far west", ha dichiarato Pedro Barri, direttore della clinica ostetrica universitaria Dexeus di Barcellona. "La nostra legge è in linea con la maggioranza delle normative europee" e "se al nostro Centro bussano due coppie italiane al giorno è perché applichiamo le tecniche di procreazione più moderne con rigore e serietà. La vostra legge è troppo restrittiva".

omogenee, non condizionate da interessi economici, credo religiosi e altro.

Molto apprezzati sono i pro-

grammi televisivi e radiofonici che parlano di procreazione medicalmente assistita, creando così maggiore consapevolezza tra

le persone. Ma è soprattutto sul web che passano le informazioni, in particolare attraverso forum e blog. Tanto che molte coppie hanno espresso il desiderio di un sito web governativo a garanzia dell'informazione fornita.

Infine, quello che urge è anche il sostegno psicologico, richiesto in tre diverse forme: il sostegno psicologico qualificato, quello offerto dall'operatore che li segue nel percorso della Pma e il sostegno tra pari offerto da altre coppie che già hanno vissuto o stanno vivendo la stessa esperienza. **Y**

### Pareri e commenti a confronto

# Il dibattito sulla procreazione medicalmente assistita

#### La posizione espressa dall'Aogoi

Il dibattito sulla Pma si fece particolarmente acceso nel 2005, in vista del referendum sulla legge 40. In quell'occasione l'Aogoi ritenne doveroso intervenire per dare voce alla comunità degli ostetrici ginecologi italiani, primi e più appropriati depositari della tutela della salute della donna e del nascituro. Pur esprimendosi a favore di una regolamentazione sulla Pma, l'Aogoi sottolineava però la preoccupazione e il profondo disagio di fronte al fatto che "problematiche prettamente tecniche vengano normate da precise indicazioni legislative spesso confliggenti con i più moderni dati scientifici e con la coscienza professionale degli operatori. La dialettica del confronto tra visioni etiche divergenti, legittimamente presenti nella coscienza e nella tradizione del nostro paese, avrebbe dovuto trovare una sintesi di alto contenuto nei principi che ispirano da sempre la pratica medica: curare la paziente con la massima appropriatezza ed efficacia e non nuocere alla sua salute". Secondo l'Aogoi la legge 40/2004 si discosta in vari punti da questi irrinunciabili principi quando impone una pratica della Pma lontana dagli standard scientifici riconosciuti dalla comunità medica internazionale. "Dalle im-

#### IL PARADOSSO DELLA LEGGE 40

A tre anni dall'entrata in vigore della legge 40, il presidente Aogoi, **Giovanni Monni**, che, come esperto della Pma era stato sentito in audizione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato, non può che rilevare alcuni gravi effetti e criticità che le coppie – ma anche i medici – sono stati costretti a fronteggiare per far nascere un bambino secondo le regole imposte dal provvedimento. "La legge – ha affermato Monni – ha creato un paradosso crudele: si vieta a due genitori di fare analizzare un concepito in provetta allo stadio di otto cellule per controllare se sia portatore di patologie genetiche e li si obbliga all'impianto a tutti i costi. Salvo poi consentire, fino al 5° mese di gravidanza, l'aborto terapeutico se il feto è malato. Così facendo, la sofferenza che si provoca alle donne è immensa. Siamo sicuri che questa sia davvero tutela della vita e della salute della donna e della coppia?". Il presidente Monni è anche il medico che ha avuto in cura la coppia sarda portatrice di betatalassemia e che ha rifiutato l'utilizzo degli embrioni, denunciando alla magistratura l'incostituzionalità del divieto alla diagnosi preimpianto. Già un anno prima la donna si era sottoposta a un intervento di fecondazione medicalmente assistita e aveva abortito, dopo 11 settimane, perché aveva scoperto, tramite il prelievo di villi coriali al 3° mese, che il feto era affetto da talassemia. La coppia non aveva intenzione di rischiare la stessa sorte con un secondo tentativo. "Regolamentare la fecondazione assistita è giusto – ha concluso il presidente Aogoi – ma non si può chiedere alle coppie di giocare sulla propria pelle alla roulette russa".

posizioni di questa legge si originano: una pratica di bassa efficacia terapeutica, una scarsa tutela della salute della donna e del nascituro per la reiterazio-

ne di tentativi terapeutici non privi di rischi per la paziente e per l'aumento delle gravidanze plurime, un incremento dell'utilizzo dell'aborto terapeutico legato al divieto della diagnosi genetica preimpianto, un forte aumento del numero delle coppie che si reca nei paesi vicini per effettuare terapie non consentite nel nostro Paese, lontano da ogni possibilità di controllo e con costi proibitivi per molte coppie. A questo si aggiunge il totale frustrante isolamento della comunità dei ricercatori italiani per l'impossibilità di fatto di proseguire la ricerca su questi temi".

#### I commenti dei politici e dei clinici

Le contraddizioni della legge 40 sono varie anche per **Maura Cossutta**, consigliere del ministro della Salute, secondo la quale "i dati comunicati dal ministro della Salute sono molto chiari e impongono una riflessione da affidare subito al Parlamento". Che la legge vada modificata ne sono convinti anche **Carlo Flamigni**, membro del Comitato nazionale di bioetica, e **Severino Antinori**, presi-

dente dell'Associazione mondiale di medicina della riproduzione. "La legge 40 è sostanzialmente fallita", ha osservato Flamigni evidenziando come il calo delle gravidanze ottenute e gli eccessivi parti plurimi siano "chiari segnali che con queste norme ottenere risultati positivi è difficile". Sulla stessa lunghezza d'onda Severino Antinori, secondo il quale i dati della relazione illustrano la "catastrofica" situazione che si è realizzata in Italia: "Migliaia di donne non hanno potuto avere più figli, migliaia di donne hanno dovuto emigrare e la legge 40 ha provocato danni irreparabili", dovuti anche al divieto di effettuare la diagnosi preimpianto.

La legge, però, ha ancora dei sostenitori, come **Girolamo Sirchia**, ministro della Salute nell'anno



di approvazione del provvedimento. Secondo l'ex ministro della Salute, infatti, i dati presentati al Parlamento da Livia Turco "non sono sconvolgenti" ma, anzi, rilevano come "nel complesso la legge abbia funzionato", tenendo anche conto che solo analizzando l'andamento nel tempo sarà possibile valutare con maggiore esattezza se le variazioni riscontrate sono una normale fluttuazione o l'indice di qual-

## Turco: riscriverò linee guida sulla Pma

"Io stessa scriverò le nuove linee guida sulla procreazione medicalmente assistita e saranno condivise con le donne e con il Parlamento". Lo ha dichiarato il ministro della Salute Livia Turco nei giorni successivi alla presentazione della Relazione sulla legge 40 e annunciando di aver chiesto per questo il parere del Consiglio Superiore di Sanità che, ha sottolineato, rappresenterà una valutazione tecnica. L'intenzione del ministro è di arrivare a settembre con un testo e procedere quindi con un passaggio nelle Commissioni parlamentari competenti. "Non sono autorizzata a modificare una legge che ha avuto un percorso e una storia così particolare", ha detto Turco ricordando, però, che la stessa legge 40 prevede che almeno ogni tre anni vengano aggiornate le linee guida sulla base delle nuove evidenze medico-scientifiche. Per elaborare le linee guida il ministro ha assicurato che darà il via a un confronto con gli esperti e gli organi competenti. "Sarebbe anche giusto – ha aggiunto – un luogo libero di confronto per le donne che, in diversi modi, hanno avuto modo di ragionare su questo tema e possono portare a questo lavoro la loro esperienza".

che problema. “Inoltre – ha aggiunto Sirchia – si è fatto un clamore enorme sul fatto che potessero essere impiantati solo tre embrioni e adesso in Inghilterra hanno deciso di portarli da tre a due. Quindi forse in questo senso la legge è troppo permissiva”. “Non bisogna toccare la legge, ma migliorarne l’applicazione” è la posizione di **Paola Binetti**, membro della Commissione Igiene e Sanità del Senato (Margherita). “La legge – ha sostenuto Binetti – sta funzionando ed è scorretto stabilire un legame causa-effetto tra l’aumento delle donne che si sottopongono alla Pma e gli esiti negativi. Sono le coppie che devono imparare a prevenire la sterilità e a non fare i figli troppo tardi”. E poi, ha concluso la senatrice della Margherita, “basta con la campagna denigratoria contro i centri italiani, che spinge molti italiani ad andare all’estero”. Ma le associazioni di malati la pensano diversamente. In un comunicato stampa – firmato dalla

## Legge 40

# Il Ccs dice sì all'aggiornamento linee guida

**C**on 37 voti a favore e 1 astenuto il Consiglio Superiore di Sanità ha detto sì a una revisione delle linee guida sulla procreazione medicalmen-

te assistita. Il ministro Turco aveva chiesto al Ccs di esprimersi sull’esistenza o meno di requisiti per aggiornare le linee guida nei giorni successivi alla presentazione in Parlamento della Legge 40. Insieme al voto favorevole, il Ccs ha consegnato al ministro le proprie proposte per rivedere le linee guida.

Secondo il Ccs, in particolare, la revisione dovrà anzitutto estendere il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita alle coppie in cui l’uomo sia portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili, quali infezioni da HIV, HBV e HCV. “L’elevato rischio di infezione per la madre e per il feto – si legge nel documento del Ccs – rappresenta, di fatto, un’oggettiva causa impeditiva alla procreazione, richiedendo l’adozione di precauzioni che si traducono, necessariamente, in una condizione di infertilità”. Esiste, quindi, la necessità di monitorare, mediante tecniche di biologia molecolare, l’assenza del virus nelle frazioni spermatozoarie purificate, da utilizzare nelle varie tecniche di riproduzione assistita in coppie sierodiscordanti.

Secondo gli esperti del Ccs sarebbe inoltre opportuno aggiornare i criteri di certificazione dello stato di infertilità per l’accesso alle tecniche di riproduzione assistita, richiedendo l’adozione di precauzioni che si traducono, necessariamente, in una condizione di infertilità.

zione assistita, affinché venga effettuata dagli specialisti maggiormente competenti a seconda dei casi: da uno specialista in genetica per le patologie genetiche, da un endocrinologo con competenze andrologiche o da un urologo con competenze andrologiche nei casi di patologie maschili.

Il Ccs suggerisce quindi di implementare, a scopo di ricerca, lo studio del primo corpuscolo polare, per attingere informazioni su importanti patologie, quali le traslocazioni bilanciate e le malattie monogeniche e X-linked dominanti.

“Tenuto conto che le tecniche di riproduzione assistita, oltre all’indubbio stress psicologico, sono notoriamente gravate da rischi e complicanze, alcune delle quali potenzialmente mortali”, secondo il gruppo di esperti occorre anche:

- implementare gli studi sulle tecniche di crioconservazione e scongelamento degli ovociti, per garantirne una migliore qualità in caso di successivi tentativi di impianto;

- favorire l’estensione di tali tecniche ai Centri di Pma;

- garantire alle coppie equità di accesso ai trattamenti di Pma su tutto il territorio nazionale, in termini di competenza professionale, efficienza organizzativa e sicurezza nell’erogazione delle prestazioni, anche per limitare il fenomeno della migrazione interna delle coppie.

Infine, per assicurare adeguato sostegno psicologico alla coppia, il Ccs suggerisce che sia prevista presso ogni Centro la possibilità di consulenza da parte di uno psicologo che abbia un’adeguata formazione nel settore. **Y**



Fondazione Futuro senza Talassemia, Sos Infertilità, Lega Italiana Fibrosi Cistica, Associazione Hera, Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato Toscana, Mammeonline, Aster associazione talassemici riuniti e Associazione fanciulli microcitemici – le coppie che vogliono avere figli hanno dato voce alla loro frustrazione, affermando che “nelle Linee guida emanate nel 2004 non è stata assolutamente presa in esame la condizione delle coppie portatrici di malattie genetiche e infettive e delle possibilità di accesso alla Pma. Esse, a causa delle gravi patologie di cui sono affette, rinunciano ad avere figli per il timore di trasmettere loro le proprie malattie e vivono di fatto tra una condizione di infertilità e l’incubo del ricorso all’aborto terapeutico”. Le associazioni chiedono anche un accesso alle tecniche modulate sull’età delle pazienti e il ritorno alla possibilità della diagnosi preimpianto, dal momento che, da un punto di vista strettamente giuridico, “il diritto all’informazione sul proprio stato di salute e su quello del nascituro è un diritto costituzionalmente garantito nonché previsto specificamente in ordine alla salute”. **Y**

## IL PARERE DEL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

**Di seguito il testo del parere del Consiglio Superiore di Sanità in merito al quesito posto al Ministro della Salute Livia Turco sulla sussistenza o meno dei presupposti per l'aggiornamento delle linee guida della legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita**

«(...)

**Evidenziato** che l’eventuale aggiornamento delle linee guida in esame deve necessariamente rispettare quanto previsto dal disposto di legge attualmente vigente.

**Esaminati gli atti e la documentazione pervenuti al Ccs.**

**Sentita la relazione dell’ISS** sull’attività delle strutture autorizzate, con particolare riferimento alla valutazione epidemiologica delle tecniche e degli interventi di PMA effettuati nel Paese;

**Sentito il Gruppo di lavoro** ad hoc costituito: relatore prof. Cuccurullo

**Ritiene, in relazione al quesito posto dal Ministro che sussistano i presupposti per l'aggiornamento delle linee guida allegato al decreto ministeriale 21 luglio 2004, relativamente ad alcuni aspetti.**

In particolare,

**Considerato** che l’art. 4, comma 1, della legge 40 “Accesso alle tecniche” testualmente recita “Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l’impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico”.

**Tenuto conto**, pertanto, che per la coppia in cui l’uomo sia portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili, quali, in particolare, infezioni da HIV, HBV e HCV, l’elevato rischio di infezione per la madre e per il feto rappresenta, di fatto, un’oggettiva causa impe-

ditiva alla procreazione, richiedendo l’adozione di precauzioni che si traducono, necessariamente, in una condizione di infertilità.

### Ritiene

- che queste condizioni rientrino tra i casi di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico previsti dall’art. 4 del DM 21 luglio 2004;

- che, per ridurre il rischio di contaminazione, i centri ai quali si affidano tali coppie per la fecondazione assistita debbano essere in grado di effettuare la ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) e lo *sperm-washing*.

Sembra opportuno ricordare che dati recenti, ottenuti mediante PCR in situ e in fase solubile, dimostrano che soggetti HIV-1 sieropositivi possono eiaculare piccole quantità di spermatozoi strutturalmente anormali, che contengono DNA virale al loro interno (Muciaccia et al. 2007 Human Reprod, in corso di stampa). Deve essere sottolineato che questi risultati potrebbero essere irrilevanti per la riproduzione assistita in coppie sierodiscordanti. In questi casi, infatti, le procedure usate per la preparazione degli spermatozoi, che prevedono il lavaggio mediante gradiente di Percoll seguito da swim up, consentono di recuperare spermatozoi normoformati e dotati di motilità, escludendo quelli malformati. Inoltre, non è stata riportata in letteratura la nascita di bambini infettati da HIV-1 da coppie sierodiscordanti dopo fecondazione assistita. Gli spermatozoi portatori di alterazioni strutturali e positivi per il DNA virale potrebbero quindi essere incapaci di fecondare e/o di generare embrioni vitali. Tuttavia, questa informazione impone la necessità di monitorare, mediante tecniche di biologia molecolare, l’assenza del virus nelle frazioni spermatozoarie purificate, da utilizzare nelle varie tecniche di riproduzione assistita in coppie sierodiscordanti.

**Ritiene opportuno** che al sopra citato art. 4, sia specificato che la Certificazione dello stato di infertilità per l’accesso alle tecniche di riproduzione assistita, venga effettuata:

- per le patologie genetiche, da uno specialista in genetica medica;

- per le patologie maschili da un endocrinologo con competenze andrologiche o da un urologo con competenze andrologiche.

Inoltre, per assicurare adeguato sostegno psicologico alla coppia, suggerisce che sia prevista presso ogni Cen-

tro la possibilità di consulenza da parte di psicologo con adeguata formazione nel settore.

**Suggerisce** di implementare, a scopo di ricerca, lo studio del primo corpuscolo polare<sup>1</sup>, per attingere informazioni su importanti patologie, quali le traslocazioni bilanciate e le malattie monogeniche e X-linked dominanti.

**Tenuto conto** che le tecniche di riproduzione assistita, oltre all’indubbio stress psicologico, sono notoriamente gravate da rischi e complicanze, alcune delle quali potenzialmente mortali, quali:

- sindrome da iperstimolazione ovarica,
- rischi anestesiologici,
- rischi legati agli atti operatori (complicazioni emorragiche, infettive e tromboemboliche).

### Ritiene opportuno

- implementare gli studi sulle tecniche di crioconservazione e scongelamento degli ovociti, per garantirne una migliore qualità in caso di successivi tentativi di impianto;

- favorire l’estensione di tali tecniche ai Centri di PMA;

- garantire alle coppie equità di accesso ai trattamenti di PMA su tutto il territorio nazionale, in termini di competenza professionale, efficienza organizzativa e sicurezza nell’erogazione delle prestazioni, anche per limitare il fenomeno della migrazione interna delle coppie.

Inoltre, alla luce dell’analisi condotta dall’Istituto Superiore di Sanità sull’attività delle strutture autorizzate all’effettuazione delle tecniche di PMA nel 2005, i cui dati, disponibili attualmente solo in forma aggregata, sono stati oggetto della relazione al Parlamento da parte del Ministro, in data 28 giugno 2007,

Infine

### Suggerisce

- l’istituzione di un tavolo di confronto che valuti le problematiche connesse al raggiungimento di una migliore efficacia e sicurezza delle tecniche, nel rispetto dei principi costituzionali di tutela della salute delle donne;

- la raccolta dei dati relativi alle tecniche di procreazione medicalmente assistita in forma disaggregata per una più completa ed articolata valutazione dei risultati.»

Etica di fine vita di Stefano Simoni

# Affinare la cultura dell'accompagnamento

A Udine il Convegno della Fnomceo per parlare di testamento biologico, rapporto medico-paziente, responsabilità. Mentre i legislatori sono bloccati su un testo "difficile" da approvare che rispetti le legittime posizioni di tutti, i camici bianchi affermano la centralità del nuovo codice deontologico come punto di riferimento

Per riflettere, per provare a capire, per cercare un momento di dibattito libero da condizionamenti di parte, a Udine, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo) ha organizzato un Convegno sul tema di fine vita a cui hanno partecipato rappresentanti delle istituzioni ai massimi livelli, il ministro della Salute, Livia Turco e il presidente della XII Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama, Ignazio Marino su tutti, politici,

magistrati, docenti di Etica e Bioetica e naturalmente medici. Due giorni in cui si è riaffermata la centralità del nuovo codice deontologico, approvato nel 2006, come punto di riferimento per tutti i medici italiani. Testamento biologico e informa-

**Da alcuni mesi** la XII Commissione Igiene e Sanità del Senato sta discutendo diverse proposte di legge sul testamento biologico. Dopo un certo ottimismo iniziale, in cui sembrava che un testo unificato potesse essere approvato, i lavori stanno registrando una fase di stallo, l'ennesima, dalla quale al momento non si vede come si possa uscire. Sono anni che nel nostro Paese si discute nel tentativo di trovare una definizione giuridica capace di conciliare le diverse scelte suggerite dal pluralismo morale e di ancorarle ai progressi della scienza medica, spesso troppo veloci e lontani dalla dimensione dell'uomo. Una legge che possa aiutare il medico di fronte a una decisione, del paziente, che è sempre drammatica e in cui spesso il professionista è da solo.

nale e fiduciario. Dal nuovo codice dunque non si può prescindere. Lo ha detto con forza anche il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco: "Su questi temi non ci sono verità da gettare sul tavolo, ma noi abbiamo il no-

stro Codice" e lo stesso concetto è stato ribadito da Luigi Conte, presidente Omceo di Udine che in veste di organizzatore dell'evento ha fatto gli onori di casa: "Il nuovo codice afferma con forza che il medico deve tener

conto della volontà del paziente, del suo diritto all'autodeterminazione. E deve poterlo fare in modo certo e determinato". Nel presentare il convegno di Udine, Conte ha spiegato come l'obiettivo non è dire una parola definitiva quanto piuttosto "dire una parola che

sia in grado di mettere il politico nella condizione di prendere decisioni definitive ed equilibrate. Vorremmo evitare che il tentativo di esasperata mediazione che è in atto finisse per far venire fuori un documento in-

gestibile dal punto di vista pratico. Stiamo mettendo a confronto le diverse riflessioni per presentare al politico una posizione comune che gli consenta di produrre uno strumento utile nel momento in cui si va a gestire la singola situazione". Da quanto è emerso nel corso dei lavori, i medici italiani si riconoscono in una posizione che può essere riassunta in questo modo: tre "No" e un "Sì": No all'eutanasia, No all'accanimento terapeutico, No all'abbandono del malato in condizione di fine vita; Sì a un nuovo e rafforzato rapporto medico-paziente. Insomma, i camici bianchi vorrebbero uno strumento legislativo in grado di portare serenità nel rapporto medico-paziente e dare certezza al professionista che rifugge dall'accanimento terapeutico, di non incorrere nelle sanzioni del codice penale.

## Nuova grammatica del diritto alla salute

"Sono venuta qui soprattutto per ascoltare". Ha esordito il mini-

stro della Salute, Livia Turco, intervenuta quasi a fine giornata, nonostante fosse arrivata all'apertura dei lavori. "Talvolta l'atteggiamento 'paternalistico' dei medici è invocato da noi stessi, quando viviamo la condizione di pazienti o di parenti dei pazienti". Sul diritto alla salute per tutti la Turco ha affermato: "credo che dovremmo riscrivere la grammatica, perché diventi comune e condivisa, perché tutti ci possiamo così intendere su alcuni termini. La grande sfida oggi è quella di affinare la cultura dell'accompagnamento". Turco ha poi concluso esprimendo la necessità di approvare presto la legge sul testamento biologico "con il più ampio consenso possibile".

Auspicio condiviso dal primo firmatario di uno dei testi sul testamento biologico, Ignazio Marino, per il quale la chiave di vol-

## L'opinione dei medici sulle scelte di fine vita

A Udine sono stati resi noti i dati di un questionario Studio Itald-Fnomceo che fotografa i comportamenti e le scelte dei camici bianchi quando assistono i pazienti senza speranza di vita

### Il campione

8950 medici aziendali e universitari; 5710 medici di medicina generale di età compresa tra i 30 e i 65 anni.

Le convinzioni religiose o filosofi-

che risultano: importanti (42%) nel comportamento professionale in merito ai processi decisionali di fine vita, molto importanti (30%), poco importanti (19%), affatto importanti (9%).

### Trattamento del dolore

Il paziente ha ricevuto morfina o un derivato almeno una settimana prima del decesso nel 25% dei casi; in un qualche momento prima del decesso nel 48% dei casi.

### Sedazione continua profonda

Il paziente era continuamente e profondamente sedato o mantenuto in coma nel 18% dei casi.

### Eutanasia, suicidio assistito

Il decesso è stato la conseguenza dell'uso di un farmaco prescritto,

fornito o somministrato con l'intenzione precisa di anticipare la fine della vita (o mettere in condizione il paziente di porre fine alla propria vita?). Lo 0,7% ha risposto in maniera positiva.

### Decisione di non trattamento

Non attuare un trattamento oppure interrompere un trattamento. Il 19% dei medici ha risposto positivamente.

### Atteggiamento generale del medico verso la comunicazione

Si preferisce parlare con il parente piuttosto che con il paziente competente (capace) in fase terminale di: diagnosi (54 contro 52%), inguaribilità della malat-

tia (56 contro 19%), aspettativa di vita (49 contro 18%), opzione delle cure palliative (52 contro 49%).

### Ogni persona dovrebbe avere il diritto di decidere di anticipare la fine della propria vita

Il 19% del campione si è dichiarato: molto d'accordo, il 29% d'accordo (per un totale del 48%), neutrale il 15%, in disaccordo il 23% e decisamente in disaccordo il 14% (per un totale del 37%).

### Cure palliative

Una sufficiente disponibilità di cure palliative di alta qualità previene quasi tutte le richieste di eutanasia e di suicidio assistito. Si dichiara molto d'accordo il 22% del

campione, d'accordo il 46% (totale 68%), neutrale il 16%, in disaccordo il 14%, decisamente in disaccordo il 2%.

### Richiesta di un paziente

I medici dovrebbero soddisfare la richiesta di un paziente di non attuare o di interrompere i trattamenti di sostegno vitale. È molto d'accordo il 21% del campione, d'accordo il 43% (totale 64%), neutrale l'8%, in disaccordo il 18%, decisamente in disaccordo il 9%.

### Dichiarazione anticipata

Le volontà chiaramente espresse in una direttiva anticipata da un paziente incapace in merito alla non attuazione o alla interruzione dei trattamenti di sostegno vitale



ta è nell'articolo 32 della Costituzione, da estendere a quei pazienti che si trovano in coma, soffrono nella fase terminale della malattia e non hanno nessuna ragionevole speranza di recupero dell'integrità intellettuale. La legge vuole dare risposte in questi casi, mettendo ciascuno nelle possibilità di dire che cosa vorrà, sulla base di un consenso o di un dissenso rispetto a determinate terapie di fine vita. "Questo non significa una legge per staccare la spina, al contrario dovrà essere una legge per dare a ciascuno la libertà di scegliere fino a che punto ci si vuole spingere con la tecnologia moderna".

I lavori, cui hanno partecipato oltre 150 rappresentanti del mondo della sanità, sono iniziati il venerdì con un convegno in cui sono stati presentati i dati della ricerca Itael, e sono terminati nella giornata di sabato con il Consiglio nazionale della Federazione.

La mattinata di venerdì è stata occupata da tre sessioni dedicate all'approfondimento giuridico, etico e deontologico delle tematiche. Ogni sessione ha avuto un andamento "dinamico": una serie di domande poste da discutere agli esperti. Per l'area giuridica erano presenti i due consiglieri di Corte d'appello Fucci (Milano) e Drignani (Trieste), per l'area etica il prof. Angelo Fiori (Cattolica di Roma) e Cinzia Caporale (vicepresidente del Comitato nazionale di bioetica) mentre per l'area deontologica Paola Binetti e il presidente dell'Ordine di Firenze Antonio Pantì.

Nel pomeriggio sono poi stati presentati i risultati dell'indagine Itael (vedi box a fondo pagina). La giornata, dopo gli interventi del ministro Turco e Ignazio Marino, si è chiusa con il dibattito sulla necessità o meno di una legge sul testamento biologico. **Y**

devono essere sempre rispettate, anche se ciò potrebbe anticipare la fine della via del paziente. Si dichiara molto d'accordo il 15% del campione, d'accordo il 40% (totale 55%), neutrale il 13%, in disaccordo il 25%, decisamente in disaccordo il 7%.

#### Fiduciario

Ad ogni persona dovrebbe essere consentito di nominare un'altra persona che venga legalmente autorizzata ad assumere decisione di fine vita al suo posto in caso di non competenza (incapacità). È molto d'accordo il 23% del campione, d'accordo il 41% (totale 64%), neutrale il 10%, in disaccordo il 18%, decisamente in disaccordo il 8%.

## Etica

### CASO WELBY Prosciolto il medico che interruppe il trattamento

■ Piergiorgio Welby aveva il diritto di chiedere che fosse interrotto il trattamento medico cui era sottoposto; l'anestesista aveva il dovere di assecondare la richiesta del paziente.

Con questa motivazione il giudice dell'udienza preliminare (Gup) di Roma, Zaira Secchi, ha prosciolto Mario Riccio, l'anestesista che il 20 dicembre scorso interruppe la ventilazione meccanica a Piergiorgio Welby, dall'accusa di 'omicidio del consenziente', con la formula "perché il fatto non costituisce reato". Nel dispositivo della sentenza il giudice ha fatto riferimento all'articolo 51 del codice penale, che prevede la non punibilità per chi adempie a un dovere. Era stato il Gup di Roma Renato Laviola l'8 giugno scorso a respingere la richiesta di archiviazione della posizione di Riccio. Alzò il tiro, chiedendo alla procura di Roma di formulare un "capo di imputazione coatto" e sollecitare il rinvio a giudizio del medico per "omicidio del consenziente", un reato che prevede, per chi provoca la morte di una persona con il consenso della stessa, la reclusione fino a 15 anni. Invece il Pm Francesca Loy ha sollecitato il proscioglimento di Riccio, sostenendo davanti al Gup che con l'interruzione della ventilazione meccanica è stato attuato un diritto del paziente.

"Oggi - ha commentato lo stesso Mario Riccio - è stato ribadito tutto quello che già sapevamo, ovvero che il paziente può rifiutare le terapie, anche quelle salvavita. E soprattutto, che questo suo diritto può anche essere delegato a un'altra persona". L'anestesista ha inoltre detto che il caso Welby è simile ad altre vicende e la decisione assunta dal Gup di Roma farà un pò da riferimento al cosiddetto testamento di vita". Una "tappa importante" ai fini della "definizione di garanzie per l'autodeterminazione del paziente". Così il ministro della Salute Livia Turco ha commentato la sentenza di proscioglimento di Riccio. Secondo il Ministro la decisione del Giudice per le udienze preliminari di Roma: "costituisce una tappa importante nella definizione di un quadro di riferimento, anche legislativo, utile a garantire il principio di autodeterminazione del paziente previsto dalla nostra Costituzione e dal Codice di deontologia medica. Ora - ha concluso la Turco - la parola passa al legislatore che dovrà comprendere le diverse sensibilità in un quadro normativo ben definito, a garanzia del cittadino e del medico, per far sì che le volontà del malato possano essere sempre rispettate".

Stefano Simoni

Comunicazione medico-paziente di Ester Maragò

## Gli internauti?... quasi medici

**G**li spazi mediatici dedicati ai temi della salute aumentano e gli italiani si sentono sempre più padroni della materia soprattutto se il loro livello di scolarizzazione è elevato. Sono in particolare gli "internauti", i cittadini più istruiti, autonomi e anche rivendicativi: questa ancora esigua ma significativa fetta di popolazione all'"avanguardia", infatti, non solo discute di salute con il medico sulla base dei risultati emersi dalle ricerche on-line, ma verifica anche sulla rete l'esattezza delle diagnosi e delle terapie proposte.

Il risultato? Il sapere medico sembra diventare meno esclusivo e il rapporto tra dottore e paziente inizia a mostrare piccole crepe, specialmente se il primo si sente relegato ad un ruolo "consulenziale" che erode la sua autorità.

Comunque, almeno per il momento, il fenomeno è ancora contenuto. Infatti, nonostante sei cittadini su dieci ritengano di essere "molto o abbastanza informati" sui temi della salute solo due su cinque considerano "soddisfacenti" le informazioni disponibili. Anzi, in molti avvertono la difficoltà ad orientarsi in questo mare di informazioni considerate talvolta confuse o persino illusorie, e per fare chiarezza continuano ad eleggere a primo consigliere e "giudice" il medico, in particolare quello di famiglia.

A descrivere i nuovi equilibri della relazione medico-paziente è la ricerca svolta dal Censis per conto del Forum della Ricerca Biomedica: "Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana". L'indagine, realizzata su un campione di mille abitanti maggiorenti e con il coinvolgimento di medici di medicina generale, specialisti ospedalieri e non, ha considerato tre aspetti: l'accesso alle informazioni sanitarie, la comunicazione medico-paziente, e il rapporto con il medico di famiglia.

#### I percorsi dell'informazione: tra contraddizioni e complessità

Dai dati raccolti è emerso un

■ Indagine del Censis- Forum della Ricerca Biomedica: "Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana"



### I medici faticano ad accettare il nuovo ruolo consulenziale che viene loro attribuito da quei cittadini, ormai la maggioranza, che hanno interiorizzato l'importanza dell'informazione e della scelta

rapporto contraddittorio sulle informazioni in materia di salute. Il 63,6% degli italiani ritiene di essere molto (9,5%) o abbastanza (54,1%) informato per quanto concerne i temi legati più strettamente alla tutela della propria salute e all'universo della malattia, ed è quindi convinto di saperne abbastanza su cause, sintomi e uso dei farmaci; mentre il 55,8% si considera molto (7,7%) o adeguatamente (48,1%) informato sui servizi sanitari ai quali rivolgersi in caso

di malattia. Ma ogni medaglia ha il suo rovescio. La comunicazione sui temi della salute e della malattia è giudicata soddisfacente solo dal 22,4% degli intervistati (il 77,6% si dichiara insoddisfatto), mentre quella sulle caratteristiche dei servizi è soddisfacente per il 20,8% dei cittadini (il 79,2% è insoddisfatto).

I motivi della scontento? Diffusa superficialità delle informazioni disponibili, scarsa comprensibilità, difficile reperibilità. Ma anche contraddittorietà delle notizie a disposizione e un pizzico di sfiducia verso le informazioni sanitarie.

E allora come dipanare la matassa di informazioni ricevute? Rivolgendosi al medico che offre "un riparo sicuro dallo stordimento e dall'incertezza". Basta guardare alle risposte fornite dagli italiani in merito alle modalità di scelta adottate in caso di ricorso ad un medico spe-

## In caso di comunicazione di una patologia grave, solo il 2,5% degli italiani preferirebbe rimanere all'oscuro. Oltre l'82% preferirebbe sapere, e per bocca del medico

cialista, ad una struttura sanitaria per un esame diagnostico o per ricoverarsi. Dall'indagine del Censis è emerso che il percorso per la maturazione della decisione intrapreso dai cittadini è articolato, e prevede un giro di consultazioni e di verifiche che coinvolge una vasta platea di soggetti o fonti d'informazione: in media i cittadini, prima di scegliere, prendono in considerazione più di 6 diverse fonti o elementi in grado di guidarli nella scelta (in media 3,2 fonti informative e 3,6 fattori pratico/logistici). Ma poi per la scelta finale si affidano soprattutto alla segnalazione e al giudizio dei medici.

Infatti, in testa alla classifica delle fonti di informazione più consultate c'è il medico di medicina generale (89,4% dei casi), seguito dal medico di fiducia, specialista e non (79,3%) e da familiari, parenti ed amici (71,2%). Agli ultimi posti figurano, con percentuali minori ma comunque non trascurabili, le informazioni disponibili sui media: il 24,8% dei cittadini con-



sulta giornali e trasmissioni televisive e il 19,9% internet. Solo il 29,4% si mette in contatto direttamente con il Cup e/o presso gli sportelli della struttura sanitaria o dell'ambulatorio di riferimento per avere informazioni sull'accesso.

Ma ci sono anche delle considerazioni pratiche che orientano i cittadini nelle scelte: una precedente esperienza positiva (83,9%); tempi di attesa ridotti (78,3%); l'orario comodo o la vicinanza da casa (il 63,8%); fattori economici (58,9%) e la "fama" della struttura e/o del professionista, ossia la sua visibilità pubblica (53,6%).

### Medici "sotto assedio"

Ma come vivono i professionisti della salute il rapporto con cittadini sempre più informati? Soprattutto come reagiscono alle richieste di quei cittadini più scolarizzati e con maggiori possibilità economiche, che tra internet, medicina specialistica privata e conoscenze personali si servono dell'offerta sanitaria con sempre maggiore autonomia?

I medici, in particolare quelli di medicina generale, sentono di subire un vero e proprio assedio alla loro professionalità, che si sostanzia in un'erosione della loro autorità. Erosione, rileva il Censis, che si estrinseca soprattutto nel comportamento dei cittadini più all'"avanguardia" che, seppure minoritari rispetto alla totalità dell'utenza, rappresentano comunque un modello di relazione che i medici hanno ben presente, individuando nella forte rivendicazione di autonomia di questi utenti una gra-

## È morto Silvio Natoli

■ Un malore ha ucciso a soli 58 anni Silvio Natoli, mentre era in vacanza a Lipari. Medico, con una grande passione politica cominciata negli anni '70 nel gruppo del Manifesto, Natoli da due mesi era stato nominato direttore generale dell'Istituto superiore di sanità. Negli anni passati era stato responsabile della sanità per i Ds, direttore generale in alcune aziende sanitarie durante il mandato di assessore alla Sanità di Lionello Cosentino, vice-coordinatore della Sisac e, con l'attuale Giunta Marrazzo, responsabile del Dipartimento sanitario. Il ministro della Salute Livia Turco, che con Natoli aveva condotto tante battaglie per il miglioramento della sanità e del welfare in Italia, lo ha voluto salutare con un comunicato stampa in cui afferma: "Di Silvio Natoli voglio ricordare la passione, il suo senso della partecipazione e il dare senza chiedere e senza aspettarsi nulla in cambio. Anche in politica. Dove ha accettato sempre nuovi impegni e nuove sfide che lo hanno visto in prima linea in posti scomodi e difficili, con pochi onori e tanti oneri".

### Opinioni circa le informazioni sanitarie oggi disponibili (%)

Sui temi della salute e della malattia (cause, sintomi, farmaci, nuove terapie e strumenti diagnostici ecc.)

**Sono soddisfacenti** 22,4  
**Non sono soddisfacenti** perché: 77,6

■ sono poco comprensibili	22,4
■ spesso non concordano	11,8
■ non mi fido	7,3
■ sono poco approfondite	22,8
■ sono poco reperibili, trovarle richiede uno sforzo non indifferente	13,3

**Totale** 100,0

Sulle caratteristiche dei servizi (ospedali, laboratori, specialisti, centri diagnostici) a cui eventualmente rivolgersi in caso di malattia

**Sono soddisfacenti** 20,8  
**Non sono soddisfacenti** perché: 79,2

■ sono poco comprensibili	18,8
■ spesso non concordano	11,2
■ non mi fido	9,6
■ sono poco approfondite	22,3
■ sono poco reperibili, trovarle richiede uno sforzo non indifferente	17,3

**Totale** 100,0

Fonte: indagine FBM-Censis, 2007

### Il livello di informazione in materia sanitaria (%)

Quanto si sente informato sui temi della salute e della malattia (cause, sintomi, farmaci, nuove terapie e strumenti diagnostici ecc.)?

Molto	9,5
Abbastanza	54,1
Poco	33,0
Per nulla	3,4

**Totale** 100,0

Quanto si sente informato sulle caratteristiche dei servizi (ospedali, laboratori, specialisti, centri diagnostici) a cui eventualmente rivolgersi in caso di malattia?

Molto	7,7
Abbastanza	48,1
Poco	39,3
Per nulla	4,9

**Totale** 100,0

Fonte: indagine FBM-Censis, 2007

### Opinioni in merito al consenso informato (\*) (%)

Secondo Lei il consenso informato...

È solo uno strumento burocratico che non migliora l'informazione e la consapevolezza del paziente	18,6
Serve solo per tutelare il medico in caso di errore	31,3
Migliora effettivamente il livello di informazione sulla malattia aiutando a scegliere con cognizione di causa	50,1

**Totale** 100,0

(\*) La base dati è il 76,4% che ha affermato di conoscere cosa sia il consenso informato

Fonte: indagine FBM-Censis, 2007

### Il criterio prevalente nella scelta dei servizi sanitari (%)

Alla fine quale criterio prevale nella scelta del servizio sanitario?

La segnalazione del medico di medicina generale	48,6
Le informazioni del suo medico di fiducia	34,7
Le informazioni fornite da parenti ed amici	6,6
Considera i minori tempi di attesa	3,7

Le informazioni del Centro unico di prenotazione telefonica o degli sportelli dell'ospedale/ambulatorio	2,0
Altro	4,4

**Totale** 100,0

Fonte: indagine FBM-Censis, 2007

ve minaccia alla loro professionalità.

Non solo, i medici faticano ad accettare anche questo nuovo ruolo consulenziale che gli viene attribuito da quei cittadini, ormai la maggioranza, che hanno interiorizzato l'importanza

dell'informazione e della scelta, e sembrano cercare nel medico di medicina generale una risposta a questo bisogno.

Insomma, si sentono minacciati, ma in realtà il giudizio dei pazienti sul proprio medico di famiglia è assolutamente positivo:

il 91,2% ritiene, infatti, che il Mmg valuti attentamente i sintomi e l'82,0% che sia attento agli aspetti psicologici e relazionali. Mentre qualche critica emerge solo su alcuni aspetti logistici: il 39,7% lamenta che il proprio medico è restio alle visite domiciliari e il 70% denuncia attese troppo lunghe negli studi.

### Il parere degli italiani sul consenso informato

Particolarmente interessante è anche il dato emerso su un argomento caldo nel rapporto medico paziente: il consenso informato. Su questo tema un'ampia quota di cittadini non è in grado di esprimere una valutazione. Quasi un italiano su quattro (23,6%) infatti sottolinea di avere problemi ad identificare con precisione in cosa consista il consenso informato. E tra i segmenti di popolazione che presentano le maggiori difficoltà a mettere a fuoco le caratteristiche di questo strumento ci sono: le persone con bassi livelli di istruzione (46,8% di coloro che hanno solo la licenza elementare o nessun titolo), coloro che soffrono di uno stato di salute insoddisfacente (49,1%) e gli ultrasessantatrenni (43,2%).

Invece, tra i cittadini più informati (che sono il 76,4%) una stretta maggioranza (il 50,1%) ritiene che il consenso informato sia uno strumento utile a migliorare il livello di informazione sulla malattia, il 18,6% pensa che sia un inutile adempimento burocratico o uno strumento di tutela per il medico, che grazie ad esso può scaricare la responsabilità di un trattamento terapeutico non riuscito o addirittura dannoso sul paziente che lo ha accettato (31,3%).

E sempre sul fronte dell'informazione, il Censis ha interrogato i cittadini su quale sia la soluzione più accettabile in caso di comunicazione di una patologia grave.

Per la maggioranza di cittadini il paziente, anche nei casi più drammatici, dovrebbe essere informato delle proprie condizioni di salute, e partecipare, in qualche modo, al processo di determinazione delle terapie e delle cure. Solo un'esigua percentuale di intervistati (il 2,5%) preferisce rimanere all'oscuro. Tra le fonti deputate alla comunicazione con il paziente spicca con forza la figura del medico: per l'82,3% degli italiani la comunicazione della malattia grave deve essere di competenza del medico, mentre solo per il 7,1% deve appartenere ai familiari. Appena il 3,7% sostiene che il paziente dovrebbe essere avvertito solo nel caso in cui vi siano possibilità concrete di guarigione. **Y**



S.I.G.O.



# 83°

## Congresso Nazionale SIGO 48° Congresso AOGOI 15° Congresso AGUI

# DONNA E AMBIENTE

14 - 17 ottobre 2007 Napoli, Mostra d'Oltremare

Presidenti: **Antonio Cardone - Antonio Chiàntera**

*CON IL PATROCINIO DELLA REGIONE CAMPANIA*

## TOPICS

IMPATTO DELL' AMBIENTE SULL' EVOLUZIONE DELLA GRAVIDANZA

PIANIFICAZIONE FAMILIARE TRA ESIGENZE PERSONALI E INTERFERENZE AMBIENTALI

PATOLOGIA GINECOLOGICA E CORRELATI SOCIO-AMBIENTALI

PROMOZIONE DEL PARTO SPONTANEO TRA INDICAZIONI MEDICHE ED ESIGENZE AMBIENTALI

INQUINAMENTO AMBIENTALE E RIPRODUZIONE

LE NUOVE TECNOLOGIE AL SERVIZIO DELLA SALUTE DELLA DONNA (Biotecnologie, Nanotecnologie, Telemedicina)

CUORE E DONNA

CUORE E DONNA IN GRAVIDANZA

L' IDEA DEL BENESSERE IN UNA REALTÀ MULTIETNICA

IL BENESSERE DELLA DONNA: DALL' ADOLESCENZA ALLA MATURITÀ

IL BENESSERE DELLA DONNA: DALLA PREMENOPAUSA ALLA TERZA ETÀ

LA VIOLENZA SULLE DONNE

ECOSISTEMA BATTERICO E CORRELATI GINECOLOGICI

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

S.E.L. CONGRESSI & TRIUMPH CONGRESSI

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

Via Arancio Ruiz, 107 - 80122 Napoli

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

TRIUMPH: gestione relatori, iscrizioni, atti, ECM

Via Lucilio, 60 - 00136 Roma

Tel: 06 - 355301 Fax: 06 - 35340213 e-mail: sigo2007@gruppotriumph.it

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dipartimento di Scienze Ginecologiche

Ostetriche e della Riproduzione

Largo Madonna delle Grazie 1 - 80138 Napoli

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

e-mail: sigo2007.scient@tiscali.it

TUTTE LE INFORMAZIONI AGGIORNATE  
SONO DISPONIBILI SU  
[WWW.SIGO2007.IT](http://WWW.SIGO2007.IT)

## L'intervista

**A colloquio con il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera  
Co-presidente 83° Congresso Nazionale Sigo – 48° Aogoi – 15° Agui**

# Donna e Ambiente

L'impatto dell'ambiente sulla salute in generale, e su quella della donna in particolare, sono temi ricorrenti in questa nostra epoca, che sembra evolversi sotto il segno di inquinamenti di ogni tipo. Per rimanere in ambito femminile, sono ormai certe le influenze del degrado ambientale, provocato soprattutto dal nostro stile di vita, sull'apparato riproduttivo, sull'evoluzione della gravidanza e sul crescente sviluppo di determinate patologie, quali il carcinoma ginecologico e l'endometriosi.

La scelta di "Donna Ambiente" come filo conduttore dell'ormai imminente Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui, in programma a Napoli dal 14 al 17 ottobre, "cade" in un momento di particolare attenzione e preoccupazione per l'ambiente in cui viviamo e per i danni che, soprattutto negli ultimi decenni, vi abbiamo apportato, con tutte le conseguenze negative, anche gravi, per la salute. A questo riguardo, almeno per una volta, la sensibilità delle istituzioni e dei privati

cittadini coincidono.

In particolare, in questi ultimi mesi, vi sono state importanti iniziative riguardanti l'impatto ambientale sulla salute: la Giornata mondiale dell'Ambiente, celebrata il 5 giugno con grande partecipazione nazionale e internazionale alle varie manifestazioni; la presentazione del primo rapporto sul "Cambiamento Climatico e Salute in Italia", coordinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) per conto dell'Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i Servizi Tecnici (Apat); infine, "Live Earth", il megaconcerto globale promosso da Al Gore.

In quest'ottica, anche il nuovo codice deontologico dei medici italiani ha riservato un articolo all'educazione alla salute e ai rapporti con l'ambiente, in cui si legge: "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini (...)".

In occasione della presentazione del rapporto dell'Oms sugli

effetti per la salute derivanti da fattori ambientali, il nostro ministro della Salute ha annunciato l'istituzione di un Tavolo comune con il ministro dell'Ambiente e i responsabili delle Regioni "per meglio contrastare i fattori ambientali che possono avere ricadute sulla salute e coordinare i nostri sforzi, sia sul piano della prevenzione che del coinvolgimento attivo del mondo delle imprese e delle altre istituzioni. L'obiettivo è la promozione di una politica ambientale più attenta alla qualità della vita e alla salute delle persone". Ancora, sul piano della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, oltre alla riforma della normativa vigente, attualmente all'esame delle Camere, è in fase di attuazione una speciale piattaforma "Salute e Lavoro" messa a punto con le Regioni e che è stata oggetto della conferenza nazionale del Ssn, svoltasi di recente a Torino, per la promozione della salute nei luoghi di lavoro.

■ Al professor Antonio Chiantera, presidente, insieme al pro-

fessor Antonio Cardone, del Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui 2007, abbiamo chiesto quali siano gli aspetti "più caldi" e le peculiarità di questo evento, così importante per la Ginecologia italiana, a partire dalla scelta dell'Ambiente come determinante della salute al femminile.

**Professor Chiantera, l'impatto ambientale sulla salute è diventato negli ultimi mesi quasi un leit-motiv. Il tempismo di "Donna e Ambiente" è pertanto perfetto. Quando avete scelto questo titolo e i relativi temi?**

Era da tempo che desideravo che si parlasse dei rapporti tra la salute femminile e i danni derivanti da un ambiente inquinato. Aspettavo solo il momento più opportuno per un confronto tra le conoscenze e le esperienze di tanti validi specialisti. Mi auguro che i lavori di Napoli possano portare una parola importante per meglio prevenire e fronteggiare questi che sono reali pericoli per tutte le donne, dall'adolescenza alla menopausa.

Anche la scelta di Napoli, come sede congressuale, è fortemente emblematica: è una città con straordinarie bellezze naturali, ma anche con una evidente fragilità ambientale.

Indubbiamente, come narrano le cronache di questi ultimi mesi, i fattori ambientali stanno giocando un ruolo determinante nella vita di questa città – bella e altrettanto sfortunata – e dei suoi abitanti. Dalle diverse sessioni del Congresso dovranno emergere chiare indicazioni sul come le diverse tipologie di inquinamento possano minare la salute della donna a livello ginecologico, in particolare sulla gravidanza. Sono sicuro che non si tratterà di vuoti, anche se forbiti, discorsi, ma di suggerimenti pratici, di dettami per meglio salvaguardare il benessere delle donne e dei loro figli.

**Quali saranno, professore, i principali momenti congressuali?**

Fare una graduatoria di interesse dei vari momenti congressuali non mi sembra possibile e neppure tanto corretto. Posso dire che tutte le sessioni sono di grande attualità. A parte le sessioni che tratteranno lo stretto rapporto tra fattori ambientali e salute della donna, specie a fronte di determinate patologie, come quella oncologica, mi piace sottolineare l'importanza delle relazioni sulle nuove tecnologie, già destinate a diventare la strada del futuro.

**Su quale criterio si è basata la**

## TOPICS

### IMPATTO DELL'AMBIENTE SULL'EVOLUZIONE DELLA GRAVIDANZA

- Inquinanti ambientali ed evoluzione della gravidanza
- Danno neurologico fetoneonatale
- Disturbi della coagulazione e patologia ostetrica
- Dieta ambiente e patologie ostetriche
- Dieta ambiente ed evoluzione della gravidanza
- Salute orale e salute materno-perinatale

### PIANIFICAZIONE FAMILIARE TRA ESIGENZE PERSONALI E INTERFERENZE AMBIENTALI

- Contraccezione Ormonale e benessere della donna
- MST e desiderio contattivo
- HPV tra paura e speranza
- Contraccezione d'emergenza

### PATOLOGIA GINECOLOGICA E CORRELATI SOCIO-AMBIENTALI

- Ambiente e oncogenesi
- Aspetti socio-ambientali della
- Patologia Oncologica
- Incontinenza urinaria
- Patologia della statica pelvica
- Fibromatosi uterina
- Endometriosi

### PROMOZIONE DEL PARTO SPONTANEO TRA INDICAZIONI MEDICHE ED ESIGENZE AMBIENTALI

- Nuovi modelli di parto attivo
- Controllo del dolore
- Emergenze/Urgenze in ostetricia - aspetti organizzativi
- Emergenze/Urgenze in ostetricia - aspetti clinici
- Parto pretermine
- TC su richiesta e medicina difensiva

### INQUINAMENTO AMBIENTALE E RIPRODUZIONE

- Sterilità
- Interazione geni-ambiente nel determinismo della sterilità

- PMA e qualità embrionale
- Ruolo dei metalli pesanti sulla qualità ovocitaria
- Aborto abituale
- Inquinamento ambientale: effetti sul potenziale riproduttivo maschile
- Disturbi dell'erezione

### IL BENESSERE DELLA DONNA DALL'ADOLESCENZA ALLA MATURITÀ

- Funzionalità cardiovascolare e correlati ginecologici
- Cuore e donna in gravidanza

### SESSUALITÀ

### LA VIOLENZA SULLE DONNE

### ECOSISTEMA BATTERICO E CORRELATI GINECOLOGICI

### TERAPIE ALTERNATIVE IN GINECOLOGIA



## SIMPOSI SOCIETÀ AFFILIATE

- AGICO Associazione Ginecologi Consultoriali
- AGITE Associazione Ginecologi Territoriali
- AIP Associazione Italiana Placenta
- AIUG Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico
- AMAMI Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente
- CECOS terapia della Sterilità e Fecondazione Assistita
- FNCO Federazione Nazionale Collegi Ostetriche
- GREG Gruppo Romano di Endoscopia Ginecologica
- ISSHP Italian Branch of the International Society of Hypertension in Pregnancy
- SCCL Società Campano Calabro Lucana di Ostetricia e Ginecologia
- SEGI Società Italiana di Endoscopia Ginecologica
- SICPCV Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervico Vaginale
- SIDIP Società Italiana di Diagnosi Prenatale e Medicina Materno-Fetale



Il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera

scelta dei temi dei corsi pregressuali Aogoi-Agui?

I temi dei corsi pregressuali sono emersi dalle richieste e dalle osservazioni degli iscritti delle due Società. Scelte vagliate dai rispettivi Consigli direttivi. Si tratta di un panorama abbastanza esaustivo delle esigenze con le quali il ginecologo del Duemila si deve confrontare nella pratica quotidiana.

**Il Congresso dà ampio spazio ai problemi oncologici. Quali importanti novità si possono attendere dai dati che i maggiori**

**esperti del settore, nazionali ed internazionali, porteranno a Napoli?**

Ritengo che le sessioni e i workshop dedicati alla oncologia ginecologica costituiranno senz'altro un momento importante del Congresso, perché anche in questo settore, è ormai assodato, l'inquinamento ambientale gioca un ruolo primario nella genesi di molte forme tumorali della donna. Si deve tener presente, inoltre, che noi ginecologi sia-

mo tra i primi specialisti ad utilizzare un vaccino (vaccino-Hpv) per la prevenzione di un cancro (cancro del collo dell'utero). E a Napoli si discuterà sui primi dati di una vaccinazione di massa delle nostre adolescenti.

**Quali sono, professor Chiantera, gli aspetti scientifici più importanti che verranno affrontati nel corso dei lavori congressuali?**

Ad alcuni abbiamo già accennato, dalla patologia oncologica alle nuove tecnologie. Vorrei ancora menzionare l'interazione geni-ambiente sulla sterilità femminile e sulla riproduzione. Inoltre, la necessità di assicurare benessere a tutte le donne, in una società che, anno dopo anno, diventa sempre più multietnica, con usi e tradizioni delle diverse etnie a volte diametralmente opposti.

**È prevista anche una Tavola rotonda sul delicato tema dell'aborto terapeutico, che ha complessi risvolti etici e assistenziali.**

Il cosiddetto aborto terapeutico, possibile entro il 180° giorno di gravidanza, è un intervento che presenta aspetti estremamente delicati, che oggi, in ragione dello sviluppo delle tecniche e delle conoscenze scientifiche, si propongono con sempre maggiore frequenza. Per questo è necessario affrontarne le problematiche, con un dibattito etico e medico-scientifico scervo da ideologie. In particolare occorre ragionare sui problemi posti dalla grande prematurità nelle scelte assistenziali, un tema che re-

centemente è arrivato anche all'attenzione dell'opinione pubblica attraverso il dramma avvenuto all'ospedale di Careggi.

**Il congresso nazionale è anche un'importante occasione di confronto su questioni politiche che coinvolgono la categoria. Quali sono i principali temi da discutere?**

Un importante tema di dibattito riguarderà, sicuramente, l'attività intramoenia e l'intramoenia allargata, sulla quale il Parlamento sta legiferando proprio alla vigilia della pausa estiva.

Un altro ambito di discussione verterà sulla colpa medica professionale, una problematica che ci vede impegnati da anni per la modifica della normativa vigente. In particolare, vorremmo organizzare nel corso del Congresso un Forum su come la colpa medica sia regolata negli altri Paesi europei e portare così all'attenzione di tutti come la normativa italiana sia in realtà la più carente.

Qualche speranza la riponiamo anche nelle norme che riguardano la sicurezza degli ospedali e la gestione del rischio contenute nel Ddl sull'ammodernamento del Ssn messo a punto dal ministro Turco. La creazione di una forte rete di monitoraggio, la corresponsabilità della struttura accanto al singolo professionista anche in sede civile, la creazione di fondi per i risarcimenti sono tutti elementi positivi che potrebbero dare maggiore serenità ai medici e ai cittadini. D'altra parte, come ben sappiamo,

l'errore non è eliminabile, ma si può contenerlo attraverso norme, procedure e interventi di formazione, come i corsi per la gestione del rischio clinico che l'Aogoi organizza da un biennio in varie regioni italiane.

Infine, spero che il Congresso segni anche un momento di armonia con i nostri "cugini" universitari. È importante che l'Aogoi, che rappresenta la quasi totalità dei ginecologi ospedalieri e la grande maggioranza di quelli extraospedalieri, e il mondo universitario abbiano obiettivi comuni e condivisi. Nel corso del Congresso saranno rinnovate le cariche direttive della Sigo e questa è certamente un'occasione importante e mi auguro che sarà un momento di condivisione e armonia nelle scelte.

**Un'ultima domanda, tra il serio e il faceto: spesso, professor Chiantera, colleghi e amici utilizzano l'aggettivo "vulcanico" per descrivere il suo dinamismo. Merito della genetica o dell'ambiente?**

Sempre scherzando, direi che la genetica ha fatto la sua parte e che l'ambiente ha completato l'opera. Questa è una terra di vulcani e ogni tanto "papà Vesuvio" ce lo ricorda. Nel corso di tanti secoli e di altrettanta storia, i napoletani hanno imparato ad affrontare la vita con flemma e filosofia, anche se sotto sotto cova sempre la fiamma del vulcano. Vorrà dire che sono un napoletano atipico, in eruzione permanente. **Y**

## PATROCINI

sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica Italiana  
**GIORGIO NAPOLITANO**

Con il patrocinio di Regione Campania Comune di Napoli Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli Seconda Università degli Studi di Napoli

## CORSI PRECONGRESSUALI AOGOI E AGUI

- Anatomia Chirurgica o Chirurgia Anatomica?
- I tumori maligni dell'ovaio - Percorsi diagnostici-terapeutici
- Prolasso genitale: dall'inquadramento alla terapia
- Il triage nell'emergenza-urgenza in ostetricia
- Papilloma-virus: displasie cervicali e cervicocarcinoma nella pratica clinica tra prevenzione, diagnosi precoce e trattamento

## SEDE DEL CONGRESSO

La Mostra d'Oltremare, inaugurata come Mostra Triennale delle Terre Italiane d'Oltremare il 9 maggio 1940, è un grande parco protetto, unico nel suo genere.

Il particolare impianto urbanistico è costituito da 36 padiglioni espositivi immersi in aree progettate a verde ricche di essenze importate dalle terre d'origine che ripropongono ognuna le colonie d'Oltremare in ogni aspetto (habitat, flora, architetture).

La progettazione dell'intero complesso vide coinvolti i maggiori architetti dell'epoca: Marcello Canino, Luigi Piccinato, Venturino Ventura, Carlo Cocchia, Giulio De Luca, Stefania Filo Speciale ed alcuni artisti quali Notte, Trampolini, Chiancone, Barillà.

Pochi mesi dopo l'inaugurazione la Mostra d'Oltremare venne

gravemente danneggiata dai bombardamenti della seconda guerra mondiale.

Agli inizi degli anni '50 comincia la ricostruzione che dà un'impronta più tipicamente razionalista ai manufatti che oggi coesistono in una piacevole armonia con quelli dell'impianto originario.

L'utilizzo parziale delle aree, dagli anni '60 in poi, esclusivamente come quartiere fieristico, una generale incuria del verde e di alcuni edifici e i danni provocati dall'occupazione dei suoli per ospitare i containers del post-terremoto dell'80, hanno



contribuito al degrado di tutto l'impianto negando la godibilità di molte aree.

Dalla fine degli anni '90 è stato avviato un progetto di tutela, riqualificazione e valorizzazione dell'intero patrimonio ambientale, architettonico e artistico ed un progetto di sviluppo economico-aziendale. Questo prestigioso patrimonio di oltre 720.000 mq di superficie, ricco di scenari suggestivi con un grande equilibrio tra architetture, verde e fontane è stato restituito alla fruizione nella sua totalità dal 23 maggio 1999. La mostra, dunque, individuando un nuovo obiettivo rappresenta un particolarissimo ed unico "museo en plein air" ricco di occasioni ed eventi per cittadini e turisti.

## ESPOSIZIONE TECNICO-SCIENTIFICA

Durante il periodo del Congresso sarà allestita un'area per l'esposizione di apparecchiature tecniche, pubblicazioni e materiale scientifico, aperta a tutti gli iscritti.

- SIEOG Società Italiana di Ecografia Ostetrica Ginecologica
- SIFES e MR Società Italiana di Fertilità e Sterilità e Medicina della Riproduzione
- SIFR Società Italiana di Fisiopatologia della Riproduzione
- SIGIA Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza
- SIGIP Società Italiana Ginecopatologia
- SIGITE Società Italiana di Ginecologia della terza Età
- SIM Società Italiana della Menopausa
- SIMP Società Italiana di Medicina Perinatale
- SIOG Società Italiana di Oncologia Ginecologica
- SIOS Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità
- SIPGO Società Italiana di Psicossomatica, Ginecologia e Ostetricia
- SIPPO Società Italiana di Psicoprofilassi Ostetrica
- SIUD Società Italiana di Uro-dinamica
- SLOG Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia
- SMIC Società Medica Italiana per la Contracezione

Per informazioni  
su come iscriversi:  
Segreteria nazionale Aogoi  
telefono 02.29525380  
www.aogoi.it



L'AOGOI, l'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani, è nata nel 1949 e oggi è forte di 4.702 iscritti. Da organizzazione rivolta prevalentemente al settore ospedaliero, dal 2000 l'AOGOI ha esteso l'iscrizione anche ai colleghi ginecologi extraospedalieri, così come previsto dall'art. 5 del nuovo Statuto. In breve tempo l'AOGOI è così divenuta anche la più rappresentativa organizzazione italiana dei ginecologi liberi professionisti, consultoriali e universitari, capace di cogliere le loro istanze e di affrontare i loro problemi professionali e sindacali. Si è trattato di una scelta decisiva nella vita dell'Associazione, un'iniziativa importante nella direzione dell'arricchimento professionale e dell'unitarietà della professione. Nostro fermo convincimento, infatti, è che solo se sarà unita la categoria saprà adeguatamente affrontare questo nuovo millennio ricco di cambiamenti culturali, scientifici, demografici, sindacali e normativi. Anche quest'anno la Segreteria nazionale AOGOI, insieme a tutti i Segretari regionali e provinciali e ai membri del Consiglio direttivo, ha promosso la "Campagna Soci 2007" con l'obiettivo di portare nuovi iscritti all'Associazione. Con la loro adesione, i nuovi Soci, da una parte, contribuiranno a rendere l'AOGOI sempre più forte e autorevole nel rappresentare gli interessi della categoria e, dall'altra, potranno usufruire di tutti i vantaggi che l'Associazione offre e che è costantemente impegnata ad arricchire.

#### L'IMPEGNO DELL'AOGOI

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

#### FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Sin dalla sua fondazione, l'AOGOI ha promosso, organizzato e coordinato numerosi Corsi di aggiornamento di elevato livello scientifico in ogni branca specialistica dell'Ostetricia e Ginecologia, oltre a Congressi nazionali e internazionali e Progetti di ricerca scientifici. Ricordiamo inoltre le innumerevoli collaborazioni dell'Associazione con Ministeri e altri importanti organismi istituzionali sia per la

difesa dell'intera categoria, così come richiesto dalle diverse realtà professionali degli iscritti, sia per la promozione di iniziative volte a migliorare il servizio diagnostico-terapeutico offerto alle donne.

#### LO SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI

È un insieme di servizi che costituisce un vero scudo protettivo, costruito dall'Aogoi per proteggere i suoi associati dai rischi che corrono nell'esercizio della professione.

#### M.A.M.M.A. AOGOI

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

#### L'UFFICIO LEGALE e l'UFFICIO STAMPA

Sono i due principali strumenti per tutelare i diritti degli associati e dar voce alle istanze della categoria. Due esempi, per citare gli ultimi in ordine di tempo, sono esemplificativi della loro preziosa attività: l'uno del 2006, quando, grazie all'operato

#### COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

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



# AOGOI: UN

## CHI SIAMO

## PERCHÈ ISCRIVERSI

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

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

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

# TI SI VINCE

**L'Aogoi garantisce** a tutti i suoi iscritti una forte tutela sindacale, medico-legale e assicurativa. **Gratis per tutti gli iscritti** una polizza assicurativa che copre fino a 25mila euro di eventuali spese legali e peritali in caso di contenzioso e un'assicurazione della responsabilità civile, con una copertura **fino a 1 milione di euro!**

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

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

Con i suoi **4.849 iscritti**, L'Aogoi rappresenta la quasi totalità dei ginecologi che operano nelle strutture pubbliche e la grande maggioranza di quelli del settore privato: **3.436** ospedalieri, **1.412** extraospedalieri suddivisi tra **1.198** liberi professionisti, **181** nei consultori e **34** universitari

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

#### **POLIZZA ASSICURATIVA GRATUITA PER LA TUTELA MEDICO-LEGALE**

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

#### **POLIZZA ASSICURATIVA GRATUITA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE E PER LA RIVALSA**

**Grande iniziativa dell'Aogoi: gratis a tutti i soci una polizza da 1 milione di euro!** Dal 1° luglio 2007, e con la retroattività di due anni, i soci Aogoi possono godere di una nuova assicurazione che copre, in secondo rischio, le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'associato Aogoi, in conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o da lui commessi. La polizza opera inoltre in I rischio, nel caso di rivalsa per colpa grave da parte dell'Ente o dell'Azienda. La formula assicurativa AOGOI-LLOYD'S, studiata ad hoc per gli iscritti Aogoi, garantisce una copertura assicurativa per un massimale annuo di 1 milione di euro. È la prima volta che in Italia una polizza di questo tipo viene offerta ai soci di una società scientifica, senza costi aggiuntivi sulla quota associativa.

#### **NORMATIVA SULLA COLPA PROFESSIONALE**

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

#### **TUTELA SINDACALE**

L'AOGOI, insieme ad altre organizzazioni mediche, ha fondato la FESMED, Federazione Sindacale Medici Dirigenti, che ha raggiunto la significatività sindacale prevista dalle direttive della Presidenza del

Fesmed, che tutela i colleghi ospedalieri ed extraospedalieri, così come doveroso data la diversa estrazione professionale dei Soci Aogoi.

#### **COLLABORAZIONI SCIENTIFICHE**

Nel campo scientifico, l'AOGOI è federata con l'AGUI, l'Associazione Ginecologi Universitari Italiani, in seno alla Federazione SIGO. Quest'unico polo ginecologico italiano, che abbraccia colleghi universitari, ospedalieri ed extraospedalieri, confluisce a livello internazionale nella FIGO, alla quale tutti gli iscritti AOGOI sono automaticamente associati attraverso la SIGO.

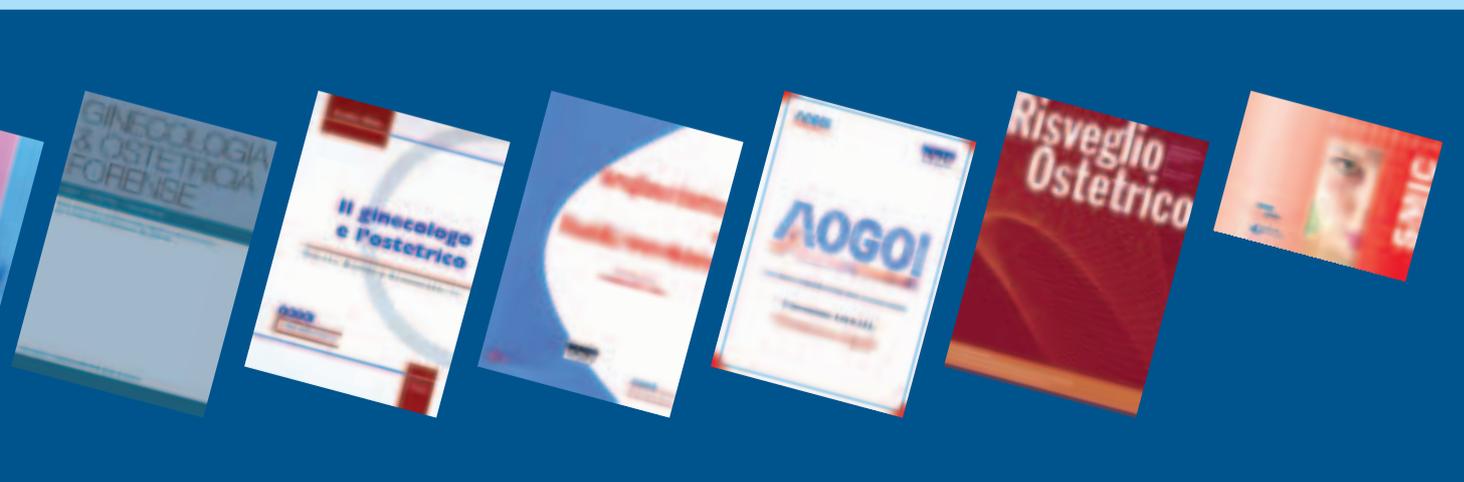
L'AOGOI ha inoltre affiliato, condividendone l'indirizzo scientifico, le seguenti Società: SIGITE (Società Italiana di Ginecologia della Terza Età), AMAMI (Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente), AIUG (Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico), SIDIP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

#### **NUOVE SINERGIE NEL CAMPO DELLA STERILITÀ E CONTRACCEZIONE**

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

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

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



a cura di Valeria Dubini

**Il gioco di squadra in sala nascita** di P. Accorsi, M. Salvatori, MC. Galassi, G. Masellis

## Quando il Volley entrò in sala parto

### La gestione del gruppo

La prima considerazione da cui muove l'intervento di Velasco è l'estrema importanza che la gestione del gruppo assume nello sport, "non a caso il gioco di squadra sta diventando un concetto di cui si parla molto anche a livello imprenditoriale". La caratteristica di ciascun gruppo, secondo il grande allenatore, non è data dalla somma delle caratteristiche dei singoli che lo compongono, ma va ricercata nelle dinamiche che si creano al suo interno. Ogni gruppo è un'entità propria, con una propria caratteristica che è il risultato della relazione tra i membri. "Se si vuole costruire una squadra vincente

bisogna avere un gruppo unito e per questo sono fondamentali due elementi. Primo: chi gestisce il gruppo deve avere un senso di giustizia, non ci devono essere figli e figliastri. Secondo: le differenze che in un gruppo ci sono non devono essere rimarcate in ogni occasione. Il gruppo le capisce già da sé".

È piuttosto facile trasferire questi concetti in sala parto: l'idea che chi dirige debba agire con senso della giustizia è ab-

bastanza semplice, quasi scontata, non altrettanto la sua concreta realizzazione. Nella catena gerarchica sono diverse le figure che hanno visibilità nonché il dovere di agire con senso di giustizia. Di norma pensiamo al Direttore, che certo rappresenta la figura fondamentale, vi sono però professionisti a lui sottoposti ma che hanno importanti responsabilità gestionali: si pensi alle responsabilità di settore (moduli professionali od organizzativi), alla Capo ostetrica o alla Capo sala. Nel concreto, la struttura ostetrica è una piramide con al vertice il Direttore e una precisa gerarchia di suoi collaboratori, medici e non. Più in alto si trovano il Direttore

■ **Lo spirito di squadra è la chiave del successo. Parola di Julio Velasco. Ed ecco come, applicando la filosofia e le tattiche dello sport all'ambito sanitario, il mitico allenatore della nazionale italiana di pallavolo ha spiegato a una platea di medici come raggiungere il risultato attraverso l'armonia del gruppo**

**Il miglioramento** della "macchina" assistenziale è un'esigenza particolarmente avvertita in ambito ostetrico, soprattutto in sala nascita. Da tempo è apparso evidente che la definizione, se pur minuziosa, di protocolli e procedure – percorso certo indispensabile da costruire e monitorare nel tempo – non è di per sé sufficiente per raggiungere questo obiettivo. Ed altrettanto chiaramente è emersa come decisiva per il buon funzionamento di tutto l'"insieme" la necessità di armonizzare il lavoro delle varie figure professionali coinvolte, riuscendo a mettere al servizio del "gioco di squadra" le diverse competenze e le caratteristiche personali di ciascuno. A questo proposito interessanti spunti di riflessione ci sono stati offerti dall'intervento di Julio Velasco, il grande allenatore della nazionale italiana di volley, in occasione del convegno nazionale su "La Buona nascita, tra capacità professionale e capacità relazionale", tenutosi a Modena alla fine del 2005. Nella sua relazione "Il risultato attraverso l'armonia del gruppo" il professor Velasco ha spiegato a una platea di operatori della nascita come riuscire ad ottenere il meglio dal singolo e dal gruppo nel suo insieme.

sanitario e il Direttore generale dell'Azienda. Se si desidera costruire una squadra vincente tutti coloro che esercitano una qualche forma di potere devono essere "giusti".

Il secondo aspetto è forse più difficile da realizzare nella quotidianità. Le differenze che vi sono tra i vari componenti il gruppo sono innumerevoli, ma, come ha ricordato Velasco, se davvero si vuole costruire una squadra è necessario evitare di rimarcarle, perché questo significherebbe sottolineare i pregi di taluni e i difetti di altri. Occorre invece mettere in evidenza i pregi di ciascuno per nascondere gli inevitabili difetti (limiti culturali piuttosto che di



esperienza, di carattere...). Fortunatamente in sala nascita non si lavora da soli, siamo sempre almeno in tre o quattro a collaborare.

### Complicità e leadership

Un'altra considerazione a proposito della gestione del gruppo riguarda la complicità. Velasco usa la metafora della scuola: una di quelle classiche giornate di compito in classe, l'intero fine settimana passato a studiare, e il nostro vicino di banco, che invece l'ha passato a divertirsi, lì che copia dal nostro foglio. "Però nessuno di noi ha mai detto: prof. lui mi copia, se qualcuno l'ha fatto è stato preso a botte. Questo perché c'è la cultura del gruppo, da cui il prof. è fuori. Così i giocatori, si difendono tra loro, anche da me, così i membri del mio staff che gestisce i giocatori si difendono anche contro il presidente". Questo aspetto ci pare estrema-

mente chiaro: è utile lasciare che ogni gruppo – nel nostro caso parliamo di medici, ostetriche e infermiere – possa gestire i propri equilibri interni senza interferenze esterne.

Un'altra affermazione di Velasco ci è sembrata importante: "Nei gruppi ci sono delle leadership naturali non istituzionali, c'è il leader del momento difficile della partita, quello del momento del divertimento, del momento in cui si va a discutere i premi con i dirigenti... leader diversi che il gruppo sceglie a seconda delle circostanze". Sono appunto i leader naturali, non istituzionali, le figure con cui è importante sapersi rapportare per costruire l'armonia della squadra. E su di loro occorre puntare perché hanno la capacità di essere un riferimento per i singoli, e quindi anche di orientare le scelte, gli umori e le complicità del gruppo.

### Fare di un gruppo una squadra

Fin qui abbiamo parlato di "gruppo" e di "squadra" indifferente-

mente. Velasco ci chiarisce che non sono la stessa cosa e perché non vanno confusi. Sono essenzialmente tre gli aspetti che differenziano un gruppo da una squadra. "Il primo è il fatto di avere un obiettivo. L'obiettivo però deve essere chiaro, preciso, raggiungibile, difficile, anche, perché la difficoltà muove risorse straordinarie, altrimenti si cade nella normale amministrazione e si perde la motivazione. Una volta raggiunto, se ne porrà un altro. Certamente se non viene raggiunto, questo sarà motivo, in un modo o nell'altro, di crisi del gruppo. I ruoli devono essere ben delineati e chiari: chi è titolare e chi è riserva, chi gioca schiacciato e chi gioca centrale, chi gioca più palloni perché è bravo, e chi ne gioca meno perché è meno bravo. Il terzo riguarda la tattica di gioco: il modo di giocare deve essere chiaro a tutti i giocatori, non solo all'allenatore. I giocatori devono sapere non solo come giocheranno, ma anche perché sono state fatte delle scelte di gioco, tra le tante possibili".

Per costruire, far nascere, una squadra è dunque importante: **A.** Dare degli obiettivi precisi, condivisi, costruiti insieme, monitorati, quantificabili, purché raggiungibili: l'insuccesso infatti può portare a importanti frustrazioni e quindi demotivare. Pari merito è importante un impegno forte perché ci costringe a mettere in atto le nostre risorse migliori.

**B.** Tener sempre in considerazione le competenze di ciascun operatore: nella squadra la diversità è forza. Sia nella routine che nell'emergenza, ogni componente del team deve avere un suo ruolo: ciascuno ha qualcosa di importante da dare, l'essenziale è sapere in "in che ruolo gioca". Se si dovesse verificare una condizione non prevista, ci deve essere un allenatore in grado di attribuire – rapidamente e con estrema chiarezza – i compiti a ciascun operatore: se di norma il medico è di guardia, non bisogna sottovalutare il ruolo che può giocare una figura carismatica come un'ostetrica "esperta". **C.** Render chiare le modalità di gioco per noi significa adottare linee guida, costruire protocolli e definire procedure condivise per tutte le situazioni cliniche, sia fisiologiche che patologiche (scrivendole in modo chiaro e rendendole disponibili per tutti gli operatori).

Va ricordato che l'elaborazione di protocolli/procedure all'interno della squadra è di per sé un obiettivo importante (vedi punto A) e permette di definire sia i ruoli dei singoli operatori (vedi punto B) sia gli schemi di gioco (vedi punto C).

**JULIO VELASCO** è nato a La Plata (Argentina) il 9 febbraio 1952. I primi contatti di Velasco con la pallavolo risalgono ai tempi del liceo e dell'università (dove ha studiato filosofia) quando gioca ed allena selezioni giovanili, ma la sua carriera vera e propria inizia nel Ferrocarril Oeste di Buenos Aires, dove vince quattro campionati argentini consecutivi tra il 1979 e il 1982. Sulla panchina della nazionale italiana esordisce nel 1989, ottenendo subito l'oro ai campionati europei, disputati in Svezia, il primo nella storia della pallavolo italiana. Da allora vincerà ben 16 ori. Artefici in campo di quegli straordinari successi un gruppo di giocatori che forma la cosiddetta "generazione di fenomeni" e la nazionale italiana di quegli anni verrà in seguito premiata dalla FIVB come Squadra del secolo. Il talento dei giocatori che ha a disposizione non mette però in secondo piano la figura dell'allenatore, tanto che in quel periodo Velasco diviene noto anche al di fuori del mondo della pallavolo. Nel 1997/98 Velasco allena con successo la nazionale italiana femminile e dà vita al Club Italia, una squadra formata da giovani promesse, tra cui alcune campionesse del mondo nel 2002 in Germania. La popolarità di Velasco nel mondo dello sport è tale che l'allenatore argentino viene chiamato dalla società calcistica Lazio a ricoprire il ruolo di direttore generale. In seguito ricopre un ruolo dirigenziale anche nell'Inter di Massimo Moratti. Attualmente Velasco, professore a contratto della Facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Bologna, è tecnico della squadra di pallavolo maschile Acqua Paradiso Gabeca Montichiari in serie A1. Le sue imprese più significative sono il titolo iridato di Rio de Janeiro del 1990 e quello di Atene del 1994, tre titoli Europei (1989, 1993, 1995) e cinque successi nella World League (1990, 1991, 1992, 1994 1995).



**JULIO VELASCO**

d'equipe prevede che sia l'"insieme" a sopperire alla mancanza del singolo. Le procedure che ogni U.O. deve predisporre servono anche a questo: riuscire a limitare il danno di un errore personale attraverso la collaborazione tra gli operatori. Inoltre, questo atteggiamento, o meglio, questa mentalità è il principale ostacolo a un efficace sistema di audit: la valutazione critica della gestione clinica infatti deve prevedere la valutazione dell'errore, la comprensione del "come" un evento avverso si è verificato e del "perché" la procedura non ha tenuto, consentendo di limitare o evitare l'errore grazie all'insieme.

**La cultura degli alibi**

"L'errore segnala la necessità di apportare modifiche, la scusa, invece, impedisce di mettere in moto delle risorse che, a volte, non sappiamo neppure di avere". Per riuscire ad abbattere la logica "errore = colpevole" per Velasco è importante sciogliere un altro nodo. "...nella nostra esperienza di nazionale abbiamo dovuto combattere tenacemente quella che abbiamo chiamato la cultura dell'alibi. Di che si tratta? È la straordinaria capacità che ha l'essere umano di dare una giustificazione al perché non è possibile fare le cose in un certo modo.

La cultura del colpevole induce il professionista ad addurre una serie di spiegazioni al proprio

operato che a tutto servono salvo che a comprenderne le reali motivazioni, finendo per costituire un ostacolo ad una reale crescita della squadra.

Quando chiedo perché la nazionale di pallavolo non riusciva a vincere (a quell'epoca non vinceva mai) - dice Velasco - mi venivano fornite infinite motivazioni: cultura, tradizione, razza... Allora, io e i miei collaboratori, ci siamo posti il seguente, semplice, interrogativo: *non sarà per caso che il motivo per cui perdiamo a pallavolo è che giochiamo male?* Perché, se così è, forse possiamo fare qualcosa..."

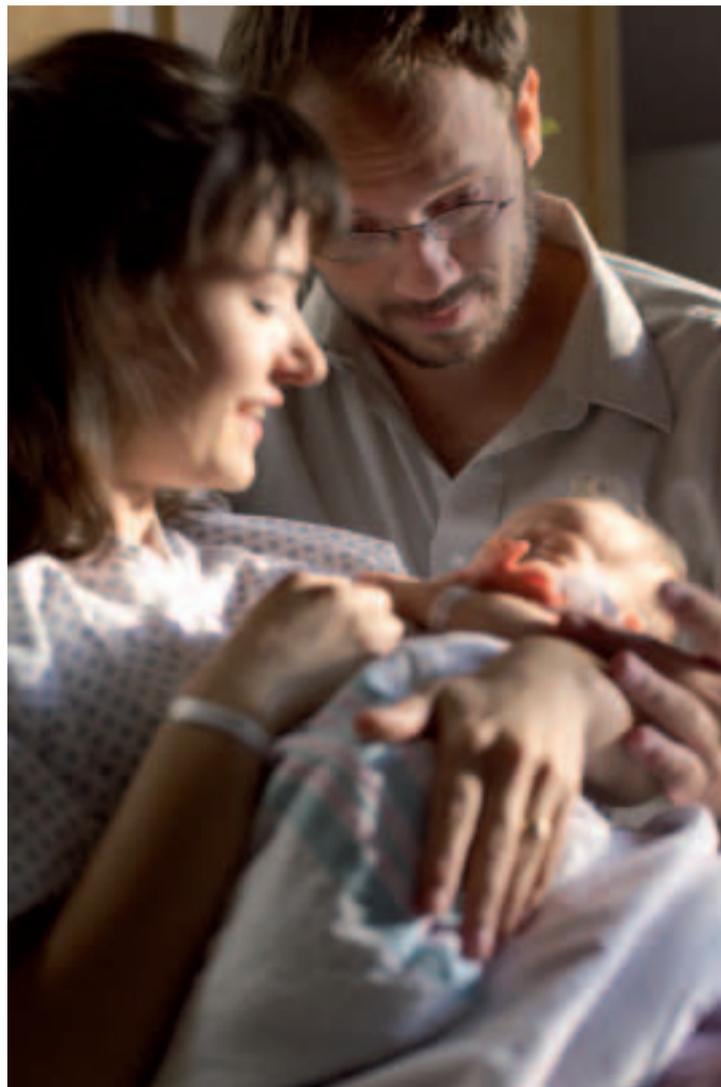
La base, irrinunciabile, di ogni miglioramento sta nel non cercare scuse e/o un capro espiatorio, ma nel mettersi tutti assieme ad analizzare le modalità di lavoro. Per questo è necessario confrontare la propria organizzazione con quella di altre strutture di analogo livello, valutare criticamente i propri protocolli/procedure alla luce delle linee guida basate sulle evidenze oppure produrre propri protocolli/procedure per tutte le situazioni più frequenti o più pericolose. Lavorando in questo modo la squadra può crescere sia in competenza e professionalità sia in capacità di collaborazione e di reciproco aiuto in ogni evenienza.

L'esempio sportivo portato da Velasco è significativo: "Nella pallavolo un alzatore alza la palla, lo schiacciatore la schiaccia fuori e il punto va all'avversario. E poi cosa succedeva? Accadeva che lo schiacciatore faceva il gesto per dire che voleva la palla più vicino alla rete e un po' più alta, così tutti capivano che aveva tirato la palla fuori perché l'alzata non era stata buona. Il palleggiatore allora si girava verso quelli che ricevevano e diceva: *ragazzi voglio la palla qua perché se voi non ricevete bene io non alzo bene e lui tira la palla fuori.* Così i ricevitori si guardavano intorno e non potevano dire a chi batteva: *batti più facile così io ricevo bene.* Da allora, dopo riunioni, chiacchierate, relazioni e comunicazioni, abbiamo dato

**In un mondo sempre più orientato all'individualismo la cultura di squadra fa fatica ad affermarsi. Però conviene, anche ragionando in termini egoistici. Il gioco collettivo fa emergere il meglio di ognuno, sopperendo ai suoi difetti con le doti di un altro**

una regola semplicissima: gli schiacciatori non parlano dell'alzata, la risolvono. Gli alzatori non parlano della ricezione, la risolvono. Voglio alzatori che sappiano alzare ricezioni brutte e schiacciatori che sappiano attaccare alzate brutte".

Questo esempio può sembrare



banale, ma se pensiamo al nostro lavoro quotidiano realizziamo quante volte ci è capitato di ritenere che qualcuno che ha agito prima di noi sia responsabile di un risultato non adeguato che noi abbiamo ottenuto. L'unico obiettivo che ci dobbiamo dare è fare al meglio il nostro lavoro, indipendentemente dalla qualità del lavoro di chi ci ha preceduto nella gestione di una data situazione. Per dirla con Velasco: "dobbiamo imparare a fare punto anche con palle alzate male". L'unico atteggiamento mentale corretto è quello di impegnarci a fare comunque il meglio.

**Il gioco di squadra**

In questo campo Velasco è certamente un docente credibilissimo: "Quando si parla di gioco di squadra, sembra quasi che lo spirito di squadra sia un imperativo etico. È come dire: chi non fa gioco di squadra è un egoista, un individualista. L'allenatore però sceglie i migliori giocatori e li convince a fare gioco di squadra spiegando loro che conviene. E conviene almeno per due buoni motivi. Il primo motivo contiene un messaggio elementare: chi non fa gioco di squadra con me avrà dei problemi. Sembra ovvio, ma poi non lo è così tanto, né nello sport né tanto meno nell'ambiente di lavoro. Perché molte

volte conviene di più essere amico del capo che fare gioco di squadra.

Il secondo motivo è che nessuno, neanche il più bravo, è il più bravo in tutto. Una buona squadra si costruisce quando si mette uno bravissimo in alcune cose accanto ad un altro bravissimo in altre. E insieme diventano superbravissimi."

L'importanza del gioco di squadra non è sempre ben compresa dagli operatori della nascita. La "convenienza" non viene sempre percepita da tutti, anche perché di solito si pensa all'aspetto economico. Il primo motivo portato da Velasco può essere problematico per noi, perché riguarda l'atteggiamento di pochissimi, e cioè di coloro che dirigono. Però, se il senso della squadra non è trasmesso da chi dirige, sarà molto più difficile riuscire a unire il gruppo. Al contrario, quando il direttore o il responsabile della sala parto hanno chiaro l'obiettivo di fare gruppo e cercano di motivare in tal senso gli operatori, sarà più probabile che tutti cerchino di adeguarsi. Fondamentale è che chi dirige dimostri un preciso senso della giustizia: non ci possono essere "figli e figliastri" se si vuole un gruppo unito.

Il secondo motivo addotto da Velasco è teoricamente inconfutabile: contrasta però con la presenza in ogni gruppo di qualche "prima donna" che crede o vuole far credere di essere ► **Segue**

**Ma noi festeggiamo?**

A proposito degli obiettivi, Velasco suggerisce: "Una volta che un obiettivo si esaurisce, dobbiamo aprire una bottiglia e festeggiare, se l'abbiamo raggiunto. Se non lo abbiamo raggiunto bisogna dire: il prossimo obiettivo è questo, questa seconda volta ce la dovremo fare... se non accade alla seconda volta allora sarà per la terza o la quarta."

Gli obiettivi raggiunti andrebbero dunque "festeggiati", in caso di mancato successo, non dobbiamo abbatterci ma riproporne degli altri. L'atto del festeggiare, non molto diffuso nel nostro ambiente, dovrebbe invece diventare una prassi, perché è fonte di energia e gratificazione. Dovremmo perciò ricordarci di creare delle occasioni in cui la squadra possa ritrovarsi per festeggiare le proprie "vittorie".

**Se c'è un errore c'è un colpevole**

"Saper cosa fare quando tutto

- ▶ sempre e comunque meglio degli altri. Però tutti sappiamo bene che:
  - c'è sempre qualcuno che sa fare qualcosa (anche se una sola cosa) meglio di noi
  - nessuno è infallibile, e anche il più bravo prima o poi commetterà un errore e avrà bisogno che la squadra sopperisca alla mancanza, lo supporti nella delusione e aiuti a "correggere" l'errore
  - l'armonia del gruppo rende credibile il singolo. Per contro, all'interno di una U.O. parlare e agire in modo difforme ci espone alle critiche delle donne e delle loro famiglie. Proprio questa difformità si è dimostrata una delle principali cause di contenzioso medico-legale. Perciò dovremmo sempre cercare di concordare ciò che facciamo e ciò che diciamo!

### Le differenze di genere a confronto

Anche su questo aspetto del lavoro di squadra Velasco ha una importante esperienza da trasmettere: "La differenza di gestione tra un gruppo maschile e uno femminile è enorme. Non dobbiamo cadere nell'errore di accusare le donne di essere donne, e gli uomini di essere uomini: dobbiamo riconoscere le differenze. Un esempio concreto: in una situazione di forte tensione un maschio che perde il controllo reagisce con forza, vorrebbe dare un cazzotto; la donna, nella stessa situazione, viene presa dal *gruppo alla gola*, dai singhiozzi, piange. Guai ad interpretarlo come segno di debolezza, magari ironizzando: vuol dire non avere capito nulla, ed essere incapaci di comprendere i segnali.

In realtà si tratta di un modo diverso di esprimere un sentimento di rabbia impotente, un diverso modo di reagire rispetto ai colleghi maschi.

Una seconda differenza è rappresentata dalle differenti modalità con cui è possibile stimolare un gruppo femminile rispetto ad un gruppo maschile: le donne infatti hanno essenzialmente bisogno di gratificazione, mentre per i maschi funziona meglio la "sfida". Questo perché gli uomini tendono più spesso a sopravvalutarsi e a "buttarsi": hanno meno paura dell'errore e per questo giocano con minore preoccupazione tutte le palle. Così facendo ne buttano magari fuori campo 9 su 10 ma si danno la possibilità di giocare una palla da veri fuoriclasse.

Le femmine invece, tendono piuttosto a sottovalutarsi, si sentono più spesso responsabili se qualcosa non va, e hanno molta paura di sbagliare: così, si lanciano di meno e su 10 palle giocate magari ne butteranno fuori campo solo una, ma si impediscono di giocare la palla più imprevedibile. Le donne hanno un brutto rapporto con l'errore e quando sbagliano, o pensano di avere sbagliato, si sentono molto peggio, si scoraggiano, sono pronte a mollare: per questo occorre da-

re notevole risalto ogniqualvolta le cose riescono bene; la gratificazione è un grande motore con i gruppi femminili, che consente di chiedere e ottenere moltissimo.

Nello stesso modo un'amica insegnante mi raccontava che si era spesso domandata perché le gare di calcolo matematico che faceva fare in classe venivano quasi sempre vinte da maschi: la risposta che si era data era innanzitutto il fatto che alle femmine, al contrario dei maschi, non importa vincere ma interessa di più essere certe di sapere, senza bisogno di mostrarlo agli altri. Inoltre, di fronte alla possibilità di sbagliare, le femmine preferiscono tacere mentre i maschi sono capaci di sbagliare molte volte per poi festeggiare un tentativo azzeccato come un grande goal".

Dice ancora Velasco: "è per questo che con i maschi si deve utilizzare lo stimolo della sfida, puntare sull'orgoglio - *si vede che hai paura, dimostrami che non è vero* - e allora vanno in campo con la voglia di spaccare tutto.

Quando invece ho agito così con le donne le ho solo convinte che avevano davvero paura! La sfida con la donna non funziona, la donna vuole dimostrare a se stessa di essere in grado di farcela, non agli altri. Ma ci sono ancora altre differenze: la donna è più disciplinata, è disposta ad applicarsi fino all'inverosimile, per ottenere quello che le chiediamo, seguendo alla lettera le istruzioni che le vengono date. Non dobbiamo però confondere applicazione con partecipazione/condivisione. Il fatto di fare tutto quello che le diciamo, non significa necessariamente che sia d'accordo: anzi una caratteristica femminile è quella di manifestare solo tardivamente la propria contrarietà. Mentre con gli uomini abbiamo sempre un feedback rapido rispetto a condivisione o disaccordo, con le donne invece rischiamo di perdere questa possibilità di verifica immediata".

Il nostro mondo sta cambiando. Uno dei problemi più seri che investe le nuove generazioni è per Velasco l'affermazione della "cultura della cosa più facile. La prima preoccupazione è: non soffrire mai. Il benessere, la tecnologia stanno creando idee sbilanciate. Sta venendo meno la consapevolezza della capacità dell'essere umano di affrontare i problemi; la soluzione viene delegata a qualcosa di esterno. È la tecnologia che risolve i problemi e non l'impegno e la sofferenza". Riflettere su quest'ultima considerazione, trasferendola nel nostro ambito, ci sembra particolarmente utile: è un piccolo atto di accusa che vale sia per i professionisti, sempre più dipendenti dalla tecnologia, anche quando non è EBM, sia per le donne che partoriscono, che tendono a demandare ad altri la propria "competenza" a partorire.

A noi la responsabilità di trovare un equilibrio. **Y**

U.O. di Ostetricia Ginecologia, Ospedale Ramazzini di Carpi (Modena)

di Giovanni Brigato, Già primario Divisione ostetrico-ginecologica di Padova

# La depressione sul pianeta donna

Pubertà, gravidanza e post partum, e menopausa rappresentano le tappe più critiche del percorso biologico femminile. È difficile per le donne far fronte alla tempesta ormonale, ma anche metabolica ed enzimatica, che si scatena in queste fasi di transizione. Non tutte riescono a realizzare l'adattamento funzionale, fisico e psichico, e una riorganizzazione della personalità necessari per superarle senza traumi. È compito anche del ginecologo aiutarle in questi delicati periodi, spesso caratterizzati da uno stato depressivo più o meno silente

**N**on sono lontani i tempi in cui si dava per scontata una società interpretata solo al maschile, quasi l'uomo fosse l'unico rappresentante della specie. Pur senza simpatizzare con il femminismo "selvaggio", valutato nei suoi elementi negativi di volgarità e di rabbia revan-sista, non si può non riconoscere l'enorme valore del femminismo sociale che ha codificato l'inizio della emancipazione della donna. Certo, anche prima di questa straordinaria rivoluzione, la figura femminile rappresentava una componente indispensabile e significativa del vivere quotidiano, ma era assai carente sul piano sociale, quasi sempre relegata nel suo ruolo riproduttivo, nella funzione maieutica della prole, interpretata come mero oggetto di piacere per il maschio. Varcata la soglia domestica, oggi la donna si è affermata nell'ambito sociale, dimostrando notevoli capacità imprenditoriali e manageriali in tutti i campi, anche in quelli prettamente considerati feudo maschile. Ma questa affermazione non deve far dimenticare la sua specificità, che non può essere negata sulla base delle leggi della biologia; una specificità che va al di là di quella genetica di genere del fenomeno riproduttivo. Essa sconfina nella specificità dell'apparato cardiovascolare, delle strutture ossee, dell'apparato tegumentario, del sistema neurovegetativo e, finanche delle strutture cerebrali. Esiste, a tale proposito, una diversità del parenchima cerebrale che incide sulla sua reattività e sulla funzionalità. Il tipo di neuroni è un poco diverso, la massa non è la stessa, le capacità cogni-

tive variano: basti pensare che la donna usa simultaneamente i due emisferi, al contrario del maschio. Vi è quindi un dimorfismo cerebrale che non va certo a svantaggio della donna. Che la donna sia più predisposta alla anoressia, alla bulimia, all'ansia, alla psicosi, è un fatto assodato ma, questo tipo di specificità è legato alle variazioni ormonali cicliche mensili e, nel climaterio, alla tempesta ormonale e all'impatto psicologico che la menopausa induce. Tutto questo detta un diverso orientamento psichico con il quale la donna deve confrontarsi, specie in coincidenza delle tre fasi più delicate della sua vita: la pubertà, la gravidanza con il puerperio e la menopausa. La prima come fenomeno evolutivo, la seconda come evento riproduttivo, la terza, purtroppo, spesso interpretata solamente come fenomeno involutivo. Ma come vengono vissute?

### La pubertà

In questa fase della vita la donna è dominata dal desiderio di sviluppare in modo armonico il proprio corpo, cercando di scrutare quasi quotidianamente le proprie forme, nel transito verso l'affermazione di una femminilità seducente. Segue la moda e vuole che il suo corpo sia magro, agile, talvolta un poco mascolinizzato, per combattere l'addome protrudente, il seno troppo grosso, pur nel rispetto dei ritmi mestruali. Il mancato raggiungimento di queste aspettative le procura spesso uno stato d'ansia che può portare all'anoressia (raramente alla bulimia), con tutti i risvolti negativi che questo tipo di patologia comporta (leggi ir-

regolarità mestruali e amenorrea, con possibile interferenza sulla futura fertilità). Quando sfocia nella depressione questa, di solito, è transitoria e tende a scomparire una volta raggiunta la maturità corporea, quasi sempre senza supporto farmacologico e psicologico.

### Il post partum

Maggiore significatività assume lo stato depressivo del post partum che comporta un maggior impegno psico-affettivo in un momento di *défaillance* psico-fisica, legata alle imponenti modificazioni organiche e ormonali dello stato gravidico. Non per nulla si parla di "post partum blues", dove per *blues* si intende una situazione molto delicata di instabilità emozionale, anche se questa rappresenta la forma più leggera di modifica del tono dell'umore. Si traduce in una tendenza al pianto, irritabilità, ruminazioni pessimistiche, difficoltà di concentrazione, depressione. I fattori di rischio più significativi sono molteplici, per lo più rappresentati da una storia personale di disturbi depressivi, da pregressa sindrome premestruale di tipo neurovegetativo, da atteggiamenti contrastanti nei confronti della gravidanza e del parto, da visioni pessimistiche della vita, da eventuali difficoltà economiche ecc.. L'elemento positivo di questa forma depressiva è la transitorietà dei disturbi, che scompaiono, anche senza il sussidio farmacologico, nel giro di pochi giorni o di qualche settimana. È sufficiente il calore umano dei familiari, specialmente del marito, che deve stimolare nella puerpera il senso della genitoria-

lità, quel generoso sentimento materno che adorna l'animo femminile.

Più impegnativa è la forma cosiddetta di "depressione minore", che risulta essere la più frequente. Conosciuta anche come depressione atipica, è raramente consecutiva al post partum blues. Più facilmente primitiva, si colloca più tardivamente fra il II e il VI mese dal parto, con sintomatologia accentuata di tristezza, pianto, irritabilità, insicurezza e incapacità decisionale. Spesso compare anoressia, difficoltà reattiva all'addormentamento, incubi notturni, disinteresse totale alla sessualità, che la donna interpreta come motivo del suo malessere. Si ritiene che alla base vi sia l'insicurezza nelle capacità di assolvere i compiti di madre, tant'è vero che questa depressione minore si accentua quando la donna viene lasciata sola con il suo bambino, senza adeguato supporto di presenza e di amore da parte dei familiari. Scompare in genere nel giro di qualche mese, specie quando la donna è circondata dall'affetto e dalle premure dei suoi cari.

La depressione maggiore rappresenta la vera patologia ansioso-depressiva del post partum e interessa, con una distribuzione irregolare, il periodo compreso tra i 15 giorni e il 9° mese. Quindi è più tardiva rispetto alle patologie precedenti e certamente più impegnativa, anche per le conseguenze alle quali può portare la malattia. Infatti, oltre alla malinconia delirante con confusione mentale, rifiuto del cibo, disturbi somatici ecc., possono subentrare ideazioni suicidarie che arrivano fino a sfociare nell'infanticidio. Si tratta, in questo caso, di una situazione particolare che può essere rimossa dalla paziente, a livello del subcosciente, come tentativo di autodifesa.

Si comprende pertanto quanto siano pericolose di fatto queste situazioni familiari, proprio perché possono sfociare nelle suddette evenienze drammatiche. I recenti episodi, che si registrano a livello nazionale e internazionale, ne danno dolorosa conferma.

La etiopatogenesi è complessa e multifocale. Certamente le importanti e rapide modificazioni ormonali, legate all'insorgenza della gravidanza nel suo svolgersi e nel post partum, giocano un ruolo fondamentale. Ritengo valga la pena insistere sul concetto di "brusche variazioni", che male si conciliano con i processi di adattamento dell'organismo.

Le ripercussioni di questa situazione sul sistema adrenergico, dopaminergico e acetilcolinico compartecipano certamente a modificare il tono neurovegetativo, con influenza negativa sul-

lo stato di emotività. Ma è importante anche l'idea del mito della "madre perfetta", difficilmente raggiungibile da tutti i soggetti, specie se questo è un proponimento, una personale finalità da raggiungere. Infatti, nell'iter della "materialità", lo psicanalista e psichiatra francese Paul Claude Racamier, uno dei maestri della psicoanalisi contemporanea, segnala tre fasi successive. La prima, caratterizzata da una specie di lacerazione dell'unità biologica, elaborata come senso di perdita del bambino. La seconda, scaturita dal confronto tra il bambino reale e quello rappresentato dalla sua immaginazione. La terza, l'interazione di una nuova relazione funzionale che rappresenta, in ultima analisi, la regressione della simbiosi precedentemente instaurata.

In ultima analisi, un variegato complesso neurovegetativo, sostenuto dall'evento parto che, coinvolgendo un rapido e imponente mutamento del sistema di vita, trova la giovane donna impreparata al confronto.

#### La menopausa

Entriamo ora nel terzo periodo critico della donna, forse quello più impegnativo, che, sotto il segno della depressione segna, spesso pesantemente, il suo percorso biologico. Come fenomeno comune nell'innescare di queste fasi critiche ritorniamo alle brusche variazioni ormonali di cui abbiamo già parlato, con i consecutivi riferimenti su tutte le funzioni organiche, specialmente quando l'organizzazione della personalità non è sufficientemente stabile, con deficienza dei meccanismi difensivi di tipo protettivo.

Proviamo insieme a fare alcune riflessioni. Tutte le funzioni organiche del corpo accompagnano il nostro vissuto, dalla fecondazione fino alla morte, con una sola eccezione: quella dell'apparato genitale. Esso risulta pressoché inattivo fino alla età pubere, quando una variazione ormonale, più o meno brusca, innesca la sua funzione provocando la prima fa-

se critica della donna. L'impegno ormonale, brusco e imponente, della gravidanza, specie nel suo insorgere e nel suo terminare, rappresenta la seconda fase. Il termine della sua funzione, riproduttiva e ormonale, caratterizza la terza fase critica. Tutte e tre queste fasi comportano imponenti variazioni ormonali che mutano repentinamente.

L'apparato genitale è l'unico a nascere pressoché silente e finire silente, quando la donna ha ancora una aspettativa di vita di circa 35 anni. Negli animali questo fenomeno non si verifica, la funzione riproduttiva infatti si mantiene per tutta la vita.

Forse perché gli animali hanno prole precoce, mentre l'uomo possiede la prole più tardiva che esiste sulla faccia della terra? E la "provvida natura" concede alla donna una lunga sopravvivenza dopo la fase riproduttiva

per consentirle di accudire i propri figli? È un'idea (certamente confutabile) che accompagna le mie riflessioni. Ma torniamo alla realtà biologica. Come reagisce la donna a livello organico e psico-emozionale di fronte all'evento menopausa? Una tempesta ormonale che, oltre a far cessare la funzione di un intero apparato, la coinvolge, spesso pesantemente, in problematiche biologiche, psicologiche, emozionali, culturali, sociali, relazionali con se stessa, con la famiglia e con la società. Lo stato depressivo ne è, con una certa frequenza, la risultante. Il cosiddetto umore nero può diventare uno spiacevole compagno nel viaggio della vita. Si tratta insomma di un vero *climacter* (dal greco "gradino"), un salto che non può lasciare indifferente il fisico e la psiche nei suoi risvolti biologici, ambientali, sociali, culturali e relazionali. Accettare questo difficile periodo transizionale nel complicato percorso della vita è un vero e proprio capolavoro di saggezza. Non poche infatti sono le problematiche che accompagnano questa fase: la perdita delle capacità riproduttive alle modificazioni corporee in senso androgeno, con perdita delle attrattive sessuali, le modificazioni del ruolo familiare e sociale, la sindrome del nido vuoto, le prospettive di una imminente senescenza, corredata da inevitabile polimorbilità. Sul pia-

### Sui prossimi numeri dedicheremo ulteriori approfondimenti al tema della depressione in gravidanza e post partum. E alle iniziative per sostenere le donne in difficoltà e prevenire i drammi del disagio

no sintomatologico, al di là dei disturbi immediati di tipo neurovegetativo e dei più tardivi di tipo metabolico, soffermiamoci sui disturbi psicogeni, oggetto delle nostre riflessioni, che possono essere distinti, secondo le teorie più accreditate, in tre gruppi. I disturbi fisiogeni, correlati direttamente alla menopausa, caratterizzati da uno stato d'ansia, irrequietezza, cenesopatie, astenia, insonnia ecc.; quelli di natura nevrotica di tipo ansioso-depressivo-ipocondriaco, che connotano un precedente stato nevrotico, e infine quelli psicotici di tipo affettivo e/o paranoide.

Riguardo all'etiopatogenesi bisogna ritornare al sistema endocrino e a quello neurotrasmettitoriale, a prevalente componente catecolinergica.

ne degli estrogeni, scomparsa pressoché completa del progesterone, innalzamento delle gonadotropine - 13 volte per lo FSH e 3 per lo LH -, decremento del testosterone e dello androstenedione), ma anche ad abbassamento della triiodotironina plasmatica, aumento del TSH e riduzione del cortisolo. Specificamente per gli estrogeni, si segnala che esercitano notevole influenza sul metabolismo delle catecolamine a livello ipotalamico, inibiscono le monoaminossidasi e condizionano il sistema serotoninergico che, in carenza di estrogeni, induce un calo della serotonina, riconosciuta come potente regolatore delle funzioni neurovegetative. All'estrogeno privazione si associa anche una ridotta frazione libera del triptofano e una modificazione del metabolismo dell'acido gammaaminobutirrico (GABA).

Gli estrogeni influenzano anche il livello recettoriale, aumentando i recettori muscarinici e diminuendo quelli beta adrenergici, con aumento della recettività dopaminergica. Insomma, una tempesta non solo ormonale, ma anche metabolica ed enzimatica che non può lasciare indifferente l'organismo, nella sua totalità funzionale. Per questo è necessario un adattamento funzionale fisico e psichico, che richiede una riorganizzazione della personalità che non tutte le donne riescono a realizzare. Spetta a noi ginecologi aiutarle in questo difficile percorso, in questo delicato periodo di transizione nel quale subentra, spesso, lo stato depressivo.

La depressione, è utile ricordarlo, è "una disarmonia relazionale, un processo di morte psicologica che colpisce con la stessa forza della morte fisica". In un certo senso è la morte del senso del piacere, la decapitazione della gioia di vivere.

Secondo studi recenti, riferiti dal professor Giovanni Biggio, presidente della Società italiana di farmacologia, si accompagna a una diminuzione volumetrica del cervello, con mutazione morfologica dell'ippocampo che si riduce del 40-50%.

Diceva Cicerone: "Pugnandum est contra morbum tamquam sic contra senectutem" e aggiungerei "anche contro la depressione", facendo presente alle gentili signore che perdere la silhouette corporea, perdere il ruolo riproduttivo, sia pure con altre eventuali privazioni, non significa abdicare ai risvolti affettivi, alla possibilità di riorganizzare la vita in un'ottica diversa, sviluppando le capacità evolutive di adattamento e di integrazione.

Il problema risiede spesso nella difficoltà che sia gli uomini che le donne hanno di accettare il processo di invecchiamento, che necessariamente bisogna considerare parte integrante del nostro percorso vitale. ■



**Profili ordinamentali e giurisprudenziali** di Nicola Gasparro

# Il ruolo del medico e la responsabilità delle strutture sanitarie

Presidi ospedalieri si presentano come strutture complesse, caratterizzate certo dalla presenza al loro interno di medici dipendenti e di altri operatori sanitari, ma anche dalla consistenza di una struttura organizzativa ed amministrativa particolare, nonché dalla predisposizione di un apparato strumentale di rilievo. Non può mancare un'ulteriore considerazione, stimolata dalla cosiddetta spersonalizzazione della prestazione sanitaria all'interno della struttura. Fatto sta che il paziente non si rivolge direttamente all'uno o all'altro specialista, ma si rivolge alla struttura che, di volta in volta, in ossequio alle sue esigenze organizzative, indirizza il paziente verso lo specialista che in concreto dovrà occuparsi della prestazione richiesta. Ciò non di meno, la prestazione che lo specialista fornisce è, sempre e comunque, una prestazione d'opera, assimilabile a quella dell'individuo professionista e sembra corretto mantenerne fermi i principi di valutazione con riguardo al presupposto della diligenza. Pertanto, individuare la prestazione dell'ospedale come prestazione complessa, che nei rapporti che ci interessano assume la forma di un contratto atipico, come è stato

**In materia di responsabilità delle strutture sanitarie** la Cassazione Civile sezione III, con sentenza del 24 marzo 1979 n. 1716 (1), ha stabilito che la responsabilità della struttura trova il suo fondamento nella disciplina del contratto d'opera professionale. Altri autori, avallati da certa giurisprudenza (2), sostengono che, al contrario, sarebbe preferibile configurare autonomamente la responsabilità delle strutture sanitarie come fattispecie complessa e comprensiva anche della

prestazione intellettuale dei sanitari che vi prestano la loro opera, ma caratterizzata, altresì, da altre competenze, così come dalla circostanza di essere espressione di un particolare apparato organizzativo, e che potrebbe definirsi "prestazione di assistenza sanitaria", ovvero "contratto di ospedalità". La peculiarità di tale forma di contratto atipico consisterebbe altresì nella presenza di una serie di obblighi integrativi individuabili *ex lege*. In questo senso la giurisprudenza

ha riconosciuto la responsabilità della struttura ora per mancanza di sicurezza delle attrezzature, ora per mancata protezione della salute dei ricoverati, quindi per difetto di protezione della salute dei terzi, per omessa custodia degli assistiti, in ipotesi di danni anonimi, ovvero per omessa adeguata informazione (3). A nostro avviso, la responsabilità dell'Azienda Sanitaria, così configurata, sembra più aderente alla realtà, e nel contempo emergono alcuni dati di fatto dai quali non si può prescindere.



ricordato in precedenza, pare essere l'ipotesi interpretativa più suggestiva, sulla scorta della quale esaminare la materia.

Quanto alla configurazione dei rapporti tra Asl e medici dipendenti, in quanto alla riferibilità all'Azienda dei comportamenti dannosi posti in essere dai dipendenti, è il caso di rilevare la possibilità di configurare in modo triplice il rapporto che si instaura tra paziente e struttura. Le ipotesi interpretative vanno dall'inquadramento, in materia di responsabilità contrattuale, ai sensi dell'art. 1228 c.c., (nella disciplina della responsabilità per fatto degli ausiliari), a quello, in materia di responsabilità aquiliana, nella disciplina della responsabilità dei padroni e dei committenti, ai sensi dell'art. 2049 c.c., per arrivare all'affermazione della responsabilità diretta nel segno della c.d. immedesimazione organica dell'ente gestore di un servizio pubblico sanitario con i suoi dipendenti.

Si ritiene, così, che la responsabilità dell'agente vada riferita direttamente alla P.A. individuata come quel centro di competenze che costituisce l'unità organizzativa dell'ente pubblico (4). Tale teoria permette di imputare all'ente la responsabilità per l'operato dell'agente, purché costui si sia mosso nell'ambito dei fini istituzionali dell'ente stesso e non sia incorso in violazioni di norme proibitive.

Il dipendente, dunque, sarebbe una *longa manus* dell'ente. In ogni caso, pur aderendo a quest'ultima scuola di pensiero, il personale medico dell'ospedale risponde sempre dell'illecito a titolo di colpa extracontrattuale. Inoltre è opportuno evidenziare che la struttura sanitaria rimane sempre responsabile a causa della propria inefficienza e disorganizzazione, essendo gravata dall'obbligo di garantire un adeguato livello organizzativo e funziona-

## Note

**1** In tale sentenza si è affermato "L'accettazione del paziente nell'ospedale, ai fini del ricovero oppure una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto d'opera professionale tra il paziente e l'ente ospedaliero (la definizione di ente ospedaliero è relativa alla data della sentenza - 1979), il quale assume a proprio carico, nei confronti del paziente, l'obbligo di svolgere l'attività diagnostica e la conseguente attività terapeutica in relazione alla specifica situazione del paziente preso in cura. Poiché

a questo rapporto contrattuale non partecipa il medico dipendente che provvede allo svolgimento dell'attività diagnostica e della conseguente attività terapeutica, quale organo dell'Ente ospedaliero, la responsabilità del predetto sanitario verso il paziente per il danno cagionato da un suo errore diagnostico o terapeutico è soltanto extracontrattuale, con la conseguenza che il diritto al risarcimento del danno spettante al paziente nei confronti del medico si prescrive nel termine quinquennale stabilito dal comma 1 dell'art.

2947 c.c."

**2** Cass. Civ., III Sez., 22.11.1993, n. 11503.

**3** Su quest'ultimo obbligo che incombe sul medico la Cassazione Civile sez. III, con sentenza dell'8.07.1994, n. 6464, ha stabilito: "E' responsabile la struttura sanitaria per violazione del dovere di informativa del paziente circa le conseguenze dell'intervento ed i suoi possibili esiti, stante che il dovere di informativa rientra tra quelli del medico. Tale dovere di informativa non viene meno per effetto della dimissione volontaria da parte del paziente".

**4** In questo senso ha disposto la Cassazione Civile sez. III, con sent. Dello 01.03.1988, n. 2144, stabilendo che: "La responsabilità dell'Ente pubblico gestore del servizio sanitario è diretta, essendo riferibile all'ente, per il principio della immedesimazione organica, l'operato del medico suo dipendente, inserito nell'organizzazione del servizio, che con il suo operato, nell'esecuzione non diligente della prestazione sanitaria, ha causato danno al privato che ha richiesto ed usufruito dal servizio pubblico. E, per l'art.28 Cost., accanto alla re-

sponsabilità dell'Ente esiste la responsabilità del medico dipendente. Responsabilità che hanno entrambe radice nell'esecuzione non diligente della prestazione sanitaria da parte del medico dipendente, nell'ambito dell'organizzazione sanitaria. Pertanto, stante questa comune radice, la responsabilità del medico dipendente è, come quella dell'Ente pubblico, di tipo professionale; e vanno applicate anche ad essa, analogicamente, le norme che regolano la responsabilità in tema di prestazione professionale medica in esecuzione di un con-

le per il miglior esercizio dell'attività terapeutica.

Ne discende che, qualora l'esito negativo dell'intervento non possa ricondursi alla colpevole condotta del singolo operatore sanitario, bensì unicamente all'inefficienza della struttura, quest'ultima risponderà dei danni cagionati in forza di un autonomo titolo di responsabilità.

I principi sopra enunciati rimangono validi anche alla luce delle riforme che hanno interessato la sanità; ci si riferisce, soprattutto, alla cosiddetta aziendalizzazione delle ex Usl oggi Asl. Infatti, il direttore generale, al pari di qualsiasi imprenditore privato, può essere chiamato a rispondere anche penalmente di ciò che avviene nella sua struttura. Ma, essendo la responsabilità penale sempre personale, la stessa opera solo quando alla persona del direttore generale va attribuito un comportamento oppure una omissione dalla quale ne discende un evento lesivo costituente reato.

Più specificatamente nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, vi sono alcune materie le cui prerogative sono di esclusiva competenza del direttore generale. Ad esempio, in materia di sicurezza dei lavoratori si occupa il D.lgs n. 626/94, e qualora il direttore generale non abbia adempiuto correttamente alle previsioni in esso contenute e si verifichi un evento lesivo, egli risponde penalmente, appunto, in ragione di tale omissione causativa dell'evento lesivo.

Le norme di prevenzione infortunistica tutelano non solo i lavoratori della struttura ma anche gli ammalati, i loro parenti in visita e chiunque altro abbia accesso alle stesse per qualsiasi ragione.

In questo ambito le funzioni relative all'antifortunistica e alla sicurezza nei luoghi di lavoro possono per legge essere delegate, anche se la giurisprudenza della Cassazione penale sostiene che la delega deve essere

fatta in favore di un soggetto che abbia le condizioni soggettive di professionalità e competenza per poter attuare i compiti e le funzioni oggetto di delega, nonché in possesso delle necessarie risorse economiche.

Pertanto, costui assume la denominazione di responsabile della sicurezza e nel caso delle competenze di cui alla D.Lgs.626/94 può esonerare il direttore generale delegante a condizione che: - il delegante non continui ad ingerirsi - il delegato sia persona tecnicamente e professionalmente idonea - che il delegante continui, però, ad esercitare le funzioni di vigilanza e di controllo - il delegato abbia i poteri di spesa.

Accanto al Direttore generale, nell'ambito della Direzione strategica si collocano il Direttore sanitario con compiti organizzativi e igienico-sanitari, e il Direttore amministrativo con compiti di amministrazione, entrambi legati all'Asl da rapporto di tipo privato (contratto di diritto privato stipulato con il direttore generale).

Senza dubbio una responsabilità penale di tutti e tre è configu-

### La struttura sanitaria è sempre responsabile della propria inefficienza e disorganizzazione, in quanto obbligata a garantire un adeguato livello organizzativo e funzionale per il miglior esercizio dell'attività terapeutica

rabile ove l'evento lesivo dei pazienti sia attribuibile alle carenze strutturali ed organizzative riconducibili esclusivamente a condotta negligente e colposa, in genere di una o di tutte e tre le suddette figure; e ciò ovvia-

mente indipendente dalla correttezza comportamentale dei medici e degli infermieri.

In tal senso si pone l'interessante sentenza n. 10093 del 03.10.1995 della Corte di Cassazione Sez. IV Penale, che ha stabilito: "Va ascritta alla penale responsabilità del Direttore amministrativo della struttura ospedaliera, a titolo di colpa, la morte del paziente in seguito ad un intervento chirurgico, nel caso in cui esso Direttore amministrativo non predisponga un'organizzazione almeno sufficiente e tale comunque da rendere possibile almeno quel minimo di assistenza notturna post-operatoria (ferme le più specifiche competenze del Direttore sanitario) che tutti gli interventi chirurgici eseguiti in anestesia impongono". Questa singolare decisione della Suprema Corte ha sancito la penale responsabilità del Direttore amministrativo in via autonoma, condannandolo per omicidio colposo per la morte di un paziente avvenuta in seguito al decorso post-operatorio, in ambiente privo di assistenza e qualificata vigilanza.

Se al contrario un paziente ricoverato sia colpito da una infezione ospedaliera, per la mancata attuazione di un piano e di un programma per la lotta e la prevenzione della infezione medesima, la penale responsabilità è riconducibile al Direttore sanitario.

Se invece per grave incapacità gestionale il Direttore generale, pur essendo fornito delle risorse economiche, non acquista per la struttura sanitaria quegli strumenti tecnici o apparecchiature che debbano ritenersi assolutamente indispensabili per permettere l'esecuzione della prestazione professionale e di conseguenza si verifichi un evento lesivo o mortale, il Direttore generale ne risponderà a titolo di responsabilità penale. ■

## Gli orientamenti giurisprudenziali sulla responsabilità delle strutture ospedaliere pubbliche e private: casistica

In tema di responsabilità da ascrivere agli enti ospedalieri pubblici o privati, la Corte di Cassazione e i Tribunali italiani, più volte aditi sul tema in oggetto, hanno pronunciato molteplici sentenze.

Di seguito, al fine di meglio comprendere l'odierno orientamento, se ne riportano alcune tra le più recenti:

■ L'Ente ospedaliero risponde direttamente della negligenza ed imperizia dei propri dipendenti nell'ambito delle prestazioni sanitarie effettuate al nascituro ed il diverso apporto causale dei vari dipendenti attiene al rapporto interno tra questi ultimi e l'Ente (5).

■ È configurabile una responsabilità autonoma e diretta della casa di cura ove il danno subito dal paziente risulti causalmente collegato ad una inadempienza alle obbligazioni ad essa facenti carico, a nulla rilevando che l'eventuale responsabilità concorrente del medico di fiducia del paziente medesimo sia ancora *sub iudice* in altro separato processo (6).

■ La struttura sanitaria, pubblica o privata, risponde dei danni subiti, a seguito di caduta accidentale del paziente novantatreenne ricoverato, per motivi organizzativi, in reparto non idoneo e non congruo rispetto alla sua patologia, anche in relazione alla morte, che sopraggiunga come conseguenza eziologicamente prevedibile del sinistro (7).

■ Il ricovero di un paziente in una struttura pubblica o privata avviene sulla base di un contratto tra il paziente stesso ed il soggetto gestore della struttura.

L'adempimento di tale contratto, con riguardo alle prestazioni di natura sanitaria, è regolato da norme che disciplinano la corrispondente attività del medico nell'ambito del contratto di prestazione d'opera professionale, per cui il gestore risponde nei riguardi del paziente secondo le norme degli artt. 1176 e 2236 c.c.. In ogni caso è necessaria la colpa del medico, in assenza di questa nessuna responsabilità contrattuale è ravvisabile a carico del committente per fatto illecito dei suoi preposti (8).

■ Allorché il ricovero avvenga presso una struttura sanitaria gestita da un ente pubblico,

perché a quest'ultimo si renda imputabile la responsabilità civile conseguente al fatto reato, si rende sufficiente che il fatto si atteggi oggettivamente come reato e che la condotta che ne contribuisca a costituire l'elemento oggettivo rappresenti una

manifestazione del servizio di cui il paziente è stato ammesso a fruire, giacché, per imputare la responsabilità all'ente pubblico, basta che l'azione od omissione sia riconducibile ad una attività di un organo dell'ente (9).

■ La responsabilità dell'ente gestore del servizio ospedaliero e quella del medico dipendente hanno entrambe radice nell'esecuzione non diligente o errata della prestazione sanitaria da parte del medico, per cui, accertata la stessa, risulta contestualmente accertata la responsabilità a contenuto contrattuale di entrambi (qualificazione che discende non dalla fonte dell'obbligazione, ma dal contenuto del rapporto) (10).

■ L'attività dell'ente ospedaliero è dovuta nei confronti del paziente quale prestazione che l'ente sia obbligato ad adempiere con la conclusione del contratto d'opera professionale. Riguardo il medico dipendente, la sua attività è dovuta nei confronti dell'ente ospedaliero nell'ambito del rapporto di impiego che lo lega all'ente e quale esplicazione della funzione che è obbligato a svolgere (11).

■ Nel caso di danni causati dall'insuccesso di un intervento chirurgico, la casa di cura nella quale l'intervento è stato praticato, risponde a titolo contrattuale ex art. 1218 c.c. del danno causato dal chirurgo, anche nei casi in cui quest'ultimo non faccia parte dell'organizzazione aziendale della casa di cura (12).

■ In ipotesi di non corretta esecuzione della prestazione professionale medica, eseguita in struttura sanitaria pubblica, ne rispondono a titolo di responsabilità contrattuale sia l'ente ospedaliero, gestore di un servizio pubblico sanitario, sia il medico dipendente ex art. 28 Cost (13).

■ Il raggiungimento della prova in ordine alla colpa dei sanitari determina la responsabilità di natura contrattuale dell'ente ospedaliero che ricomprende sia il danno patrimoniale che quello biologico e morale (14).

■ L'ente ospedaliero, gestore di un servizio pubblico sanitario, risponde a titolo contrattuale per i danni subiti da un privato a causa della non diligente prestazione medica da parte di un proprio dipendente (15).

tratto d'opera professionale".  
5 Caso di una gestante che ha avuto diritto al risarcimento dei danni morali con condanna dell'Ente, poiché per il rapporto di immedesimazione organica con il suo personale la condotta lesiva è direttamente riferibile all'Ente. Tra la gestante e l'Ente ospedaliero sussiste poi un contratto di ricovero, che è un contratto con effetti protettivi a favore di terzi (Cass. Civ., Sez. III, 14 luglio 2003, n. 11001).

6 Caso di una partoriente che aveva scelto un medico curante esterno rispetto all'Ente

ospedaliero che, dunque, aveva messo a disposizione personale medico ausiliario, paramedico, nonché medicinali e tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicanze. Pertanto è stata condannata una casa di cura per inadempienza consistita nell'insufficienza delle apparecchiature a disposizione per affrontare l'emergenza - sindrome asfittica del neonato - e nel ritardo ad opera del personale ausiliario nel trasferire il neonato in un centro ospedaliero attrezzato (Cass. Civ., Sez. III, 1° luglio 2002,

n. 9556).  
7 Trib. Monza, 22 ottobre 2001.  
8 Cass. Civ., Sez. III, 8 maggio 2001, n. 6386.  
9 Cass. Civ., Sez. III, 1 settembre 1999, n. 9198.  
10 Cass. Civ., Sez. III, 22 gennaio 1999, n. 589.  
11 Cass. Civ., Sez. III, 22 gennaio 1999, n. 589.  
12 Cass. Civ., Sez. III, 8 gennaio 1999, n. 103.  
13 Cass. Civ., Sez. III, 2 dicembre 1998, n.12233.  
14 Trib. Milano, 11 giugno 2003, in Giust.a Milano, 2003, 52.  
15 Cass. Civ., Sez. III, 4 marzo 2004.



**Sentenze** di Pier Francesco Tropea

# Attualità in tema di colpa medica per omissione

■ **La definizione di una colpa medica per omissione ha da sempre rappresentato un complesso problema per gli operatori di giustizia impegnati ad accertare se un evento dannoso occorso a un paziente sia riconducibile a una mancata prestazione sanitaria piuttosto che a cause morbose incidenti indipendentemente dall'intervento medico**

**L**a responsabilità professionale di tipo omissivo, di cui il medico può essere chiamato a rispondere, risulta in costante aumento da quando il moltiplicarsi di denunce giudiziarie nei confronti dei medici ha di fatto condotto alla diffusione di una Medicina difensiva, nell'ambito della quale si riscontra con chiarezza la volontà del medico di non farsi carico di interventi sanitari potenzialmente pericolosi per il paziente, in tal modo, di fatto, omettendo la dovuta prestazione sanitaria.

È ben noto che, in assenza di certezze sul buon esito di una mancata prestazione sanitaria, la Giurisprudenza ha da tempo fatto ricorso al criterio cosiddetto probabilistico, in virtù del quale il Giudice può giungere ad affermare la responsabilità del sanitario sulla base di un calcolo statistico di probabilità relativa alla soluzione positiva del caso clinico nel caso in cui l'intervento del Medico, in realtà omissivo, fosse stato praticato.

In termini giuridici tale procedimento prende il nome di giudizio controfattuale, che consiste appunto nel raggiungere il convincimento dell'assenza di un evento dannoso per il paziente, ove il Medico avesse praticato il proprio intervento, nella realtà omissiva.

È evidente che l'applicazione rigida del criterio puramente statistico in termini probabilistici ha condotto non raramente a giudizi di colpevolezza del Medico basati su un calcolo di probabilità discutibile e talvolta percentualmente tanto basso da indurre perplessità, non solo nella classe medica, ma anche presso gli studiosi del diritto. È infatti nota la sentenza della Corte di Cassazione del luglio 1991 che ha condannato i medici curanti di una paziente sottoposta a taglio cesareo, successivamente deceduta per infezione tetanica post-operatoria, in quanto, a giudizio dei Magistrati, una diagnosi corretta di tale affezione, in

realtà omissiva, avrebbe avuto un 30% di probabilità di salvare la vita della paziente.

Il grande dibattito giuridico concernente la definizione del nesso di causalità omissiva attraverso l'applicazione delle leggi scientifiche di copertura, e in primo luogo di quelle statistiche, ha indotto la Corte di Cassazione ad emettere una pronuncia a Sezioni Unite nel luglio 2002, nota

**L'applicazione rigida del criterio puramente statistico in termini probabilistici ha condotto, non raramente, a giudizi di colpevolezza del medico, basati su un calcolo di probabilità discutibile**

come "Sentenza Francese" la quale, rivisitando a fondo tale problematica, valorizza il criterio della probabilità logica o razionale in luogo di quello puramente statistico, giungendo ad affermare che, nel caso della responsabilità omissiva, va raggiunta la quasi certezza della colpa medica "al di là di ogni ragionevole dubbio".

In tal senso è illuminante l'affermazione dei suddetti Giudici della Corte di Cassazione, nella parte della sentenza in cui essi

affermano che "l'insufficienza, la contraddittorietà e/o l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale e quindi il ragionevole dubbio sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del Medico, rispetto ad altri fattori interagenti o eccezionalmente sopravvenuti nella produzione dell'evento lesivo, non potranno che comportare un esito assolutorio del giudizio".

È facile arguire che, dalla Sentenza Francese in poi, la posizione del Medico sotto il profilo della responsabilità professionale a lui addebitabile, si è notevolmente alleggerita in campo penale, mentre in ambito civile permane una tendenza della

parte della Suprema Corte, sebbene non siano mancate da parte della stessa Corte di Cassazione interpretazioni in qualche misura difformi dalla Sentenza Francese, a riprova della frequente non uniformità di giudizio in seno alla Giurisprudenza, sia di merito che di legittimità. Una recente pronuncia della IV Sezione Penale della Corte di Cassazione (sentenza n. 4177 del febbraio 2007) contribuisce a far luce sulla problematica in oggetto, fornendo elementi di giudizio di grande rilievo dottrinario sui quali merita di soffermarsi nella presente nota.

In primo luogo, la sentenza in oggetto ribadisce i limiti d'intervento della Corte di Cassazione, la quale non può entrare nel merito del caso in esame, ma deve esercitare un controllo di legittimità sulle sentenze di merito, verificando le ragioni giuridiche che hanno determinato l'orientamento del Giudice e l'assenza di illogicità rispetto agli argomenti che hanno condotto alla pronuncia precedente.

In particolare, l'eventuale illogicità della motivazione deve risultare del tutto evidente e cioè chiaramente contrastante e incompatibile con i principi della

estraneo al giudizio di legittimità il controllo sulla correttezza della motivazione in rapporto ai dati processuali".

Tuttavia, il punto più rilevante della sentenza in oggetto è quello relativo al giudizio sul nesso di causalità adoperato dai Giudici di merito e puntualizzato dalla Corte di Cassazione. Nella fattispecie infatti, la Suprema Corte, a chiarimento della posizione assunta dai Giudici della Sentenza Francese, afferma che le leggi statistiche dalle quali si può giungere alla deduzione del coefficiente di probabilità, non vanno completamente disattese, ma viceversa rappresentano un elemento di giudizio nel contesto degli altri dati in possesso del Giudice.

Più specificamente, il dato statistico, lungi dall'essere considerato privo di qualsiasi rilevanza, rappresenta il punto di partenza dell'indagine giudiziaria e, ove esistente e rilevante, potrà e dovrà essere considerato dal Giudice "unitamente a tutte le altre emergenze fattuali della specifica vicenda", dovendosi considerare anche come estremamente importanti le regole scientifiche e quelle dettate dall'esperienza.

Rimane fondamentale il rilievo di fattori alternativi ai quali ricondurre l'evento lesivo per il paziente, il tutto nell'obiettivo di raggiungere quel "grado di elevata credibilità razionale al di là di ogni ragionevole dubbio" che, secondo l'assunto della Sentenza Francese, consenta di ricondurre l'evento dannoso alla condotta omissiva del Medico.

In tal modo, nella presente pronuncia i Giudici della Corte di Cassazione si uniformano alla linea interpretativa dettata dalle Sezioni Unite con la Sentenza Francese, non mancando tuttavia di riproporre quel

dato statistico che sembrava aver perduto gran parte della propria validità.

È altresì da sottolineare la valorizzazione della formula della "certezza processuale al di là di ogni ragionevole dubbio" che, nel caso della definizione di una eventuale responsabilità omissiva del Medico, rappresenta una formidabile garanzia a difesa del Sanitario incriminato. **Y**



Magistratura a privilegiare la parte offesa attraverso il riconoscimento del danno subito a seguito della prestazione sanitaria, il che si traduce nel riconoscimento di un risarcimento del danno, talvolta liquidato in termini economici assai rilevanti.

Dopo la suddetta sentenza della Cassazione a Sezioni Unite, si è osservato un sostanziale allineamento alle tesi suddette da

logica, così come è stabilito dalla Corte di Cassazione (Sez. IV) in una precedente sentenza (2 dicembre 2004).

In tal senso, viene richiamato quanto disposto dall'art. 606 comma 1 lettera e del Codice di Procedura Penale che "non consente al Giudice di legittimità una diversa lettura dei dati processuali o una diversa interpretazione delle prove, perché è

**Libera professione** di Carmine Gigli\*

# Senatus mala bestia

Approvato dalla Commissione igiene e Sanità il 19 luglio scorso, il testo di quello che fu il "Ddl Turco" è passato all'esame della Camera dei Deputati. Ha tempo sino al 31 luglio

Il detto latino *Senatores boni viri Senatus mala bestia* (Senatori brave persone Senato bestia cattiva), si adatta molto bene all'operato della Commissione Igiene e Sanità del Senato. Il 19 luglio 2007 la Commissione ha approvato in sede deliberante, il Disegno di legge "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" (Atto del Senato n. 1598). Le date sono importanti, perché quando leggerete queste righe i fatti avranno so-

pranzato la notizia. Stiamo parlando di quello che in origine fu il Disegno di legge presentato dal Ministro della Salute Livia Turco e approvato lo scorso 11 maggio dal Consiglio dei Ministri: "Disposizioni in materia di sicurezza delle strutture sanitarie e gestione del rischio clinico nonché di attività libero professionale intramuraria e di esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale". Il Ministro Turco aveva comin-

ciato a pensare sin dal novembre 2006 a questa azione incisiva sulla libera professione dei medici del Ssn e, nonostante i segnali negativi che le erano giunti in tutti questi mesi da parte delle Regioni, si era ostinata a non voler chiedere una semplice proroga per la libera professione intramoenia allargata agli studi medici. Il Ministro ha voluto presentare il suo bel disegno di legge articolato, che trattava di sicurezza delle strutture sanitarie, di gestione del rischio clinico, nonché di at-

tività libero professionale intramuraria e di esclusività del rapporto di lavoro.

Il risultato è quello che potete leggere. Il testo originale del quale ci siamo occupati, pur con accenti critici, nello scorso numero di questa rivista è stato spogliato degli articoli più significativi. L'unico articolo che si è salvato dalla furia iconoclasta della Commissione Igiene e Sanità del Senato, quello sulla libera professione dei dirigenti, è stato stravolto con l'introduzione di norme demagogiche e vessatorie, che disattendono gli accordi contrattuali e creano problemi di applicazione alle stesse Aziende. Certamente, al momento la cosa più importante è quella di

evitare il vuoto legislativo, ma sarà necessario mobilitarci sin da ora, affinché il testo del Ddl approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato sia opportunamente rivisto. Adesso il Ddl passa per l'approvazione alla Camera dei Deputati e staremo a vedere se la Camera riuscirà ad approvarlo entro la scadenza del prossimo 31 luglio. In caso contrario, per evitare il vuoto legislativo che si verrebbe a creare per la scadenza della proroga stabilita dalla 248/2006 (decreto Bersani), potrebbe rendersi necessaria l'emanazione di un Decreto legge di proroga. Tuttavia, anche questo potrebbe rivelarsi solo un rimedio temporaneo, perché a causa delle ferie parlamentari, a settembre si ripresenterebbe il problema dei tempi

**Nella pagina a fianco il testo del Disegno di Legge "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato il 19 luglio 2007.**

**Il Ddl è ora passato alla Camera dei Deputati con la speranza che venga approvato entro il 31 luglio**

insufficienti per la conversione in legge del decreto. Come dicevamo: "Senatus mala bestia", per perseguire i suoi giochi di bottega più che di politica, ha compiuto un simile scempio che danneggia i medici e alla fine non giova a nessuno.

\*Presidente coordinatore Fesmed



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

WWW.GINECOLOGIAFORENSE.IT

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



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

**SOCIO**

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

**TIPO**  evento sanitario avverso  atti della magistratura  contenzioso amministrativo

**EVENTO**

---



---



---

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

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

**DESCRIZIONE**

---



---



---

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

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

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

## Il testo del Ddl approvato dal Senato

### Articolo 1 - Attività libero-professionale intramuraria

**1.** Per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano assumono le più idonee iniziative volte ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, necessari per rendere disponibili i locali destinati a tale attività.

**2.** L'adozione delle iniziative di cui al comma 1 dovrà essere completata entro il termine di diciotto mesi a decorrere dalla data del 31 luglio 2007. Limitatamente a tale periodo e agli ambiti in cui non siano ancora state adottate le iniziative di cui al comma 1, in deroga a quanto disposto dal comma 2 dell'articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, continuano ad applicarsi i provvedimenti già adottati per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. Nel medesimo periodo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano procedono all'individuazione e all'attuazione delle misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali delle categorie interessate e nel rispetto delle vigenti disposizioni contrattuali, il definitivo passaggio al regime ordinario del sistema della attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria, medica e veterinaria, del Servizio sanitario nazionale e del personale universitario di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

**3.** La risoluzione degli accordi di programma di cui all'articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi di ristrutturazione edilizia di cui al comma 1 per i quali la regione non abbia conseguito il collaudo entro il termine stabilito dal comma 2, primo periodo.

**4.** Tra le misure di cui al comma 2 può essere prevista, ove sia adeguatamente dimostrata la necessità e nell'ambito delle risorse disponibili, l'acquisizione di spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per l'esercizio delle attività medesime, tramite l'acquisto, la locazione, la stipula di convenzioni, previo parere vincolante da parte del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, o, qualora esso non sia costituito, di una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'attività libero-professionale intramuraria, costituita a livello aziendale. In ogni caso, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano devono garantire che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'attività libero-professionale intramuraria, al fine di assicurarne il corretto esercizio, in particolare nel rispetto delle seguenti modalità:

**a)** affidamento a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi, del servizio di prenotazione delle prestazioni, da eseguire in sede o tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle medesime prestazioni, che non debbono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro;

**b)** garanzia della riscossione degli onorari relativi alle prestazioni erogate sotto la responsabilità delle aziende, policlinici e istituti di cui al comma 1. Agli eventuali oneri si provvede ai sensi della successiva lettera c);

**c)** determinazione, in accordo con i professionisti, di un tariffario idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari;

**d)** monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi fissati da specifici provvedimenti; attivazione di meccanismi di riduzione dei medesimi tempi medi; garanzia che, nell'ambito suddetto dell'attività istituzionale, le prestazioni aventi carattere di urgenza differibile vengano erogate entro 72 ore dalla richiesta;

**e)** prevenzione delle situazioni che determinano l'insorgenza di un conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale e fissazione delle sanzioni disciplinari e dei rimedi da applicare in caso di inosservanza delle relative disposizioni, anche con riferimento all'accertamento delle responsabilità dei direttori generali per omessa vigilanza;

**f)** adeguamento dei provvedimenti per assicurare che nell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresa quella eser-

citata in deroga alle disposizioni di cui al comma 2 dell'articolo 22-bis del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, siano rispettate le prescrizioni di cui alle precedenti lettere a), b) e c), anche nel periodo di operatività transitoria delle convenzioni di cui al primo periodo del presente comma, e fermo restando il termine di cui al comma 2, primo periodo, e al comma 10;

**g)** progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. A tal fine, il Ministro della salute presenta annualmente al Parlamento una relazione sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, ai sensi dell'articolo 15-quattordices del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici.

**5.** Ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, policlinico universitario a gestione diretta ed istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico predispone un piano aziendale, concernente, con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria. Le medesime aziende, policlinici ed istituti assicurano adeguata pubblicità ed informazione relativamente ai piani, con riferimento, in particolare, alla loro esposizione nell'ambito delle proprie strutture ospedaliere ed all'informazione nei confronti delle associazioni degli utenti, sentito il parere del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, o, qualora esso non sia costituito, della commissione paritetica di sanitari di cui al precedente comma 4. Tali informazioni dovranno in particolare riguardare le condizioni di esercizio dell'attività istituzionale e di quella libero-professionale intramuraria, nonché i criteri che regolano l'erogazione delle prestazioni e le priorità di accesso.

**6.** I piani sono presentati alla Regione o Provincia autonoma competente, in fase di prima applicazione, entro quattro mesi dall'entrata in vigore della presente legge e, successivamente, entro un limite massimo di tre anni dall'approvazione del piano precedente. La Regione o Provincia autonoma approva il piano, o richiede variazioni o chiarimenti, entro sessanta giorni dalla presentazione. In caso di richiesta di variazioni o chiarimenti, essi sono presentati entro sessanta giorni dalla richiesta medesima ed esaminati dalla regione o provincia autonoma entro i successivi sessanta giorni. Subito dopo l'approvazione, la regione o provincia autonoma trasmette il piano al Ministero della salute. Decorsi sessanta giorni dalla trasmissione, in assenza di osservazioni da parte del Ministero della salute, i piani si intendono operativi.

**7.** Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano assicurano il rispetto delle previsioni di cui ai commi 1, 2, 4, 5 e 6 anche mediante l'esercizio di poteri sostitutivi e la destituzione, nell'ipotesi di grave inadempimento, dei direttori generali delle aziende, policlinici ed istituti sopra menzionati. Qualora la nomina dei direttori generali suddetti competeva ad organi statali, questi ultimi provvedono alla destituzione su richiesta della regione o della provincia autonoma. In caso di mancato adempimento degli obblighi a carico delle Regioni e delle Province autonome di cui al presente comma, è precluso l'accesso ai finanziamenti a carico dello Stato integrativi rispetto ai livelli di cui all'accordo sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001. Il Governo esercita i poteri sostitutivi in caso di inadempimento da parte delle Regioni o delle Province autonome, ai sensi e secondo la procedura di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, e anche con riferimento alla destituzione di cui al primo periodo del presente comma.

**8.** Ciascuna regione o provincia autonoma trasmette al Ministero della salute una relazione sull'attuazione dei commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7, con cadenza trimestrale, fino al conseguimento effettivo, da parte della stessa, del definitivo passaggio al regime ordinario di cui al comma 2, e successivamente con cadenza annuale.

**9.** Esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possono essere utilizzati anche per l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.

**10.** Le convenzioni di cui al comma 4, primo periodo, sono autorizzate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano per il periodo necessario al completamento, da parte delle aziende, policlinici o istituti interessati, degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e comunque non oltre il termine di cui al comma 2, primo periodo.

**11.** Al Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto le-

gislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, o, qualora esso non sia costituito, alla commissione paritetica di sanitari di cui al precedente comma 4 è anche affidato il compito di dirimere vertenze dei dirigenti sanitari in ordine all'attività libero-professionale intramuraria.

**12.** Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano dovranno definire le modalità per garantire l'effettuazione, da parte dei dirigenti veterinari del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni libero-professionali che per la loro particolare tipologia e modalità di erogazione esigono una specifica regolamentazione.

**13.** Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge è attivato l'Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale, così come previsto dall'articolo 15-quattordices del decreto legislativo n. 502 del 1992.

**14.** Dall'eventuale costituzione e dal funzionamento delle commissioni paritetiche di cui ai commi 4, 5 e 11, nonché dall'attuazione del citato comma 11, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

### Articolo 2 - Norme in materia di dirigenti del Ministero della salute rientranti nei profili professionali sanitari

**1.** I dirigenti del Ministero della salute rientranti nei profili professionali sanitari, individuati dall'articolo 2, comma 2, lettere b) e c), del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 dicembre 1995, n. 73, ed inquadrati dalle medesime lettere in attuazione dell'articolo 18, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, a decorrere dalla data di istituzione del ruolo previsto dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2004, n. 108, sono inquadrati nel predetto ruolo, in distinta sezione.

**2.** Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

### Articolo 3 - Disposizioni in materia di applicazione dell'istituto del tempo parziale alla dirigenza sanitaria

**1.** In deroga all'articolo 39, comma 18-bis, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, è ammesso il ricorso all'istituto del lavoro a tempo parziale per i dirigenti sanitari, esclusivamente nei casi in cui risulti comprovata una particolare esigenza familiare o sociale e fermo restando il rapporto di lavoro esclusivo, con sospensione, fino al ripristino del rapporto a tempo pieno, dell'attività libero-professionale intramuraria eventualmente in corso di svolgimento.

**2.** L'azienda o ente competente del Servizio sanitario nazionale ammette i dirigenti all'impegno ridotto in misura non superiore al dieci per cento, e comunque nei limiti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti, della dotazione organica complessiva dell'area dirigenziale sanitaria di cui ai medesimi contratti, incrementabile, in presenza di idonee situazioni organizzative o di gravi documentate situazioni familiari sovrappiùte dopo la copertura della percentuale di base, fino ad ulteriori due punti percentuali.

**3.** Le circostanze familiari o sociali per le quali è consentito il ricorso all'istituto del lavoro a tempo parziale sono stabilite dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Gli effetti sul trattamento economico conseguenti al ricorso al lavoro a tempo parziale sono definiti in base ai criteri stabiliti nella contrattazione collettiva.

### Articolo 4 - Differimento del termine per le prestazioni aggiuntive da parte degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica

**1.** Al fine di consentire la continuità del ricorso alle prestazioni aggiuntive degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica, nel rispetto delle disposizioni recate in materia di contenimento delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale dai provvedimenti di finanza pubblica, il termine del 31 maggio 2007, previsto dall'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2007, n. 17, è differito fino alla definizione della disciplina di tali prestazioni aggiuntive nell'ambito del contratto collettivo nazionale di comparto 2006-2009 e non oltre la data di entrata in vigore del contratto medesimo.

**2.** La definizione da parte del contratto collettivo nazionale di comparto delle prestazioni aggiuntive di cui al comma 1 non deve comportare effetti di maggiori oneri sul livello di finanziamento del contratto collettivo nazionale di comparto medesimo, quantificato secondo i criteri ed i parametri previsti per tutto il pubblico impiego.

**3.** Sono fatti salvi i contratti per le prestazioni di cui al comma 1, eventualmente posti in essere per il periodo dal 1° giugno 2007 alla data di entrata in vigore della presente legge, purché compatibili con il vincolo di cui al comma 1.

### Articolo 5 - Entrata in vigore

**1.** La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

di Carmine Gigli *Presidente Coordinatore Fesmed*

# Voglia di protagonismo dei Direttori generali oppure degli Assessori regionali alla salute?

**D**a qualche tempo si vanno ripetendo nella Regione Toscana degli atti di "disubbidienza" al Contratto collettivo nazionale di lavoro della Dirigenza medica, da parte dei direttori generali. È accaduto a Lucca, a Pistoia e più di recente ad Empoli.

In tutti i casi la Fesmed è stata presente accanto ai propri associati e, insieme alla Fesmed, tutte le Organizzazioni sindacali della Dirigenza medica hanno fatto quadrato. Questo non ci impedisce di chiederci perché alcuni direttori generali della Re-

gione Toscana hanno assunto dei comportamenti poco rispettosi del Ccnl della Dirigenza medica.

Forse questo accade perché c'è qualcuno che li "spalleggia". Il sospetto sorge spontaneo se si leggono le dichiarazioni rilasciate il 24 luglio 2007 da Enrico Rossi, assessore alla Salute della Regione Toscana. "Secondo i sindacati - osserva Rossi - l'assessore regionale dovrebbe, con un atto giuridicamente inesistente, e non nella sua podestà, annullare i licenziamenti, e addirittura prendere provvedimenti nei

confronti del direttore generale della Asl 11. Questo intervento - prosegue Rossi - violerebbe ogni autonomia aziendale e segnerebbe per quanto mi riguarda il cedimento a una richiesta di stampo puramente corporativo, che non ha nulla a che fare, come sottolinea anche il giudice del lavoro, con la tutela della libertà sindacale di sciopero e di espressione". "In uno Stato di diritto - è il commento dell'assessore Rossi - ognuno deve fare la propria parte, e intanto il giudice del lavoro sostiene che nulla di antisindacale è stato commes-

so dal direttore di Empoli. Per quanto riguarda la lesione dei diritti individuali, ci saranno evidentemente altri pronunciamenti, sollecitati dagli stessi sindacati: vedremo di che natura saranno e vedremo quale sarà l'esito". La passione che l'assessore Rossi ha messo nella difesa del suo direttore generale, traspare chiaramente dal fatto che è stato costretto ad evocare "l'autonomia aziendale", l'icona massima nel teatrino dell'organizzazione sanitaria, ed inoltre, ha bollato come "di stampo puramente corporativo" la richiesta delle

OO.SS. di rispettare il Contratto di lavoro.

Quasi per deludere le aspettative dell'assessore Rossi, dopo che lo scorso 20 luglio, il giudice della causa intentata dalle OO.SS., aveva ritenuto "che l'Azienda Usl 11 di Empoli, nel recedere dai rapporti di lavoro con i due medici abbia violato l'art. 23 Ccnl 8.6.2000 e successive integrazioni", il giudice del lavoro di Firenze, con la sentenza del 30 luglio, ha ordinato all'Azienda Usl 11 di Empoli di riammettere i medici licenziati al proprio posto di lavoro.

Le organizzazioni sindacali della Dirigenza sanitaria sono molto preoccupate per questi comportamenti. Per tale motivo hanno chiesto alle più alte cariche istituzionali un impegno esplicito per il rispetto degli accordi contrattuali sottoscritti, in particolare quelli contenenti norme di garanzia.

## Comunicato dell'Intersindacale della dirigenza sanitaria del 26 luglio 2007

### Medici licenziati: i sindacati richiamano le regioni al rispetto del contratto di lavoro

**Le organizzazioni** sindacali della Dirigenza sanitaria esprimono grande soddisfazione per la sentenza del Giudice del lavoro di Firenze che ha riconosciuto la violazione del Ccnl nel caso di licenziamento di due medici, avvenuto da parte dell'Azienda Usl 11 di Empoli nonostante il parere contrario del Comitato dei garanti.

Nel dispositivo viene, infatti, ribadita in modo netto e inequivocabile la piena validità del contratto di lavoro, dove si stabilisce che il parere del Comitato dei Garanti è obbligatorio e vincolante per le Aziende sanitarie e deve essere espresso in tutti i casi di recesso.

Le organizzazioni sindacali regionali hanno più volte sollecitato

l'Assessore alla salute Enrico Rossi, a prendere posizione sul rispetto dei patti contrattuali e ad intervenire presso il direttore generale dell'Azienda Usl 11 di Empoli per il ripristino della legalità. Non per effettuare atti "giuridicamente inesistenti", ma per richiamare ufficialmente un dirigente legato da rapporto fiduciario con la Giunta regionale della Toscana al rispetto di norme che egli stesso, in qualità di Assessore, ha autorizzato ad inserire nel Ccnl, ritenendole evidentemente legittime.

L'Assessore alla Salute della Toscana si è rifiutato di intervenire, anzi è sembrato addirittura appoggiare l'iniziativa del direttore generale, poichè ha dichiarato alla

stampa che "di fatto la sentenza riconosce in casi di estrema gravità la possibilità di licenziare un dipendente nella pubblica amministrazione", disconoscendo così il parere del Comitato dei Garanti, che non aveva ravvisato gli estremi della giusta causa, e travisando volutamente la sentenza del Tribunale di Firenze. Le organizzazioni sindacali stigmatizzano un simile atteggiamento, in quanto la correttezza istituzionale dei comportamenti dell'Autorità politica di governo si dimostra, in modo chiaro e credibile, proprio quando rispetta i pareri di Comitati di Garanzia che, nell'esercizio della loro funzione di organo imparziale di tutela dei diritti dei singoli, ma anche del-

l'efficienza amministrativa, assumono decisioni che nel merito possono risultare non gradite.

Le organizzazioni sindacali chiedono, quindi, al Ministro per la Funzione pubblica, al Coordinatore della Conferenza dei Presidenti delle Regioni ed al Presidente del Comitato di Settore per il Ccnl della Dirigenza del Ssn un impegno esplicito affinché le Regioni attivino tutti i poteri loro attribuiti per far sì che le Aziende del territorio rispettino gli accordi contrattuali sottoscritti, in particolare quelli contenenti norme di garanzia, la cui inosservanza comporta danni irreversibili non solo ai Dirigenti, ma anche al Sistema Sanitario Nazionale stesso.

**ANAAO ASSOMED - ANPO - AUPI - CIMO-ASMD** (UGL Medici - SNAMI Dirigenza Medica - Unione Medica) - **CIVEMP** (SIVEMP-SIMET) - **FEDIR SANITÀ - FEDERAZIONE CISL MEDICI - FEDERAZIONE MEDICI aderente UIL FPL** (AMCO-COAS-NUOVA ASCOTI-SMI-UMI-UMUS-FAPAS-SPES-UIL FPL MEDICI) - **FESMED** (ACO-I-ANMCO-AOGOI-SUMI-SEDI-FEMEPA-ANMDO) - **FP CGIL MEDICI - SIDIRSS - SDS SNABI - SINAFO - UMSPED** (AARO-I-AIPAC-SNR)

## Scheda di iscrizione all'AOGOI info: www.aogoi.it

via FAX al numero (02.29525521)  via e-mail (previa scansione) all'indirizzo: aogoi@aogoi.it La scheda è disponibile anche sul sito dell'Aogoi

Il/La sottoscritto/a Dr  Prof

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

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

### PER I MEDICI OSPEDALIERI

Qualifica  TP  TD

Ospedale \_\_\_\_\_ Asl \_\_\_\_\_

### DIPENDENTE DEL SSN

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

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

### PER I MEDICI EXTRAOSPEDALIERI

Chiede nuova iscrizione AOGOI in qualità di:

Libero Professionista 240  Pensionato 144  Specializzando 72

### Modalità di pagamento:

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

Firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

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

## Mondo



### REGNO UNITO / 1

## Le mamme obese pesano sul Ssn

Le donne obese hanno bisogno di un monitoraggio più attento e di presidi ad hoc, inoltre sono più a rischio di complicazioni, come l'eclampsia. L'eccesso di grasso addominale rende anche più complicato il monitoraggio cardiaco ed ecografico del feto. Per la prima volta, una ricerca condotta per il *Journal of Obstetrics and Gynaecology* (BJOG), ha valutato l'impatto sul sistema sanitario dell'assistenza alle donne obese in gravidanza, invitando lo staff delle maternità britanniche ad informare le pazienti sui maggiori rischi connessi ad un forte sovrappeso in gravidanza. Dallo studio dei ricercatori della University of Teesside, svolto in



16 Maternità nel Nord-est dell'Inghilterra, con interviste ai direttori di reparto, ginecologi, ostetriche e personale infermieristico, è emerso che per le donne obese sono necessari più esami, in quanto più a rischio di complicanze come il diabete gravidico, l'alta pressione sanguigna e la preeclampsia. Lo strato abnorme di grasso addominale rende più difficile monitorare con l'ecografia lo sviluppo del bambino, il cuore e le dimensioni del feto. Sono poi necessari presidi ad hoc, dal letto modificato alla sedia a rotelle. La donna obesa ha più probabilità di essere sottoposta a taglio cesareo ed è più a rischio di complicazioni nel postoperatorio, ferite infette e coaguli di sangue.

“Certamente non vogliamo stigmatizzare le future mamme obese né raccomandare diete d'urto – affermano i ricercatori – ma non possiamo non evidenziare una mancanza di indicazioni a riguardo. La pratica di monitorare altezza e peso in gravidanza, abbandonata alla fine degli anni '80 dovrebbe essere reintrodotta”. Con un BMI superiore a 30 le donne corrono un rischio 5-15 volte superiore di avere complicazioni in gravidanza. Un altro studio pubblicato sul *Journal of Human Reproduction* ha rilevato che le coppie obese hanno difficoltà tre volte superiori a concepire. Secondo i ricercatori danesi, che hanno studiato 48mila coppie tra il 1996 e il 2002, se entrambi i partner sono sovrappeso la coppia ha una probabilità di 1,4 in più di attendere oltre un anno per il concepimento. Il sovrappeso e/o l'obesità altera sia la qualità del seme sia l'ovulazione, il concepimento e l'impianto. Dunque, “più campagne educative per promuovere stili di vita salutari, a partire dalla scuola primaria”, concludono i ricercatori.

### REGNO UNITO / 2

## Donazione del seme: nessun crollo dopo abolizione anonimato

Il numero dei donatori di seme in GB è cresciuto del 6% nel 2006, nonostante la nuova legge del 2005 abbia soppresso l'anonimato. Nei dodici mesi precedenti al marzo 2006, ovvero un anno dopo la sua introduzione, sono stati 265 i nuovi donatori registrati nel Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA), di cui 208 residenti nel Regno Unito. L'anno precedente, quando era ancora in vigore l'anonimato, erano 250, di cui 197 residenti in GB. La presidentessa dell'Authority, Shirley Harrison, ha sottolineato come non si sia verificato il temuto crollo delle donazioni dopo la decisione parlamentare di eliminare l'anonimato per la donazione di gameti, e questo anche grazie agli sforzi delle singole cliniche per reclutare nuovi donatori. Nonostante i



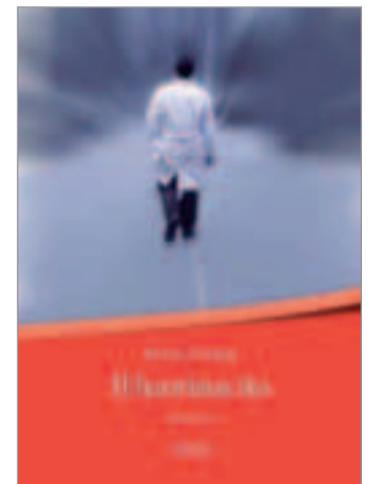
donatori di seme siano lievemente aumentati, come ha evidenziato il rapporto del HFEA, per Mark Hamilton, presidente della British Fertility Society, le coppie che ricorrono all'inseminazione eterologa hanno più difficoltà, in quanto parecchi centri per la fecondazione assistita hanno sospeso questa procedura. Da un sondaggio condotto dalla BBC nel settembre del 2006, oltre due terzi delle 84 cliniche per la fecondazione assistita del Regno Unito, hanno dichiarato di non ricevere donazioni o di avere grandi difficoltà di “rifornimento”. Hamilton ha annunciato un Tavolo, promosso dalla British Fertility Society, con i rappresentanti dei provider, dei pazienti e delle istituzioni per analizzare le criticità e arrivare a raccomandazioni condivise. “Who are the Donors?”, il rapporto del HFEA del 2005, ha tracciato l'identikit del donatore di oggi: un tipico padre di famiglia sui trent'anni. La marcia indietro sull'anonimato, nella patria della fecondazione artificiale, è un'importante occasione di riflessione. Negli anni Settanta quasi nessuno si era posto il problema che i figli concepiti con seme di donatore anonimo avrebbero un giorno rivendicato il loro diritto a conoscere le proprie origini. Fino a qualche tempo fa' erano ancora troppo giovani per far sentire la loro voce, ora hanno cominciato a farlo, anche in sede giudiziaria. E questo ha fatto cambiare la prospettiva.

## Libri



## Il fuoriuscito

**RENZO TOMATIS**  
**Pagine 224**  
**Euro 13,50**  
**Sironi Editore (collana**  
**Indicativo presente)**  
<http://www.sironieditore.it>



«“Quando mi sono venduto?” mi interruppe con una delle sue gran risate. “Oppure, diciamo, quando mi sono lasciato comprare? Quando ho capito che la ricerca è al servizio del potere e che il ricercatore è un'oca che produce uova d'oro e che quell'oro andava tutto sulla tavola di chi comanda”.» *Il fuoriuscito*, terzo romanzo di Renzo Tomatis, è un libro semplice, coraggioso e utile. Racconta la storia di un uomo che tenta di vivere secondo giustizia. Quest'uomo è un giovane medico. All'inizio degli anni Sessanta, si rende conto di cosa lo aspetta in patria: una lunga, difficile e umiliante carriera in ospedali dove gli interessi baronali sono tutto e le persone sofferenti sono nulla. Allora coglie al volo quella che gli sembra l'occasione della vita e parte per gli Stati Uniti d'America, dove lavora in un istituto di ricerca sul cancro. Dopo qualche anno, scoraggiato dall'invadenza degli interessi commerciali nella ricerca, nel migliore dei casi fine a se stessa, torna nel vecchio continente, in Francia, chiamato da un centro internazionale di ricerche sul cancro di cui, in seguito, diventa il direttore. Ma il suo destino sembra quello di non riuscire a restare in nessun

posto. La lotta contro i giganteschi interessi economici dell'industria farmaceutica, lo spettacolo quotidiano del compromesso e della corruzione, lo respingono. Sceglie dunque di uscire definitivamente dal mondo della ricerca e, tornato in Italia, decide di continuare la sua carriera lavorando come medico ospedaliero: una scelta che può apparire tanto una sconfitta quanto un estremo tentativo di resistenza. Questo romanzo – nel quale Renzo Tomatis, medico e scienziato di statura internazionale, riversa e reinventa la sua esperienza di vita – ha un sapore amaro e forte. È la testimonianza di una fuoriuscita coraggiosa da un sistema di rapporti - tra medico e malato, tra ricercatore e committente, tra sapere e potere - dominato dalle regole “spietate” e pervasive del profitto.

**Renzo Tomatis è un oncologo di fama mondiale. Ha lavorato a Chicago e a Lione e ha diretto per oltre un decennio l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tornato in Italia, ha deciso di dedicarsi alla pratica clinica della medicina. Ha pubblicato numerosi saggi e romanzi: *La ricerca illimitata* (Feltrinelli 1974), *Visto dall'interno* (Garzanti 1976), *Storia naturale del ricercatore* (Garzanti 1992), *Il laboratorio* (Einaudi 1965, Sellerio 1993), *La rielezione* (Sellerio 1996). Hanno scritto di lui: «Nei suoi libri il lettore trova forse più domande che risposte; le risposte sono da ricercare nella sua vita, condotta con rigore scientifico e integrità morale»**

Congressi



**14-15 settembre  
Monza (MI)**  
**GIORNATE MONZESI  
LA SALUTE DEL BAMBINO  
E DELLA MAMMA:  
STATO DELL'ARTE E  
NUOVE FRONTIERE**  
Segreteria organizzatrice:  
Brp Editore Srl  
Via Colombrera 29  
21010 Solbiate Arno (VA)  
Tel. 0331.1815426  
Fax 0331.994200  
eventi@brpeditore.it

**15 settembre  
Villa Manin di  
Passariano (Ud)**  
**CONVEGNO REGIONALE  
AOGOI DEL FRIULI  
VENEZIA GIULIA**  
Segreteria organizzatrice:  
The Office Srl  
Via San Nicolò 14 - 34121 Trieste  
Tel. 040.368343 Fax  
040.368808  
aogoi@theoffice.it

**20-21 settembre  
Fidenza (PR)**  
**CORSO DI ENDOSCOPIA  
GINECOLOGICA**  
Segreteria organizzatrice:  
Ht Congressi Srl  
Tel. 051.480826  
Fax 051.480582  
congrex@virgilio.it

**20-21 settembre  
Cosenza**  
**GIORNATE SIEOG DI  
FORMAZIONE IN  
ECOGRAFIA OSTETRICA**  
Segreteria organizzatrice:  
Cs Centro Servizi Srl  
Via delle Mimose Pal Terrieri  
87040 Castrolibero (CS)  
Tel. 0984.853005  
Fax 0984.853005  
centro.servizi@cs-cs.it

**21 settembre  
Bari**  
**LE ATTIVITÀ  
DIAGNOSTICO-  
TERAPEUTICHE  
DELL'AMBULATORIO  
OSPEDALIERO**  
Segreteria organizzatrice:  
D.ssa Emanuela de Palma  
Tel. 080.5575477  
emanuela.depalma@libero.it

**22 settembre  
Pordenone**  
**ANALGESIA PER IL  
TRAVAGLIO DA PARTO  
5° INCONTRO**  
Segreteria organizzatrice:  
MEDIK  
Via S. Crispino 106 35129  
Padova  
Tel. 049.8944500  
Fax 049.8944501  
segreteria.organizzativa@  
medik.net

**24-27 settembre  
Ascoli Piceno**  
**CORSO DI FORMAZIONE  
E AGGIORNAMENTO IN  
FISIOPATOLOGIA CERVICO-  
VAGINALE COLPOSCOPIA  
E MALATTIE A  
TRASMISSIONE SESSUALE**  
Segreteria organizzatrice:  
Etrusca Convention  
Via Bonciario 6/D 06123  
Perugia Tel. 075.5722232  
Fax 075.5722232  
info@etruscaconventions.com

**27-28 settembre  
San Giovanni Rotondo  
(Fg)**  
**CORSO NAZIONALE  
DELL'ENDOSCOPIA IN  
ONCOLOGIA  
GINECOLOGICA "STATO  
DELL'ARTE  
DELL'ENDOSCOPIA IN  
ONCOLOGIA  
GINECOLOGICA**  
Segreteria organizzatrice: Centro  
Italiano Congressi Cic Sud  
Viale Escrivà Josemaria 32  
70124 Bari  
Tel. 080.5043737  
Fax 080.5043736

**28-29 settembre  
Cetraro (Cs)**  
**PATOLOGIA BENIGNA  
DELL'OVAIO**  
Segreteria organizzatrice:  
D.ssa Anna Mistrone (Cosenza)  
Tel. 0982.977406  
ostetricia@ospedalecetraro.it

**28-29 settembre  
Bari**  
**LE ATTIVITÀ  
DIAGNOSTICO-  
TERAPEUTICHE  
DELL'AMBULATORIO  
OSPEDALIERO**  
Segreteria organizzatrice:  
D.ssa Emanuela De Palma (Bari)  
Tel. 080.5575477  
emanuela.depalma@libero.it

**14-17 ottobre  
Napoli**  
**83° CONGRESSO  
NAZIONALE SIGO  
48° CONGRESSO AOGOI  
15° CONGRESSO AGUI**  
Segreteria organizzatrice:  
S.E.L. Congressi & Triumph  
Congressi  
Via Lucillo 60, 00136 Roma  
Tel. 06.355301 Fax  
06.35340213  
sigo2007@gruppotriumph.it  
sigo2007.scient@tiscali

**24-26 ottobre  
Lecce**  
**CORSO TEORICO-PRATICO  
DI ISTEROSCOPIA  
OPERATIVA**  
Segreteria organizzatrice:  
Formedica Srl  
Via 95° rgt. Fanteria 9  
73100 Lecce  
Tel. 0832.304994 Fax  
0832.304994

**15-18 novembre  
Firenze**  
**PSICOSOMATICA E  
QUALITÀ DI VITA**  
Segreteria organizzatrice:  
Hevento Public Relations  
Via De Tornabuoni 1/A - 50123  
Firenze  
Tel. 055.210454 Fax  
055.283656  
segreteria@heventogroup.com

**16 novembre  
Milano**  
**LA VESCICA IPERATTIVA  
NELLA DONNA DELLA  
TERZA ETÀ**  
Segreteria organizzatrice:  
DEFOE Via Verdi 37 29100  
Piacenza Tel. 0523.304695  
Fax 0523.304695  
Elenco Congressi

**21-22 novembre  
Bergamo**  
**CONGRESSO REGIONALE  
A.O.G.O.I. LOMBARDIA**  
Segreteria organizzatrice:  
Centro Congressi Giovanni XXIII  
Viale Papa Giovanni XXIII 106  
24121 Bergamo  
Tel. 035.236435 Fax  
035.236474  
infocon@congresscenter.bg.it

**CONVEGNO REGIONALE AOGOI  
DEL FRIULI VENEZIA GIULIA**

**Incontro di Aggiornamento  
in Ostetricia e Ginecologia  
15 settembre 2007**

**Villa Manin di Passariano (Udine)**



**EVENTO ECM N. 80 - 288251**

Direttore Scientifico  
**Dottor Carmine Gigli**  
carminegigli@tin.it  
Segretario regionale Aogoi  
Via dei Piccardi, 70 - 34170 Trieste

Segreteria Organizzativa  
**THE OFFICE**  
aogoi@theoffice.it  
Via S. Nicolò, 14 - 34121 Trieste  
Tel. 040.368343 Fax 040.368808

**22-24 novembre  
Genova**  
**CONGRESSO NAZIONALE  
AIUG 2007**  
Segreteria organizzatrice:  
Triumph Congressi  
Via Lucillo 60 - 00136 Roma  
Tel. 06.355301 Fax  
06.35530235  
a.grossi@gruppotriumph.it

**Anno 2008  
13-17 aprile  
Roma**  
**IX CONGRESSO EUROPEO  
DI SESSUOLOGIA -  
THERAPY, PREVENTION  
AND PROMOTION OF  
SEXUAL WELL-BEING**  
Segreteria organizzatrice: Aim  
Congress  
Via A. Ristori 38 - 00197 Roma  
Tel. 06.809681 Fax  
06.80968229  
efs2008@aimgroup.it

**TRAINING DI UROGINECOLOGIA  
E DI CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA VAGINALE  
PROTESICA IN SALA OPERATORIA  
U.O. Ginecologia-Ostetricia  
P.O. S.Francesco D'Assisi  
Via Clemente Oliveto Citra, (Salerno)**

**25-27 settembre  
2-4 ottobre  
23-25 ottobre  
13-15 novembre  
11-13 dicembre**

Numero di partecipanti: 5  
Area di interesse: chirurgia ginecologia, uro-ginecologia,  
colonproctologia, urologia  
Segreteria Organizzativa  
**Davide De Vita, SPIGC, tel. 339-8503997  
Fax 0828-793297  
davidedevita@tiscali.it - http://www.spigc.it**

# ELEVIT – RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

## 1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

ELEVIT compresse rivestite con film

## 2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Una compressa rivestita con film contiene:

<b>Vitamina A</b> (Retinolo)	3600 U.I. <sup>1)</sup>
– sotto forma di <i>Vitamina A sintetica concentrato polvere, Vitamina A palmitato secco 500</i>	
<b>Vitamina B<sub>1</sub></b> (Tiamina nitrato)	1,55 mg
– corrispondenti a 1,6 mg di <i>Tiamina cloridrato</i>	
<b>Vitamina B<sub>2</sub></b> (Riboflavina)	1,8 mg
<b>Vitamina B<sub>6</sub></b> (Piridossina cloridrato)	2,6 mg
– sotto forma di <i>Rocoat piridossina cloridrato 33 e 1/3%</i>	
<b>Vitamina B<sub>12</sub></b> (Cianocobalamina)	4,0 µg
– sotto forma di <i>polvere allo 0,1% idrosolubile: Vitamina B<sub>12</sub> 0,1% idrosolubile</i>	
<b>Vitamina C</b> (Acido ascorbico)	100,0 mg
– sotto forma di <i>Calcio ascorbato diidrato</i>	
<b>Vitamina D<sub>3</sub></b> (Colecalciferolo)	500 U.I. <sup>2)</sup>
– sotto forma di <i>Colecalciferolo concentrato (in polvere dispersibile in acqua) Vitamina D<sub>3</sub> di tipo 100 CWS secco</i>	
<b>Vitamina E</b> (DL- $\alpha$ -tocoferolo acetato)	15 U.I. <sup>3)</sup>
– sotto forma di <i>DL-<math>\alpha</math>-tocoferolo acetato concentrato (in polvere): Vitamina E 50% di tipo SD secco</i>	
<b>Calcio pantotenato</b>	10,0 mg
<b>Biotina</b>	0,2 mg
<b>Nicotinamide</b>	19,0 mg
<b>Acido folico</b>	0,8 mg
<b>Calcio</b>	125,0 mg
– sotto forma di <i>133,00 mg di calcio ascorbato diidrato</i>	
– sotto forma di <i>10,50 mg di calcio pantotenato</i>	
– sotto forma di <i>378,89 mg di calcio fosfato dibasico anidro</i>	
<b>Ferro</b>	60,0 mg
– sotto forma di <i>183,00 mg di ferroso fumarato</i>	
<b>Magnesio</b>	100,0 mg
– sotto forma di <i>114,42 mg di magnesio ossido leggero</i>	
– sotto forma di <i>217,95 mg di magnesio idrogeno fosfato triidrato</i>	
– sotto forma di <i>15,00 mg di magnesio stearato</i>	
<b>Manganese</b>	1,0 mg
– sotto forma di <i>2,52 mg di manganese solfato monoidrato</i>	
– determinato da <i>183,00 mg di ferroso fumarato</i>	
<b>Rame</b>	1,0 mg
– sotto forma di <i>2,51 mg di rame solfato anidro</i>	
<b>Fosforo</b>	125,0 mg
– sotto forma di <i>378,89 mg di calcio fosfato dibasico anidro</i>	
– sotto forma di <i>217,95 mg di magnesio idrogenofosfato triidrato</i>	
<b>Zinco</b>	7,5 mg
– sotto forma di <i>20,60 mg di zinco solfato monoidrato</i>	

<sup>1)</sup> corrispondenti a 1080,0 µg di retinolo

<sup>2)</sup> corrispondenti a 12,5 µg di colecalciferolo

<sup>3)</sup> corrispondenti a 15,0 mg di DL- $\alpha$ -tocoferolo acetato

Per gli eccipienti, vedere il paragrafo 6.1.

## 3. FORMA FARMACEUTICA

Compressa rivestita con film. Compresse gialle, biconvesse, oblunghe rivestite con film, con linea di incisione.

## 4. PARTICOLARI CLINICI

**4.1 Indicazioni terapeutiche. Prevenzione o correzione dei disturbi dovuti a squilibrio o carenza di vitamine o minerali o carenze dietetiche durante la gravidanza e l'allattamento. 4.2 Posologia e modo di somministrazione. Una compressa al giorno** da assumere intera con un bicchiere d'acqua (0,25 l), preferibilmente durante i pasti. In caso di nausea mattutina, si raccomanda di assumere la compressa a mezzogiorno o alla sera. **La durata del trattamento raccomandata è di un mese prima del concepimento (o quando si programma una gravidanza), per tutto il corso della gravidanza e dell'allattamento. 4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Ipervitaminosi A o D. Compromissione della funzione renale. Accumulo di ferro. Ipercalcemia. Ipercalciuria. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego.** Non superare la dose consigliata. Non assumere Elevit insieme ad altri medicinali contenenti Vitamina A e/o Vitamina D, al fine di evitare il sovradosaggio di queste vitamine. Alte dosi di vitamina A e D per lunghi periodi di tempo possono causare ipervitaminosi. Alte dosi di ferro possono essere dannose. L'acido folico, la Vitamina B<sub>12</sub> ed il ferro possono mascherare alcune forme di anemia. Questo medicinale non contiene iodio. Dovrebbe essere fornita un'adeguata integrazione di iodio. Questo medicinale contiene lattosio e mannitolo come eccipienti. I Pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, deficienza della lattasi di Lapp o malassorbimento di glucosio-galattosio non devono assumere questo medicinale. Il mannitolo può avere un lieve effetto lassativo. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** La somministrazione concomitante di antiacidi e preparati

a base di ferro per via orale può ridurre l'assorbimento del ferro. Si consiglia di interporre un intervallo di tre ore tra la somministrazione di antiacidi e di preparati a base di ferro per via orale. La somministrazione orale di preparati a base di ferro inibisce l'assorbimento delle tetracicline da parte dell'apparato gastrointestinale e viceversa, determinando una diminuzione delle concentrazioni sieriche sia dell'antibiotico che del ferro. Qualora si renda necessaria la somministrazione concomitante di entrambi i medicinali, i pazienti devono assumere la tetraciclina 2 ore dopo o 2 ore prima della somministrazione di ferro per via orale. Sono state osservate interazioni con i seguenti medicinali: levodopa, bifosfonati, fluorochinoloni, penicillamina, tiroxina, digitale e diuretici tiazidici. **4.6 Gravidanza e allattamento.** Elevit è indicato durante la gravidanza e l'allattamento, tuttavia si raccomanda di non superare il dosaggio consigliato (vedere il paragrafo 4.4). Dosi di vitamina A superiori a 10000 IU/die sono risultati essere teratogeni se somministrati durante il primo trimestre di gravidanza. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non sono stati descritti effetti sulla capacità di guidare e usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati.** Elevit è ben tollerato. In casi rari possono verificarsi disturbi gastrointestinali (ad esempio, stitichezza, diarrea e nausea) che in genere non richiedono la sospensione del trattamento. In casi molto rari sono state segnalate reazioni da ipersensibilità tra cui esantema, asma, angioedema ed orticaria. Elevit contiene ferro che può conferire colore nero alle feci, ma questo fenomeno non ha alcuna rilevanza clinica. **4.9 Sovradosaggio. Non sussiste rischio di sovradosaggio alle dosi nutritive di vitamine e minerali contenuti in Elevit** (vedere anche paragrafo 4.4). Un'assunzione eccessiva di Vitamina A può causare affaticamento, irritabilità, anoressia, disturbi gastrointestinali, alterazioni della pelle e capelli (es. eritema e prurito). Il sovradosaggio di vitamina D porta ad ipercalcemia, che mostra i seguenti sintomi: nausea, vomito, sete, polidipsia, poliuria e stitichezza. Alte dosi di ferro causano irritazioni gastrointestinali e dolore addominale con nausea e vomito. Altri effetti gastrointestinali possono comportare stitichezza e diarrea. In caso di sintomi da sovradosaggio l'uso del medicinale deve essere interrotto.

## 5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

**5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: multivitaminico e minerali/oligoelementi. Codice ATC: A 11A A03. **Elevit** è un preparato **multivitaminico/poliminerali** che contiene **12 vitamine** in associazione con **3 minerali** e **4 oligoelementi**, appositamente studiato per garantire un **adeguato apporto di micronutrienti sia al feto che alla futura madre. Le vitamine sono nutrienti essenziali**, indispensabili per il normale **sviluppo e la crescita del feto e del neonato**, per il metabolismo e la formazione di carboidrati, energia, lipidi, acidi nucleici e proteine, nonché per la sintesi di aminoacidi, collagene e neurotrasmettitori. I preparati multivitaminici/poliminerali sono indicati per la **prevenzione e la correzione delle carenze nutrizionali di micronutrienti**. La gravidanza e l'allattamento sono periodi in cui si verifica un aumento del fabbisogno di micronutrienti e, di conseguenza, un maggior rischio di carenza di micronutrienti **sia per la madre che per il bambino. Durante la gravidanza, in particolare, la carenza di micronutrienti** comporta un rischio ancora più serio per la salute, poiché **può compromettere anche il normale sviluppo del feto. L'integrazione con l'acido folico o con un multivitaminico contenente acido folico è raccomandata per prevenire malformazioni congenite incluso i difetti del tubo neurale.** **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** I principi attivi contenuti in Elevit, vitamine, minerali ed oligoelementi, sono micronutrienti essenziali largamente distribuiti nel corpo umano. I livelli di micronutrienti presenti nel plasma e nei tessuti sono regolati omeostaticamente ed influenzati da vari fattori come fluttuazioni diurne, stato nutrizionale, crescita, gravidanza e allattamento. Non sono disponibili dati farmacocinetici sui principi attivi di Elevit. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** I principi attivi di Elevit, vitamine, minerali ed oligoelementi sono nutrienti essenziali considerati sicuri se somministrati alle dosi raccomandate. Non sono stati condotti studi di teratogenicità con Elevit negli animali.

## 6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

**6.1 Elenco degli eccipienti. Nucleo della compressa:** Lattosio monoidrato, Mannitolo, Dispersione acquosa di etilcellulosa (etilcellulosa, sodio laurilsolfato, alcool cetilico), Macrogol 6000, Macrogol 400, Glicerolo distearato, Gelatina, Cellulosa microcristallina, Etilcellulosa, Amido di sodio glicolato, Magnesio stearato, Povidone K90, Povidone K30. **Rivestimento della compressa:** Ipromellosa, Dispersione acquosa di etilcellulosa (etilcellulosa, sodio laurilsolfato, alcool cetilico), Macrogol 6000, Talco, Titanio diossido (E171), Ossido di ferro giallo (E172). **Componenti dei premix vitaminici:** • Vitamina A palmitato secco 500: Vitamina A palmitato, butilidrossitoluene, gelatina, saccarosio, amido di mais. • Rocoat piridossina cloridrato 33 e 1/3%: Piridossina cloridrato, mono- e digliceridi di acidi grassi edibili. • Vitamina B<sub>12</sub> 0,1% idrosolubile: Cianocobalamina, citrato trisodico, acido citrico anidro, maltodestrina. • Vitamina D<sub>3</sub> polvere 100 CWS: Colecalciferolo, DL- $\alpha$ -tocoferolo, olio di semi di soia parzialmente idrogenato, gelatina idrolizzata, saccarosio, amido di mais. • Vitamina E 50% di tipo SD secco: DL- $\alpha$ -tocoferolo acetato, gelatina idrolizzata, silicio diossido. **6.2 Incompatibilità.** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità.** 2 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione.** Non conservare a temperatura superiore ai 25 °C. Conservare al riparo dall'umidità. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** Blister di PVC/PE/PVDC/Alluminio da 30 e 100 compresse. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione.** Nessuna istruzione particolare.

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

Bayer S.p.A. – Viale Certosa, 130 – Milano

## 8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

**30 compresse** rivestite con film AIC 037072016/M

**100 compresse** rivestite con film AIC 037072028/M

## 9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

9/11/2006

## 10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Ottobre 2006



# Nato sano. Grazie elevit.



**Novità**  
dalla ricerca Bayer

## **Elevit,**

il nuovo farmaco

**multivitaminico e multiminerale**

**specificamente formulato per la gravidanza,**

contribuisce allo sviluppo di un bambino sano

- ☺ riducendo il rischio di **malformazioni congenite** (quali la spina bifida)
- ☺ fornendo alla mamma l'adeguato apporto di vitamine e minerali per soddisfarne l'**umentato fabbisogno**.

L'efficacia e la tollerabilità di Elevit sono dimostrate da un importante studio clinico e dall'utilizzo da parte di milioni di donne nel mondo.

