

La "volontarietà" nella colpa medica

di Pier Francesco Tropea

In tema di colpa medica, e segnatamente in caso di evento dannoso conseguente ad un intervento chirurgico, torna puntualmente in discussione l'argomento ampiamente dibattuto del consenso del paziente quale presupposto di legittimità dell'atto medico, anche ai fini della qualificazione giuridica dell'eventuale reato attribuibile al sanitario

In effetti la materia è stata oggetto di interpretazioni e dissertazioni giuridiche tutt'altro che univoche, culminate in pronunce giurisprudenziali assai difformi, in seno alle quali la responsabilità del medico è stata variamente considerata sotto il profilo penalistico. È ben presente nella memoria di ciascuno di noi la condanna, sancita dalla Cassazione nel 1992, per omicidio preterintenzionale di quel chirurgo che aveva praticato un intervento (seguito dal decesso della paziente) differente da quello per il quale egli aveva ottenuto il consenso

dell'operanda. In sostanza i Giudici avevano nella fattispecie sancito la volontarietà delle lesioni provocate dal medico con l'intervento chirurgico praticato senza specifico consenso, sostenendo l'esistenza del dolo diretto, atto a configurare l'ipotesi dell'omicidio preterintenzionale. Tale orientamento giurisprudenziale, particolarmente severo nei confronti della classe medica, è stato successivamente corretto dalla Corte di Cassazione con le sentenze Barese e Vol-

Nel caso di evento dannoso conseguente ad intervento praticato senza consenso del paziente, il medico può essere accusato di lesioni colpose o volontarie, rischiando, se l'esito è infausto, l'imputazione di omicidio preterintenzionale. A dirimere il quesito della "qualificazione del reato" commesso dal medico, la Cassazione è intervenuta con un'importante (ancorché discutibile) sentenza del 2010, che distingue l'atto medico avente finalità terapeutica da quello "per fini estranei alla tutela della salute del paziente"



"Appare discutibile operare una distinzione tra atti medici che posseggano una finalità terapeutica rispetto a provvedimenti medici che tale finalità non posseggono, atteso che l'opera del medico persegue per definizione l'obiettivo della cura della salute del paziente"

terrani (2001) nelle quali si afferma che la finalità curativa del

trattamento medico-chirurgico consente di escludere il dolo specifico e cioè la volontà del medico di procurare con il proprio atto terapeutico un danno al paziente.

In epoca più recente, una pronuncia di legittimità, di particolare rilevanza in quanto emessa dalla Corte di Cassazione a sezioni unite, ha escluso la responsabilità del medico (nella fattispecie un ginecologo) nel caso in cui l'intervento chirurgico demolitivo eseguito senza uno specifico consenso della paziente, a seguito di una decisione assunta intraoperatoriamente dal chi-

urgo, abbia avuto un esito fausto. In tali casi, indipendentemente dall'esito favorevole o non dell'intervento, può tornare utile al medico l'ipotesi del consenso presunto, nel senso che si può presumere che il paziente, se informato dell'imprevista evoluzione del quadro in sede chirurgica, avrebbe dato il proprio consenso all'intervento non precedentemente programmato. Per quanto sopra detto, per affermare l'esistenza del reato di lesioni volontarie (che culminano nell'omicidio preterintenzionale) è necessaria la dimostrazione del dolo intenzionale e cioè della consapevolezza del medico di provocare con la propria condotta un'alterazione dell'integrità fisica del paziente. La Giurisprudenza ha fatto riferimento ai casi in cui il medico provochi intenzionalmente un danno per scopi scientifici o di ricerca o praticando interventi demolitivi inutili, a puro scopo dimostrativo, laddove la patologia in oggetto avrebbe potuto essere più utilmente trattata con mezzi farmacologici e senza inutili menomazioni per il paziente.

Come ribadito dalla Corte di Cassazione, il consenso del paziente esclude automaticamente la possibilità che il medico risponda di lesioni volontarie (e non colpose) nel caso di evento dannoso e ciò in quanto viene richiamata la scriminante dell'art. 50 C.P. relativa all'efficacia del consenso dell'avente diritto. Viceversa, in caso di manifesto dissenso espresso dal paziente, l'intervento del medico deve considerarsi assolutamente illegittimo, in quanto lede il diritto del paziente all'autodeterminazione previsto dall'art. 32 della Costituzione.

Orbene, per dirimere il quesito della qualificazione del reato commesso dal medico (lesioni volontarie o colpose) nel caso di evento dannoso conseguente ad intervento praticato senza con-

senso del paziente, interviene con una importante sentenza la Corte di Cassazione (sez. IV penale n. 34521, dicembre 2010) la quale distingue l'atto medico avente finalità terapeutiche da quello che tale obiettivo non possiede. Nel primo caso, se l'intervento si risolve in un esito infausto, il medico risponde di lesioni o omicidio colposi, in quanto è rinvenibile nella sua condotta una finalità curativa, mentre se l'intervento persegue scopi estranei alla salute del paziente (finalità scientifica o di ricerca, esibizionismi di ordine tecnico, scopi didattici ecc.) la lesione dell'integrità fisica del paziente consente di affermare la volontarietà della condotta lesiva e quindi la qualificazione del reato come lesioni volontarie o (nel caso di morte del paziente) di omicidio preterintenzionale.

Pur nel rispetto dovuto nei confronti dei giudizi espressi dalla Suprema Corte, un orientamento giurisprudenziale di questo tipo non può non sollevare qualche perplessità a livello della classe medica e soprattutto in chi esercita quotidianamente un'attività chirurgica.

Innanzitutto, appare discutibile operare una distinzione tra atti medici che posseggano una finalità terapeutica rispetto a provvedimenti medici che tale finalità non posseggono, atteso che l'opera del medico persegue per definizione l'obiettivo della cura della salute del paziente.

Sul piano strettamente tecnico, sarebbe molto arduo, a causa della molteplicità delle scelte terapeutiche motivate spesso dalla difformità di opinioni scientifiche comunque rispettabili, affermare la validità di una soluzione tecnica che possieda una finalità terapeutica e respingere altro tipo di intervento che non persegua un obiettivo validamente curativo per il paziente. C'è infine da chiedersi (e sarebbe allarmante ammetterlo) se esistano chirurghi che scientemente eseguano interventi inutilmente demolitivi a scopo dimostrativo o per sperimentazione scientifica, con finalità quindi del tutto estranee alla salute del paziente.

La condanna di tali ipotetici comportamenti sarebbe ovviamente etica e deontologica, prima che giudiziaria. **Y**

Medicina di genere, un'iniziativa italiana

Un Manifesto per la scienza al femminile

Un problema che viene trattato a livello europeo e mondiale da molti anni, ma su cui in Italia siamo ancora parecchio indietro. L'assenza di una medicina di genere, che garantisca nella pratica clinica un'attenzione specifica anche per le donne, sembra essere specchio di un problema molto più ampio. Un problema di violenza, come denuncia l'Onu in un report del mese

Italia 2012: l'Onu bacchetta il nostro Paese perché discrimina le donne. Per il Gender Gap Report siamo peggio di alcuni Paesi del Terzo mondo. Ora un Manifesto sulla medicina di genere creato da tre associazioni prova a invertire la rotta coinvolgendo scienziati, politici e la società intera

scorso, che parla di disuguaglianza di genere e di discriminazione. Ma anche un problema politico vero e proprio, come emerge dal Global Gender Gap Report del 2011, dove l'Italia arriva 74esima per le politiche per

le donne, dopo paesi come Bangladesh e Ghana. Anche per questo nasce oggi il Manifesto per la Medicina di Genere, promosso da GENS, la neonata alleanza per la Medi-



na di genere costituita da Donne in rete, Equality Italia e GISEG (Gruppo Italiano Salute e Genere). Presentato ufficialmente il 2 marzo a Milano al primo Summit ita-

liano di Medicina di Genere. Il Manifesto sta raccogliendo firme bipartisan tra deputati, senatori, europarlamentari e consiglieri regionali affinché anche in Italia la medicina e ricerca scientifica sia attenta al femminile e alle specificità della donna. Ma non solo. "Applicare le politiche di genere vuol dire promuovere lo sviluppo del Paese, e ci spinge ad andare verso equità e sviluppo sostenibile", ha spiegato Flavia Franconi, docente di farmacologia cellulare e molecolare all'Università di Sassari e pre-

► Segue a pagina 27

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



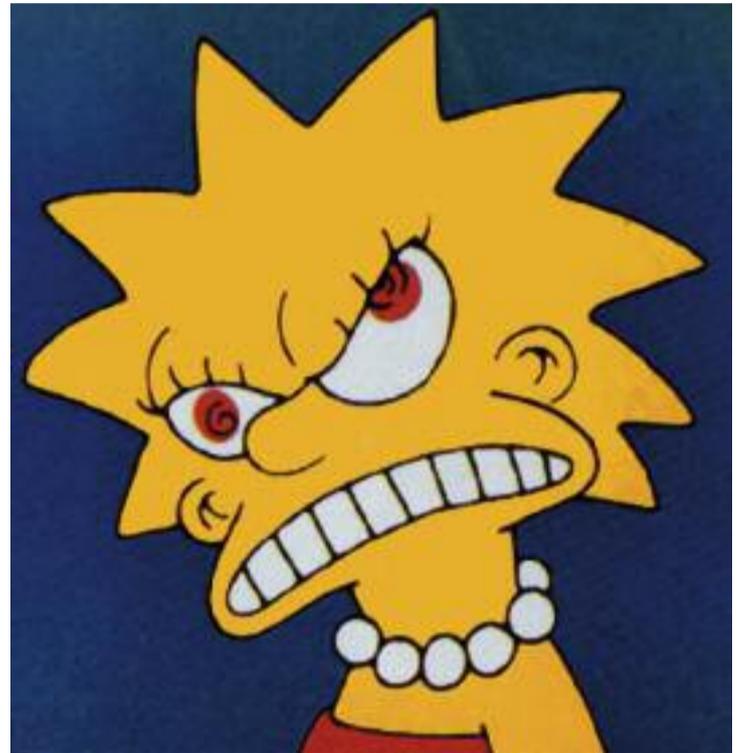
Pericolose disavventure

Caro Professor Sbiroli, ti esprimo tutta la mia fraterna solidarietà per la disavventura che ti è capitata. Il termine ti può sembrare strano, ma come altro puoi definire ciò che ti è accaduto, quando chi ti doveva essere grata in eterno per averle salvato la vita cerca invece di rivalersi per un lieve disturbo, per di più saltuario, qual è l'incontinenza da stress (peggio sarebbe stata l'urgenza), non necessariamente un effetto collaterale della chirurgia subita, ma, come ben sappiamo, legata a varie cause anche naturali (età, parità, menopausa...). L'imbarbarimento della civile convivenza, reso ancor peggiore dalla crisi che ci attanaglia ormai da tempo, porta sempre più spesso molti a percorrere ogni via possibile per cercare di far soldi, ad esempio spillandoli agli altri più che guadagnarli con un onesto lavoro, oggi purtroppo sempre più raro da trovare. Contribuiscono a questo andazzo perverso, da un lato, l'immagine comune del medico traboccante di denaro che specula sull'altrui salute (ma non tutti per sfortuna nel primo caso e per fortuna nel secondo lo sono!) e dall'altro l'invasa tendenza di tanti furbi che approfittano delle disgrazie per rimpinguare un nuovo florido mercato, quello risarcitorio.

Ricordo che, negli ultimi anni della mia vita lavorativa, una mattina, percorrendo l'estramurale di uno dei paesi dove lavoravo, mi ritrovai all'improvviso di fronte uno di quei manifesti enormi da cui una faccia suadente di donna - ma non certo l'Anita Ekberg di "bevetevi più latte"! - poneva la domanda "avete subito un'ingiustizia? siete stati vittime di un caso di malasanità?" cui seguiva l'indicazione di a chi rivolgersi per riparare al torto, con l'implicita certezza di un successo garantito. Anche in un piccolo centro, dunque, dopo che in città più grandi, avvocati di pochi scrupoli a caccia di clienti già da tempo avevano cominciato a pattugliare gli ingressi degli ospedali offrendo a casaccio il patrocinio gratuito. Quel manifesto mi rovinò la giornata, e molte di quelle a venire, perché, ogni volta ci passavo davanti, rinfocolava in me le paure che ci portiamo appresso per tutta la nostra vita lavorativa. Intendiamoci: a me non è successo mai alcunché. E non perché abbia lavorato o mi sia impegnato poco. In venticinque anni di una sala parto da ben oltre mille nascite l'anno e una discreta presenza in sala operatoria non sono mancate situazioni in cui non era proprio possibile anche il solo pensare ad una medicina difensivista! E sappiamo bene come il

Tra i tanti frammenti di sofferenza umana e professionale che costellano la vita dell'*homo medicus*, l'accusa ingiusta di malpractice è forse uno di quelli che brucia di più. È anche per questo che la "piccola" storia raccontata da Carlo Sbiroli nel suo *Il Punto* (Gyneco 9/10 2011) ha suscitato molte reazioni e... offerto lo spunto a questa Meditazione

malaugurato evento sia sempre dietro l'angolo... Allora bene come mi è andata. Proprio per evitare quei vissuti da "colpevole" che descrivi molto bene. E di quale colpa poi se, com'è arcinoto, nella quasi totalità dei casi i processi si concludono a favore del medico? Ecco perché non mi piace - consentimi - quel "farla franca" da te usato, più adatto al delinquente abituale o all'autore di chissà quale misfatto. Invece noi spesso per aver fatto solo il nostro dovere dobbiamo patire sentimenti dolorosi e pesanti mortificazioni. E questo dopo aver vissuto un'intera vita col timore che potesse succederci quel qualcosa verso cui nemmeno le migliori assicurazioni riescono a garantirci. Sono tanti i casi in cui il medico che denuncia un sinistro è subito disdetto e anch'io, pur non avendo mai avuto problemi, un certo giorno ho ricevuto una lettera in cui mi si diceva che "non vi era più convenienza per la compagnia" salvo che non si



aumentava a dismisura il premio. Da lì la ricerca - non c'erano ancora le polizze Aogoi - di una nuova copertura, certo di minor costo, non so però fino a che punto davvero protettiva. E quando, appeso il bisturi al chiodo, pensi che il rischio sia finito resta l'incognita della richiesta postuma. Che non ti fa stare tranquillo ancora per tanti anni. Perché, anche se hai fatto l'ambulatoriale, come me nell'ultimo periodo, può sempre succedere che qualche bambino di cui hai seguito la madre in gravidanza giunto in età scolare presenti qualche problema. A quel punto non è solo un discorso di periti e della loro competenza, ma ancor prima di come lo

inquadrano i colleghi di altre specialità, che puntano subito il dito contro di te, imputando al famigerato citomegalovirus o al sopravvalutato streptococco patologie che potrebbero essere responsabilità di un qualsiasi virus o di uno dei tanti inquinanti ambientali, anche in epoca postnatale. È un discorso antico, della cattiva deontologia, dello scarso rispetto dell'uno verso gli altri, che ci portiamo dietro da sempre. Ancor peggio se ciò avviene tra noi ginecologi (solo "fratelli" e non "coltelli", almeno si spera), tra invidie mai sopite e desideri di rivalsa. Ahimé, siamo umani! (ma quant'è la nostra umanità?).

► Segue da pagina 21

sidente GISEG. "Questa alleanza non vuole riguardare solo gli scienziati, anzi lavorare alle differenze di genere in medicina è un primo passo verso l'uguaglianza nella società intera. Un lavoro che serve non solo alle donne, ma a tutti i cittadini". In Italia questa è una novità sia nei contenuti che nella forma. "Ci sono sempre più evidenze scientifiche che maschi e femmine non sono uguali davanti alla stessa malattia. Sono quindi necessari farmaci e terapie studiate appositamente per le donne" ha spiegato Franconi. "Così, per la prima volta, abbiamo creato un'alleanza trasversale, formata dal cosiddetto associazionismo

sociale, rappresentato in questo caso da Equality, e dal mondo scientifico. Ciò rende l'approccio innovativo, e forse anche per questo il manifesto sta raccogliendo tante adesioni". Il documento è infatti stato sottoscritto da politici bipartisan, che vede esponenti del Pdl, come del Pd o della politica extraparlamentare. "Le donne consumano circa il 40% in più di farmaci rispetto agli uomini. Tuttavia, secondo l'Aifa in Italia solo il 20% degli studi condotti sui farmaci hanno coinvolto anche le donne. Sono necessarie azioni pianificate, politiche e programmi; è un processo che richiede nuovi modi di pensare", ha commen-

tato Anna Cinzia Bonfrisco, senatrice del Pdl. La senatrice Fiorenza Bassoli del Pd ha invece sottolineato come "Le poche donne che sono nella ricerca medica non riescano ad evidenziare la specificità del genere, quell'attenzione al femminile che sempre più la scienza indica come necessaria. Il manifesto non solo pone l'attenzione alla differenza tra i generi ma vuole che siano le donne a essere protagoniste di questa rivoluzione". A questo scopo in Parlamento è anche stata recentemente presentata dall'ex ministro Livia Turco una mozione intesa ad impegnare il Governo ad inserire fra gli obiettivi strategici del prossi-



mo Piano sanitario nazionale la promozione ed il sostegno della medicina di genere, a sviluppare la ricerca di genere in vista di una maggiore appropriatezza terapeutica, a reperire tutte le risorse finanziarie necessarie, ad istituire una commissione nazionale che individui le priorità e le metodologie nell'ambito della ricerca di genere, nonché a prevedere incentivi fiscali per le industrie che producano ricerca di genere. Tutti spunti interessanti, soprattutto in Italia dove, come già detto, si è particolarmente indietro su questi temi. "Basti pensare che in Svezia i primi insegnamenti per la medicina di genere sono stati attivati nel 1995, mentre nel nostro Paese ancora non esisto-

no. "In Italia, come in Europa, le donne sono più del 50% della popolazione. La ricerca e la farmacologia italiana devono colmare lo spread con l'Europa anche in questo settore. Il diritto alla salute delle donne sia garantito quanto quello degli uomini", ha specificato anche Rosaria Iardino, presidente di Donne in Rete Onlus. Così come ha concluso Simona Clivia Zucchett, vicepresidente di Equality Italia, mettendo l'accento sul ruolo attivo che devono avere le donne in questo processo: "Le terapie non sono unisex. La ricerca e la medicina devono essere pensate, sviluppate e inevitabilmente costituite per metà per

► Segue a pagina 30

Corsi



rischio specifico evidenziato tra la 11^e e la 13^a settimana. In tal modo solo una piccola percentuale di donne identificate come ad alto rischio beneficerebbe di un programma con valutazioni più frequenti ed efficaci, mentre la grande maggioranza delle donne identificata come a basso rischio di complicanze eseguirebbe un minor numero di visite specialistiche. Il convegno, promosso dalla U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell' Ospedale Pesenti Fenaroli di Alzano L.do e dall'Azienda Ospedaliera Bolognini Seriate, ha lo scopo di illustrare le evidenze emerse sulla valutazione del rischio specifico a 11-13 settimane e di

riflettere sulla proposta di un nuovo modello di assistenza della gravidanza, che possa rilevare precocemente le gravidanze a rischio di complicanze, per migliorarne la sorveglianza e ridurre la morbilità e mortalità materno-fetale.

Sede dell'evento e segreteria organizzativa
Centro Congressi Giovanni XXIII
 Viale Papa Giovanni XXIII n° 106, Bergamo
 Tel. 035-236435
 Fax 035-236474
 segreteria@congresscenter.bg.it
 Educazione Continua in Medicina
 Evento ECM del piano formativo 2012 del Centro

Congressi Giovanni XXIII - Provider ECM Nazionale 1013. Nr. Crediti formativi per 100 partecipanti: 4

Per l'assegnazione dei crediti è obbligatoria la presenza per tutta la durata dell'evento formativo e la riconsegna della documentazione debitamente compilata.
 Destinatari: Medico ginecologo/ostetrico, Ostetrica - Infermiere

Iscrizioni online
 L'iscrizione è gratuita e obbligatoria. Accedere a www.congresscenter.bg.it, cliccare sul titolo dell'evento e seguire le procedure di registrazione.

Venerdì 20 Aprile 2012
 Centro Congressi Giovanni XXIII, Bergamo

La valutazione precoce del rischio ostetrico nel I trimestre: verso un nuovo modello di assistenza?

Promosso da
 U.O. Ostetricia e Ginecologia Ospedale Pesenti Fenaroli di Alzano L.do

Presidente
 G. Amuso

Segreteria Scientifica
 P. D'Oria, P. Mantegazza, C. Paletta

Moderatori
 M. Algeri (Piarlo), M. Clammella (Seriate), C. Grolli (Brescia), S. Von Wunster (Alzano L.do)

Relatori
 L. Danti (Brescia), V. De Robertis (Bari), P. D'Oria (Alzano L.do), R. Fogliani (Milano), M.P. Pisoni (Milano), F. Prefumo (Brescia), G. Remboskos (Bari), M. Rustico (Milano), M. Signorelli (Brescia)

Sede dell'evento e segreteria organizzativa
 Centro Congressi Giovanni XXIII - Viale Papa Giovanni XXIII n° 106, Bergamo
 Tel. 035-236435 Fax 035-236474 segreteria@congresscenter.bg.it

Iscrizioni online
 L'iscrizione è gratuita e obbligatoria. Accedere a www.congresscenter.bg.it, cliccare sul titolo dell'evento e seguire le procedure di registrazione.

Educazione Continua in Medicina
 Evento ECM del piano formativo 2012 del Centro Congressi Giovanni XXIII
 Provider ECM Nazionale 1013.
 Nr. Crediti formativi per 100 partecipanti: 4
 Per l'assegnazione dei crediti è obbligatoria la presenza per tutta la durata dell'evento formativo e la riconsegna della documentazione debitamente compilata.
 Destinatari: Medico ginecologo/ostetrico, Ostetrica - Infermiere

WWW.CONGRESSCENTER.BG.IT

► Segue da pagina 27

e dalle donne". Con la presentazione del "Manifesto per la Medicina di Genere" GENS ha anche lanciato il nuovo sito Gens People e la rivista on line interamente dedicata alla medicina di genere che porta lo stesso nome: queste risorse serviranno a informare sulle buone pratiche, sulle novità politiche e le decisioni a livello regionale, nazionale ed europeo, oltre a fornire gli aggiornamenti scientifici e medici in materia di medicina di genere.

Il Manifesto per la Medicina di Genere

Questo manifesto s'ispira a una serie di documenti internazionali, li integra con le esperienze italiane ed esplicita le azioni per migliorare la ricerca e l'innovazione, per sviluppare un cambiamento strutturale necessario per promuovere l'equità di genere.

1. Solide ragioni scientifiche evidenziano come le disegualtanze di genere possono avere un impatto negativo sulla qualità della ricerca. E' evi-

dente che, almeno in Europa, si è fallito nel sostenere e promuovere le donne nella stessa misura degli uomini: oggi in UE meno del 20% dei posti di ricercatore senior sono occupate dalle donne. La Commissione Europea e i politici italiani, devono intraprendere iniziative per implementare l'entrata delle donne nelle posizioni apicali della scienza, inclusi i comitati che controllano l'erogazione dei fondi (sia a livello privato che pubblico), nei comitati editoriali delle riviste ecc., per raggiungere l'equità di genere nella ricerca scientifica. Si potrebbe garantire, a tal fine, che i singoli impegni di bilancio degli enti deputati alla ricerca, anticipino i costi dell'integrazione della dimensione di genere come parte del progetto di ricerca e di processo.

2. Promuovere una ricerca interdisciplinare e più bilanciata rispetto al genere. Una ri-

cerca che sia quindi maggiormente basata su logiche di collaborazione in team (abbandonando e/o modificando i modelli tradizionali deputati alla produzione di conoscenza), finalizzata a sviluppare un sistema collaborativo e cooperativo che accolga i diversi stili di leadership, e che adotti criteri di valutazione corretti rispetto al valore di tutte le persone coinvolte.



Un'equipe di ricercatori di entrambi i generi migliora la qualità della ricerca, perché la ricchezza delle idee aumenta l'eccellenza scientifica e, l'intelligenza collettiva. Inoltre, la sensibilità di genere migliora le opportunità di stimolare il processo di ricerca basato sui bisogni degli uomini e delle donne.

3. La ricerca interdisciplinare richiede di sviluppare criteri atti a valutare il lavoro interdisciplinare. Differenti discipline usano approcci e criteri diversi per definire l'eccellenza;

tutto ciò deve essere considerato in maniera da non costruire disegualtanze fra le varie discipline.

- Promuovere la ricerca su temi che portino benefici per entrambi i generi. Aumentare la sensibilità di genere, significa anche migliorare e stimolare il processo di ricerca.
- Le evidenze scientifiche della differenze tra i due generi-sessi sono oramai numerosissime. Pertanto, per arrivare all'eccellenza della ricerca, i finanziatori, i valutatori, i revisori della ricerca ecc. dovrebbero chiedere ai ricercatori "se e come, il fattore sesso-genero è rilevante negli obiettivi e nella metodologia del progetto".
- Inserire il genere nei curricula studiorum a tutti i livelli. L'obiettivo finale è quello di aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari sul fattore sesso-genero.
- Garantire che i prodotti e i servizi derivanti dalla ricerca siano efficaci e sicuri, sia negli uomini che nelle donne. Do-

vrebbero essere inoltre valutate, per poter fornire ad entrambi i generi la migliore cura possibile, se, come e quanto le differenze di sesso e di genere evidenziate, siano rilevanti per la salute e la medicina. Ai pazienti, agli operatori sanitari dovrebbe essere data la possibilità di accedere ai dati relativi alle differenze al sesso-genero, per migliorare la consapevolezza della diversità nell'uso dei farmaci, dei medical device e di altri approcci terapeutici; costruendo anche specifici percorsi diagnosticoterapeutici di sesso-genero.

- Creare ambienti di lavoro flessibili e che supportino in modo equo le carriere di donne e uomini. Affinché le specificità di genere siano ben gestite nei luoghi di lavoro, è necessario dare ad uomini e donne la possibilità di coniugare il loro lavoro alle aspirazioni di vita.
- Promuovere incentivi per la ricerca di sesso-genero per arrivare all'equità della cura.



NUMERO 2 - 2012
 ANNO XXIII

ORGANO UFFICIALE
 DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
 GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
 Vito Trojano
 Direttore Scientifico
 Felice Repetti

Comitato Scientifico
 Giovanni Brigato
 Antonio Chiantera
 Valeria Dubini
 Carlo Sbiroli
Direttore Responsabile
 Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
 Arianna Alberti
 email: gynecoogoi@hcom.it
Pubblicità
 Edizioni Health Communication srl
 via Vittore Carpaccio, 18
 00147 Roma
 Tel. 06 594461
 Fax 06 59446228

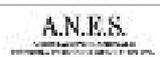
Editore
 Edizioni Health Communication srl
 via Vittore Carpaccio, 18
 00147 Roma
 Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
 Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
 Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
 Union Printing
 Viterbo
Abbonamenti
 Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
 Reg. Trib.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

L. 46/04) Art. 1, Comma 1
 Roma/Aut. n. 48/2008
 Finito di stampare: marzo 2012
 Tiratura 6.000 copie. Costo a copia: 4 euro
 La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Edizioni Health Communication srl
 Edizioni e servizi di interesse sanitario