

editoriale

09/10 2006

## Un felice e costruttivo 2007

di Giovanni Monni

*Carissimi Colleghi e Amici,  
il 2006 appena trascorso è stato un anno  
ricco di avvenimenti e di iniziative culturali  
e sociali per l'Aogoi.*

*Abbiamo presenti tutti i validi convegni  
scientifici organizzati dalla nostra  
Associazione durante questo anno (Sicilia,  
Lombardia, Napoli, Villasimius ecc.) e i tanti  
altri eccellenti corsi, che hanno avuto una  
numerosa e attenta partecipazione da  
parte dei soci, spesso completata da  
periodi di frequenza pratica nei  
nostri ospedali*

Il successo di queste iniziative testimonia che la direzione tracciata è giusta, con un oramai consolidato ruolo dell'Aogoi, entità di riferimento continuo e insostituibile nel processo di formazione e di aggiornamento dei Ginecologi italiani da anni. Voglio inoltre ricordare l'importante riconoscimento per tutto il mondo scientifico italiano conseguito a novembre: l'assegnazione del Congresso mondiale Figo 2012 a Roma e all'Italia, per il cui ottenimento l'Aogoi si è impegnata in prima fila e con successo. Questo evento costituirà un importante impegno scientifico e organizzativo che metterà alla prova le capacità dei nostri associati nel prossimo futuro. In attesa, colgo l'occasione per invitare i colleghi ospedalieri che lo

segue a pag. 30

PRIMO PIANO

# Riforma degli Ordini Le novità nel Ddl Mastella

pagina 3

## Rapporto Ceis Spese Sanitarie: l'out-of-pocket mette in difficoltà gli italiani

pagine 4-5

## Mobilità passiva dei pazienti italiani nell'Ue

pagine 6-7

# Comunicazione e salute: Il cittadino informato chiede più dialogo e ascolto

FOCUS ON  
pagine 10-27

Approvato il Disegno di legge Mastella. Via libera alla pubblicità di carattere informativo, abolite le tariffe minime



Nella foto  
Clemente Mastella

# Professioni, ecco la riforma del Governo

Primo via libera in Consiglio dei Ministri al Ddl del Guardasigilli Mastella. Palazzo Chigi assicura che non c'è nessuna voglia di abolire gli Ordini, ma solo una necessità di riorganizzare il mondo delle professioni secondo le direttrici tracciate dalla Commissione Ue e dall'Autorità antitrust

di Stefano Simoni

**R**iordino degli Ordini esistenti e loro eventuale accorpamento, controlli più severi sulla deontologia professionale, sì alla pubblicità di carattere informativo, facilitazioni per l'accesso dei giovani al mercato professionale, l'abolizione delle tariffe minime. Questo in sintesi il contenuto del disegno di legge delega varato dal ministro della Giustizia, Clemente Mastella e approvato dal Consiglio dei ministri. Il pacchetto di norme riguarda un milione e novecentomila professionisti regolamentati e circa tre milioni e mezzo di professionisti non regolamentati.

Nessuna volontà di abolire gli Ordini, ha ripetuto, il guardasigilli Clemente Mastella. Ma gli Ordini esistenti sono destinati, secondo la volontà del Governo a diminuire, attraverso l'aggregazione di quelli che "insistono" su professioni analoghe, attraverso la trasformazione in associazioni.

Gli Ordini sono qualificati come enti pubblici non economici, cui è demandata la rappresentanza istituzionale degli iscritti e la verifica della qualificazione e dell'aggiornamento continuo. Per l'abilitazione all'esercizio è confermato il superamento dell'esame di Stato, conservato "per quelle professioni il cui esercizio può incidere su diritti costituzionalmente garantiti o riguardanti interessi generali meritevoli di specifica tutela". Nelle commissioni i componenti degli Ordini dovranno essere in minoranza. Per le professioni intellettuali il tirocinio sarà di durata non superiore ai 12 mesi, che potranno in parte coincidere con il corso di studi. Al praticante dovrà essere garantito un equo compenso commisurato al suo apporto nell'attività dello studio. In alternativa (o a integrazione), potranno essere istituiti corsi di formazione, organizzati dagli Ordini o dalle università. E si dovrà consentire anche l'esperienza all'estero.

Gli organi professionali dovranno poi adoperarsi per favorire i giovani meritevoli e privi di mezzi.

Il disegno di legge consente la pubblicità di carattere informativo, "improntata a trasparenza e veridicità" e abolisce le tariffe minime, che non sono state reintrodotte neppure per le attività riservate. Il corrispettivo è pattuito tra le parti; quando è impossibile una determinazione puntuale, al professionista è richiesto di indicare la forbice del compenso.

Restano invece, a tutela degli utenti, le tariffe massime. I decreti delegati dovranno poi individuare i

paletti per l'informazione al pubblico sui titoli professionali, con l'obbligo di specificare l'appartenenza a un Ordine o a un'associazione.

Queste ultime per la loro incidenza su diritti costituzionalmente garantiti, ma anche per il loro radicamento nel tessuto socio-economico, potranno avere evidenza in un registro articolato in due sezioni, una tenuta dalla salute e l'altra dalla giustizia, con il concerto del ministero dello Sviluppo economico. Le realtà con natura privatistica registrate potranno rilasciare agli iscritti attestati di competenza direttamente acquisiti o riscontrati o comunque in possesso delle associazioni e opereranno per la "costante verifica di professionalità dei soci".

Il Disegno di Legge delega sulla riforma delle professioni non è piaciuto al presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco che ha dichiarato: "Dopo le ultime 'pennellate liberiste', il Consiglio dei Ministri ha licenziato un testo nel quale si registra con preoccupazione e forte disappunto la crescita delle aree di

incertezza sul futuro dei nostri Ordini professionali in quel processo di loro modernizzazione, che ci vede responsabilmente partecipi e disponibili". Bianco ha inoltre affermato che "il nuovo testo Mastella è reticente ed ambiguo nel disegnare i confini tra Ordini ed Associazioni tanto che, nell'incerto profilo giuridico di entrambi, non è esclusa la possibilità che le seconde possono esercitare attività riservate ai primi e che gli Ordini possono, in ragione del mercato dei servizi così modificato, sciogliersi nelle Associazioni".

Critiche dalla Fnomceo anche per il principio che tende ad "attribuire al sistema formativo universitario il ruolo di progettare 'a tavolino' nuove professioni garantendone poi l'inserimento *ope legis* in sezioni di Albi e quindi l'accesso a fette di mercato; una previsione di committenza autoreferenziale che rischia di creare non maggiore concorrenza ma vere e proprie guerriglie di competenze tra vecchie e nuove professioni sulla pelle dei cittadini".

## Il nuovo Comitato nazionale di bioetica, Francesco Paolo Casavola presidente

È stato rinnovato lo scorso 7 dicembre, con decreto del presidente del Consiglio, Romano Prodi, il Comitato Nazionale per la Bioetica (Cnb). Il Comitato sarà presieduto dall'ex Presidente della Corte costituzionale e attuale presidente dell'Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Francesco Paolo Casavola, che succede a Francesco d'Agostino. Prima di lui, dal 1990 anno in cui fu istituito il Cnb, si sono succeduti alla Presidenza: Adriano Bompiani, Adriano Ossicini e Giovanni Berlinguer.

I criteri sulla base dei quali è stata elaborata la formazione del nuovo Comitato, come precisa il comunicato di Palazzo Chigi, sono i seguenti: sensibile riduzione del numero dei componenti (passati da 52 a 35); riequilibrio del rapporto uomo/donna (nella nuova composizione vi sono 14 donne); complessivo abbassamento dell'età media; ampio ricambio nella composizione dell'organismo.

Siamo particolarmente lieti di segnalare nella nuova composizione la presenza dei colleghi ginecologi **Isabella Maria Coghi, Romano Forleo e Carlo Flamigni**.

Tra i 5 presidenti onorari anche Giovanni Berlinguer e Rita Levi Montalcini.

Il presidente del Consiglio Romano Prodi ha poi proposto Francesco Donato Busnelli quale membro dell'European Group on Ethics in Science and New Technologies al posto di Carlo Casini, dimissionario dal 12 luglio scorso.

Questi, oltre il Presidente, i nomi dei componenti il nuovo Cnb:

Salvatore **Amato**, Luisella **Battaglia**, Stefano **Canevari**, Cinzia **Caporale**, Elena **Cattaneo**, Mauro **Ceruti**, Isabella Maria **Coghi**, Roberto **Colombo**, Gilberto **Corbellini**, Bruno **Dallapiccola**, Antonio **Da Re**, Lorenzo **d'Avack**, Maria Luisa **Di Pietro**, Riccardo **Di Segni**, Emma **Fattorini**, Carlo **Flamigni**, Romano **Forleo**, Silvio **Garattini**, Mariana **Gensabella**, Laura **Guidoni**, Aldo **Isidori**, Claudia **Mancina**, Luca **Marini**, Assunta **Morresi**, Demetrio **Neri**, Andrea **Nicolussi**, Laura **Palazzani**, Alberto **Piazza**, Vittorio **Possenti**, Rodolfo **Proietti**, Lucetta **Scaraffia**, Monica **Toraldo di Francia**, Giancarlo **Umani Ronchi**, Grazia **Zuffa**.

Presidenti onorari: Giovanni **Berlinguer**, Adriano **Bompiani**, Francesco **D'Agostino**, Adriano **Ossicini**, Rita Levi **Montalcini**.

I Vicepresidenti verranno indicati tra i membri del Comitato.



Presentato il IV "Rapporto Ceis Sanità 2006" della Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata"

# Il deficit rallenta la sua corsa, ma non l'iniquità sociale

Oltre un milione di persone è a rischio di povertà a causa di spese sanitarie "out-of-pocket"

di Ester Maragò

Arrivano buone notizie dal fronte della spesa sanitaria. Il deficit che ormai da anni grava sulla sanità potrebbe alleggerirsi. Le previsioni di spesa per il prossimo anno si attestano tra i 102,7 e i 105 miliardi di euro, con un disavanzo effettivo tra i 2 e i 4,3 miliardi. Un "buco" non irrilevante, ma inferiore a quello dell'anno precedente: le stime per il 2006 prevedevano, infatti, un deficit variabile tra 3 e 10 miliardi di euro. Decisivi nel frenare il trend in crescita dei disavanzi: il rilevante incremento previsto dalla legge Finanziaria, complessivamente 100,7 miliardi di euro (ossia: 96 miliardi, più un altro miliardo per le Regioni particolarmente svantaggiate, più 3,7 miliardi di risorse regionali), e l'efficacia dei piani di rientro delle Regioni in "rosso".

Non va meglio invece sul fronte dell'equità sociale. Persiste, infatti, uno "zoccolo duro" di iniquità, per cui sono ancora oltre un milione le famiglie che si trovano in difficoltà economiche per far fronte alle spese sanitarie. E la presenza di un anziano aumenta del 50% la probabilità di un impoverimento causato dalle spese "out-of-pocket". È questo lo stato dell'arte della sanità italiana, emerso dal IV "Rapporto del Ceis Sanità 2006", edito da Health Communication srl, e curato dai ricercatori del Ceis Sanità, il centro di ricerca rivolto al mondo sanitario creato dalla Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata".

Il Rapporto – presentato a Roma agli inizi del mese di dicembre, dal coordinatore Federico Spandonaro e dal preside della Facoltà Luigi Paganetto – punta anche i riflettori sulle differenze di genere presenti nel Bel Paese. Dai dati è emerso come esista un gap sfavorevole di mortalità per le donne del Sud e delle Isole. In sostanza, le donne del Meridione muoiono prima di quelle del Nord, sia per i tumori alla mammella, sia per quelli al collo dell'utero e del colon retto, mentre tra gli uomini non si osserva una differenziazione di esiti tanto marcata.

## SPESA E DEFICIT

Per quanto riguarda la spesa sanitaria, nonostante il livello di criticità nei conti induca a non abbassare la guardia, la sua crescita sembra essere sostanzialmente "sotto controllo" nel medio-lungo periodo. Anche se le previsioni del Ceis Sanità stimano, per il 2007, un ulteriore aumento della spesa sanitaria totale, ancora una volta più veloce dell'incremento del Pil, che la porterebbe da un valore complessivo dell'8,5% del Pil, però sempre al di sotto della media europea. Le cause dell'aumento sono determinate da pressioni economiche e demografiche. Ma non solo. La crescita è anche il frutto dell'effetto espan-

sivo che gli annunciati incrementi di spesa sanitaria pubblica hanno sulla spesa totale: e secondo i ricercatori del Ceis, questo effetto potrebbe essere attribuito tanto ad una inefficiente duplicazione di funzioni, quanto ad una tendenza inerziale della spesa pubblica a adeguarsi al finanziamento. E ancora, la tendenza a contenere la spesa pubblica attraverso i vincoli al finanziamento ha creato un disavanzo strutturale che non sembra peraltro essere un'anomalia italiana. A complicare il quadro, poi, ci sono da una parte le spese prodotte dai deficit pregressi e dall'altra il peso del debito pubblico italiano, che ha pochi paragoni in Europa e impone vincoli stringenti alla crescita della spesa. Però, le previsioni per l'anno che verrà lasciano intravedere uno spiraglio di luce. La crescita economica e demografica, oltre che lo stesso aumento del finanziamento, spiegano i ricercatori del Ceis, spingeranno il tendenziale di spesa pubblica a 104,8/106,1 miliardi di euro (a seconda dello scenario), pur in presenza degli incrementi nelle partecipazioni previsti in Finanziaria (specialistica e pronto soccorso). Tirando le somme, la spesa pubblica finale potrebbe attestarsi fra 102,7 e 105,0 miliardi di euro, con un disavanzo effettivo compreso fra 2,0 e 4,3 miliardi di euro, a seconda del grado di ottimismo sull'efficacia dei piani di rientro delle Regioni in disavanzo, nonché dei tagli sui prezzi, ma anche delle misure che verranno introdotte con la Finanziaria in corso di approvazione. Quindi, nella "peggiore" delle ipotesi si confermerebbe un gap fra finanziamento e spesa di 0,4 punti percentuali di Pil, in linea con lo storico; mentre nella "migliore" lo scarto si ridurrebbe a 0,15 punti. Comunque, la creazione di deficit nella sanità pubblica non sembra essere un'anomalia italiana. Anzi, è una caratteristica comune a molti Paesi. La differenza con gli altri Stati sta nella minore difficoltà nell'individuare la responsabilità dei disavanzi. Per cui all'estero c'è una maggiore rapidità nel ripiano, evitando così i costi prodotti dall'accumulo dei debiti, ovvero dal ritardo dei pagamenti del settore pubblico.

Anche l'impatto economico finale sulle famiglie, secondo le previsioni del Ceis Sanità per il 2007, dovrebbe essere limitato: si assisterebbe ad un decremento della spesa sanitaria sostenuta direttamente, dell'ordine del 6-12%. Tuttavia, le misure di responsabilizzazione degli utenti

### Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia OMS con soglie ISTAT, distribuzione percentuale delle famiglie per Regione - Italia 2004

	Poor	Impoor	Cata
Piemonte e Valle d'Aosta	6,2%	0,9%	3,4%
Lombardia	3,6%	1,0%	2,2%
Trentino Alto Adige	7,0%	0,8%	3,7%
Veneto	4,2%	0,7%	2,7%
Friuli Venezia Giulia	5,1%	0,3%	1,9%
Liguria	5,6%	1,5%	2,8%
Emilia Romagna	3,4%	1,0%	2,7%
Toscana	5,4%	1,2%	2,4%
Umbria	8,8%	1,4%	4,0%
Marche	7,4%	0,5%	3,9%
Lazio	7,9%	0,9%	2,5%
Abruzzo	16,1%	1,5%	4,4%
Molise	21,4%	2,3%	8,0%
Campania	24,7%	1,4%	6,2%
Puglia	25,1%	2,3%	7,3%
Basilicata	27,6%	1,8%	9,7%
Calabria	24,3%	2,6%	10,2%
Sicilia	29,6%	2,4%	9,2%
Sardegna	15,1%	1,9%	5,6%
Italia	11,5%	1,3%	4,2%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

inserite in Finanziaria non sono ben tarate: l'adozione di ticket in cifra fissa sulle ricette della specialistica, ad esempio, penalizza le fasce più povere della popolazione.

## L' "INIQUITÀ SOCIALE"

Secondo i ricercatori del Ceis Sanità a tutt'oggi c'è in Italia uno "zoccolo duro" di iniquità sociale rappresentato da famiglie in difficoltà economiche per far fronte alle spese sanitarie. In termini assoluti si tratta di un fenomeno ragguardevole, che coinvolge complessivamente oltre 1 milione e 200 mila nuclei familiari. Di questi oltre 295 mila, pari all'1,3% della popolazione, sono addirittura scesi sotto la soglia della povertà per fronteggiare di tasca propria i costi sanitari non coperti dal Ssn, mentre ben 967 mila (4,2% degli italiani) hanno dovuto affrontare spese "catastrofiche".

E l'età avanzata è un catalizzatore potente della fragilità socio-economica: un anziano in casa, non in buona salute, aumenta, del 50% la probabilità di un impoverimento causato da spese sanitarie "out-of-pocket". Non solo, una notevole quota delle famiglie im-



poverite è composta da anziani soli o coppie di anziani senza figli (45,6%). Mentre la grande maggioranza delle famiglie soggette ad impoverimento (circa il 65,3%) conta almeno un membro anziano.

Le aree assistenziali che più contribuiscono a mettere in ginocchio la famiglia sono la farmaceutica e la specialistica, ma anche l'odontoiatria e la long term care, almeno per le famiglie che "possono permettersela". In particolare dai dati relativi alla farmaceutica e alla specialistica, rilevano i ricercatori, è possibile desumere che l'attuale regime di compartecipazioni/esenzioni non sia ben tarato: quindi l'adozione di ticket in cifra fissa sulle ricette della specialistica è in larga parte responsabile dell'impoverimento nelle fasce più povere della popolazione. Ed anche l'unica soglia di esenzione intorno a 36mila euro annui crea disparità fra chi è di poco sopra o sotto tale soglia. Il nostro Paese deve poi fare i conti con una differente distribuzione, sul territorio nazionale, dell'impoverimento e della catastoficità delle spese. A livello regionale si registrano, infatti, differenze significative spiegate, solo in parte, dai differenziali endemici di livello socio-economico. La distribuzione dei poveri è perciò molto difforme: si va dal 3,4% dell'Emilia Romagna, fino al 29,6% della Sicilia.

La palma della Regione con la minor presenza di "impoveriti" va al Friuli Venezia Giulia con solo lo 0,3%. Fanalino di coda è la Calabria dove la percentuale è

### Scenario 2007

Voce	Mld €	% su Pil
Spesa sanitaria totale	123,8 - 124,7	8,2 - 8,3
Spesa sanitaria pubblica	102,7 - 105,0	6,8 - 7,0
Finanziamento	97+3,7	6,4 - 6,7
Disavanzo	2,0 - 4,3	-
Spesa sanitaria privata	19,7 - 21,1	1,3 - 1,4
Var. annua spesa sanitaria privata	-6,2% -12,3%	

del 2,6%. A questo proposito il Rapporto rileva che la Regione più virtuosa, e quella che lo è meno, non coincidono con quelle in cui si registra la minore o maggiore presenza di povertà assoluta, a dimostrazione che l'impoverimento dipende in modo rilevante dalle scelte di politica economica sanitaria. E non è casuale che anche nella classifica regionale delle famiglie che sostengono spese catastofiche la minor incidenza si registri nuovamente in Friuli Venezia Giulia (1,9%), e la maggiore in Calabria (10,2%). Il Rapporto del Ceis si è poi concentrato sulle differenze di genere. È emerso che sia per i tumori della mammella, sia per quelli al collo dell'utero, ma anche per quelli del colon retto, le mediane di morte delle donne del Sud e Isole sono sistematicamente inferiori a quel-

le delle altre Regioni. Ovvero al Sud si muore prima. I motivi? Nelle donne meridionali ed insulari c'è una tendenza a non effettuare una buona prevenzione attraverso una diagnosi precoce. Inoltre, seppure la mammografia e il Pap test abbiano avuto un largo utilizzo nello screening fin dalla fine degli anni '60 (il secondo addirittura introdotto già negli anni '50), le Regioni del Nord, e in parte del Centro hanno dimostrato una maggiore operatività nella organizzazione di programmi pubblici. Solo con l'inserimento nei Livelli essenziali di assistenza degli screening mammografico e citologico, sancito con il Dpcm del 29 novembre 2001, c'è stato un certo risveglio delle amministrazioni delle Regioni meridionali che hanno iniziato ad avviare in sempre maggior numero programmi pubblici di screening. Tuttavia, per il Ceis, non si può far ricadere interamente sui ritardi del settore pubblico la responsabilità per la bassa adesione ai programmi di screening che, al Sud più che altrove, trova ostacoli proprio nel comportamento della popolazione femminile, ancora non abituata a partecipare ad iniziative di carattere pubblico anche se interessano la salute.

Evidentemente, sottolineano i ricercatori, il Governo del sistema richiede in questi casi interventi mirati sulle popolazioni, capaci di aumentarne l'empowerment.

La Commissione sulla terapia del dolore, le cure palliative e la dignità del fine vita, insediata lo scorso 4 ottobre dal ministro della Salute Livia Turco, avrà il compito precipuo di elaborare un documento di riferimento generale sullo stato dei servizi e delle procedure inerenti la terapia del dolore, le cure palliative e le cure di fine vita. Coordinata dalla stessa Livia Turco e composta da 30 membri di diversa estrazione professionale, la Commissione dovrà evidenziare in particolare gli eventuali elementi di criticità e le priorità sulle quali deve essere posta una particolare attenzione dalle istituzioni interessate per il miglioramento dei servizi e dei protocolli assistenziali nelle diverse realtà del Paese.

"Oggi si parla tanto, e giustamente, degli aspetti etici legati al fine vita. Si parla invece poco di cosa, in ogni caso, e al di là delle proprie convinzioni su eutanasia, testamento biologico e accanimento terapeutico, bisogna fare affinché nessuno sia lasciato solo e senza dignità nelle fasi terminali di una grave malattia ma anche nel decorso drammatico di molte malattie croniche invalidanti" ha sottolineato il ministro Turco. Il ministro ha anche ricordato come il nostro Paese, dove pur si registrano esperienze altamente positive, debba recuperare "i troppi ritardi rispetto alla cultura della lotta al dolore e alla stessa umanizzazione delle cure, che deve consentire un approccio diverso alla persona e il massimo coinvolgimento possibile dei familiari ai quali va garantito un costante supporto assistenziale per tutta la durata della malattia. Non solo negli ambiti strettamente medico-sanitari ma anche per quelli assistenziali e di vero e proprio sostegno nella gestione della persona malata in condizioni terminali o gravemente degenerative". I membri della Commissione per la dignità del fine vita, per i quali - come precisa il comunicato stampa del ministero della Salute - non è previsto alcun compenso, resteranno in carica un anno ma il documento programmatico, che sarà oggetto di confronto con le Regioni, sarà predisposto entro la prossima primavera al fine di accelerare l'avvio di iniziative concrete di implementazione della qualità dei

### Insediata la Commissione per la dignità del fine vita

# Turco: garantire qualità e dignità della vita in tutte le sue fasi



Nella foto il Ministro della Salute Livia Turco

servizi preposti alla dignità e alla qualità della vita anche nelle sue fasi terminali.

#### Di seguito la composizione della Commissione:

Coordinatore: **Livia Turco**, ministro della Salute  
 Vicecoordinatore: **Stefano Inglese**, Consigliere del ministro  
 Membri: **Adriano Amadei** - Cittadinanzattiva; **Franca Benini** - Responsabile Terapia Antalgica, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi Padova; **Oscar Bertetto** - Ospedale Le Molinette, Torino; **Claudio Blengini** - Simg; **Paolo Busoni** - UO Anestesia e Rianimazione Ospedale Meyer, Firenze; **Giuseppe Caminiti** - già componente della Camera dei Deputati; **Augusto Caraceni** - Direttore Hospice Istituto Tumori, Milano; **Claudio Carioni** - Responsabile Unità di Cure Palliative Ematologia, Policlinico Umberto I, Roma; **Cesare Catananti** - Direttore sanitario Policlinico Gemelli, Roma; **Oscar Corli** - Responsabile UO Cure Palliative, PO V. Buzzi, Milano; **Carlo De Fanti** - Primario Neurologo Emerito, Ospedale Cà Niguarda, Milano; **Fulvio De Nigris** - Associazione "Amici di Luca", Bologna; **Francesca Floriani** - Fondazione Floriani, Milano; **Luciano Gattinoni** - Presidente Società Italiana di Anestesia e Rianimazione; **Fran-**

**co Enriquet** - Fondazione Gigi Ghirotti; **Roberto La Bianca** - Presidente Fondazione AIOM; **Domenico Maurizi** - Responsabile Unità di Cure Palliative Asl 8, Arezzo; **Pietro Nisii**, Professore emerito di Anestesiologia e Rianimazione, Roma; **Filippo Palumbo** - Direttore Generale Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute; **Pier Luigi Pettini** - già componente del Senato della Repubblica; **Valerio Pocar** - Professore di Sociologia del Diritto nell'Università degli Studi di Milano - Bicocca, presidente della Consulta di Bioetica, membro del Comitato Etico della Fondazione Floriani e dell'Istituto Neurologico C. Besta di Milano; **Amedeo Santosuosso** - Magistrato presso la Corte di appello di Milano e docente presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli studi di Pavia; **Sandro Spinsanti** - bioeticista, Roma; **Marco Spizzichino** - Direzione della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute; **Giorgio Trizzino** - Palliativista, Direttore UO Cure Palliative - Hospice, Palermo; **Giustino Varrassi**, Presidente Aisd, Associazione Italiana per lo Studio del Dolore e Presidente EFIC, Federazione Europea delle Associazioni per lo Studio del Dolore; **Giovanni Zaninetta** - Responsabile Medico Hospice Domus Salutis, Brescia; **Furio Zucco** - Presidente Sicip (Società Italiana di Cure Palliative).

La dimensione della mobilità sanitaria in Italia e il suo peso sul bilancio pubblico

# L'Italia è uno dei Paesi europei con la maggiore mobilità passiva



La mobilità dei pazienti italiani in seno all'Unione europea potrebbe non essere solo una fonte di spesa, dato l'elevato debito verso l'estero che certamente produce, ma anche un'opportunità e uno stimolo per creare competitività, e quindi miglioramento dei servizi e delle strutture nel nostro Paese e in quelli "importatori" di pazienti. È questo l'interessante approccio a uno degli argomenti trattati nel Rapporto Ceis Sanità 2006, proposto in una relazione che ha suscitato particolare attenzione in occasione della presentazione del volume lo scorso 7 dicembre

di Carlo Sbiroli

Tutto cominciò nei primi anni '90, quando la Corte di Giustizia dell'Ue, con una serie di sentenze, riconobbe che le cure mediche ricevute in un altro Stato membro dovevano, a determinate condizioni, essere poste a carico del sistema sanitario del Paese di provenienza del paziente. Le richieste di cure all'estero ebbero una notevole accelerazione negli anni successivi soprattutto per l'effetto moltiplicatore dei media e per lo scambio di notizie che si potevano ottenere dai migliori provider a livello internazionale. Si giunse così alla normativa comunitaria (art. 22 del regolamento CE n. 1408/71 e sue modifiche, specie il regolamento CE n. 631/2004) che in pratica riconobbe il diritto a tutti i cittadini europei, e quindi anche a quelli italiani, di ricevere un'assistenza sanitaria al di fuori del proprio Paese di residenza.

Di tutto questo si è parlato ampiamente il 7 dicembre scorso presso la biblioteca del Senato, dove il Ceis Sanità ha presentato il suo Rapporto 2006. In questo ambito uno degli argomenti che ha suscitato particolare attenzione è stato proprio quello sulla mobilità dei pazienti italiani nell'Ue. La relazione è apparsa interessante perché, oltre ad evidenziare l'elevato debito verso l'estero che la mobilità produce, prospettava anche la possibilità di utilizzare in positivo questa procedura per creare competitività e, quindi, miglioramento dei servizi e delle

strutture in Italia.

Ma veniamo ora ad alcuni dettagli della relazione che sono apparsi interessanti. Anzitutto, il costo della cura medica è sostenuto sempre dal Ssn? Vi sono dei limiti nella scelta delle strutture ospedaliere estere? E, infine, il totale dei costi, comprensivi del viaggio, del soggiorno dei parenti all'estero, delle giornate lavorative perse dal "malato" e dai parenti accompagnatori, sono tutti a carico del Ssn?

Va subito detto che in alcuni casi il costo della cura medica è sostenuto direttamente dal paziente, per cui la scelta della struttura dove curarsi è di esclusiva pertinenza del paziente e del suo medico curante. Tale scelta generalmente si basa sulla qualità percepita (efficacia clinica, tempestività di erogazione di cure adeguate, modalità di erogazione della cura) e sul costo totale, che comprende sia i costi diretti (acquisto delle prestazioni mediche e costi di transazione) che quelli indiretti come il viaggio, le spese di alloggio (soprattutto per accompagnatore), il tempo della trasferta (in termini di giornate lavorative perse), i costi psicologici associati al viaggio, al trovarsi in un contesto

straniero, alla difficoltà linguistica e spesso alla mancanza di un'assistenza logistica sul posto. In questi casi si può ragionevolmente presumere che le transazioni internazionali in campo sanitario comprendano prestazioni altamente specialistiche, quindi ad alto costo. Nella maggior parte dei casi però le spese mediche relative all'assistenza sanitaria all'estero sono sostenute in larga misura, se non interamente, dal Ssn. Anche se le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie all'estero (vedi box) seguono vie spesso contorte, con rimborsi dilatati nel tempo (anche dopo 4-5 anni) e con qualche riduzione (80%) della cifra totale, tuttavia i dati dimostrano che questa procedura è molto utilizzata dagli italiani, tanto da far apparire l'Italia come uno dei Paesi Europei con la maggiore mobilità passiva.

Negli ultimi anni i pazienti iscritti al Ssn, che hanno chiesto e ottenuto le autorizzazioni per poter ricevere delle cure presso strutture estere, sono stati in numero maggiore rispetto agli stranieri che hanno scelto di curarsi presso i nostri centri; segno questo di una forte tendenza dei pazienti italiani a intraprendere i cosiddetti "viaggi della salute" e al tempo stesso di una scarsissima attrazione, e quindi di una certa inefficienza, delle nostre strutture nei confronti dei pazienti europei. Considerando gli elevati costi diretti, relativi ad una cura ad altissima specializzazione (ad esempio un trapianto), è facile immaginare il notevole impatto che questi trasferimenti hanno sui conti pubblici delle singole Asl. La tabella in basso mostra il numero e l'ammontare di tutte le fatture (E111 più TEAM, ed E112) emesse e contabilizzate negli ultimi cinque anni, che possono documentare la dimensione della mobilità sanitaria in Italia e il peso che ha questa sui conti del bilancio pubblico. La spesa per l'assistenza sanitaria all'estero registra ogni anno un netto saldo

negativo e in cinque anni ha assorbito risorse al nostro Ssn per un ammontare totale pari a euro 219.753.580,87, con una media annua di euro 43.950.716. Questo elevato debito indica la tendenza consolidata degli iscritti al nostro Ssn a cercare "cure migliori" in altri Paesi europei, in alcuni casi attratti solo dalla fama del centro estero, in molti altri mossi dalle inefficienze dei nostri ospedali, pri-

Saldo della mobilità dei pazienti in Italia (E111/TEAM+E112)

Anno	CREDITI		DEBITI		Saldo in Euro
	Num. Fatture	Imp. Fatture Euro	Num. fatture	Imp. fatture Euro	
2000	77.181	32.634.250,17	115.934	85.523.868,76	-52.889.618,59
2001	77.570	33.957.200,89	114.396	82.718.585,87	-48.761.384,98
2002	71.415	34.794.889,38	104.290	77.512.057,97	-42.717.168,59
2003	57.204	30.799.238,96	109.846	77.570.696,71	-46.771.457,75
2004	28.491	18.392.478,63	75.547	43.580.369,55	-25.187.890,92
2005	1.459	1.588.166,98	11.755	5.014.227,02	-3.426.060,04
2000/2005	313.320	152.166.225,01	531.768	371.919.805,88	-219.753.580,87

Fonte: Ministero della Salute



## Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie all'estero

L'accesso alle prestazioni sanitarie all'estero può essere di due tipi: diretto o indiretto.

• **Accesso diretto:** avviene, presentando apposita modulistica, in tutti gli Stati dell'Unione Europea e in quelli extra Ue con cui l'Italia ha stipulato delle convenzioni. In questo caso il cittadino italiano ha diritto a ricevere l'assistenza sanitaria prevista senza oneri a suo carico, i quali saranno accollati direttamente alla sua Asl di appartenenza

• **Accesso indiretto:** avviene nei Paesi extra Ue con cui l'Italia non ha stipulato alcun tipo di convenzioni. In questi casi, il cittadino è costretto a pagare per intero la prestazione sanitaria ricevuta, ma potrà in alcuni casi essere rimborsato, per un importo massimo pari all'80% delle spese sanitarie sostenute, dalla propria Asl al momento del ritorno in Italia, presentando le apposite ricevute. Va tenuto presente che tali rimborsi spesso avvengono in rapporto al reddito dell'assistito.

ma fra tutte le lunghe liste d'attesa. I dati mostrano, inoltre, come la spesa per le cure di alta specializzazione sia fortemente sbilanciata verso l'estero in un rapporto di circa 50 a 1.

Al di là di queste considerazioni negative, va anche detto che, nell'ottica europea, la mobilità dei pazienti potrebbe assumere anche effetti positivi se si riuscisse a creare una sorta di concorrenza tra le strutture sanitarie europee. Un progetto di questo tipo costituirebbe un incentivo al miglioramento nell'erogazione dei servizi sanitari sia nei Paesi "esportatori" che in quelli "importatori" di pazienti,

Per quanto riguarda poi i problemi più strettamente legati ai pazienti, i dati presentati dal Ceis smentiscono il principio di equità, poiché le persone che vanno all'estero a curarsi di propria iniziativa superano le procedure di priorità interne, mentre i cittadini che non possono affrontare i costi addizionali dei trattamenti all'estero hanno un accesso ridotto alle cure. A questo va aggiunto che per lo Stato "importatore" può esserci il rischio che i pazienti esteri abbiano la priorità sui pazienti interni perché pagano tariffe più alte di quelle uf-

ficiali, creando pressioni verso un aumento delle tariffe e delle liste di attesa.

Ma cosa succede più precisamente in Italia? I rilevanti costi diretti, imposti dalla mobilità passiva al nostro sistema sanitario, impongono sicuramente una gestione più attenta e consapevole del fenomeno. Le dimensioni del problema sono comunque accentuate dal comportamento dei Centri Regionali di Riferimento, in una sorta di *moral hazard* del produttore, dovuto troppo spesso alla mancanza di consapevolezza e di informazione, specie sulle strutture presenti sul territorio nazionale, unito all'assenza di responsabilità, circa i costi di un trasferimento per cure all'estero, che induce ad un uso irrazionale delle già scarse risorse finanziarie a disposizione. In ogni caso, ciò che colpisce della situazione italiana è la valutazione che i sistemi sanitari regionali fanno della mobilità sanitaria intraeuropea che viene considerata, come effettivamente è per alcune Regioni, assolutamente marginale, laddove invece potrebbe rappresentare, per molte di esse, uno strumento attraverso il quale sviluppare una sana competitività tra gli operatori sanitari. A tale riguardo, solo alcune Regioni, tra cui vanno citate la Campania, l'Abruzzo, le Province Autonome di Trento e Bolzano, l'Emilia Romagna e il Veneto, hanno svolto delle analisi economico-statistiche sulla mobilità sanitaria dei propri cittadini, ma soprattutto il case study della Regione Veneto è forse il più significativo sia a livello nazionale che europeo. Il Veneto è infatti tra le poche Regioni italiane (le altre sono l'Emilia Romagna, il Friuli V.G. e le Province Autonome di Trento e Bolzano) che possono vantare un saldo attivo nella compensazione finanziaria della mobilità sanitaria internazionale, che dipende dalle entrate per servizi forniti a cittadini dell'Ue temporaneamente presenti sul territorio, più precisamente a turisti (sia di breve durata, 1/3 settimane, che di lunga durata, oltre i 3 mesi di permanenza). Non a caso, però, nella Regione veneta l'assistenza sanitaria agli stranieri è stata organizzata con modalità particolari e adeguate alle specifiche esigenze di questa categoria di pazienti. In ogni caso, anche se il Piano nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa, approvato recentemente (3 marzo 2006) dal ministero della Salute, può essere una possibile via per invertire tale tendenza, l'emigrazione sanitaria dall'Italia non sembra essere destinata a fermarsi finché non saranno adottate serie e concrete politiche d'intervento finalizzate alla riqualificazione delle strutture sanitarie esistenti.

## Documentazione necessaria per l'assistenza sanitaria all'estero

La documentazione necessaria per l'assistenza sanitaria in un Paese straniero varia secondo che ci si trovi all'estero per soggiorno temporaneo o per ottenere delle cure programmate:

• **Soggiorno temporaneo:** in questo caso, lo "strumento" che ci permette di avere un accesso diretto alle cure necessarie e urgenti, ad esempio durante una vacanza, è la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), che ha da poco so-

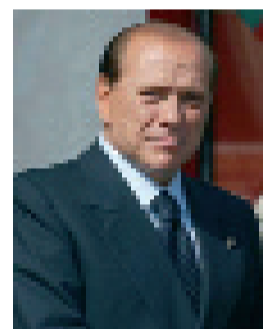
stituito il vecchio modulo cartaceo E111. Questa, però, ha valore "solamente" nei 25 Paesi dell'Unione Europea, in quelli facenti parte dello Spazio Economico Europeo (Norvegia, Islanda, Liechtenstein e Svizzera) e in quelli convenzionati con il nostro Ssn (Argentina, Australia, Brasile, Capo Verde, San Marino, Jugoslavia, Croazia, Macedonia, Bosnia-Erzegovina, Slovenia, Principato di Monaco e Tunisia)

• **Cure programmate:** nell'ipotesi di un trasferimento in un altro Stato per ottenere delle cure (ad esempio un trapianto), il documento richiesto per essere esonerati dal pagamento delle prestazioni è il modulo E112, ma anche questo ha lo stesso campo di applicazione della TEAM.

## Il viaggio americano del Cavaliere

*È sconsolante apprendere che Berlusconi per farsi applicare un pacemaker voli a Cleveland nell'Ohio, anche se ad operarlo è stato il professore Andrea Natale, siciliano, da anni ai vertici della cardiologia nordamericana. La cosa più sconcertante è quanto riportato dal quotidiano "Libero": l'ex premier avrebbe scelto Cleveland per non essere operato dal professore Carlo Pappone perché comunista. Carlo Pappone è lo specialista che dirige il reparto di Aritmologia dell'Ospedale S. Raffaele di Milano, dove il Cavaliere fu visitato subito dopo il suo malore a Montecatini. Fu lui a formulare la diagnosi di "blocco atrio-ventricolare" e a prescrivere gli ulteriori accertamenti. Ed è lui che avrebbe operato Berlusconi se fosse rimasto in Italia. Nella sua intervista a "Repubblica" del 20 dicembre, Pappone da buon medico dice: "ho le mie idee politiche, ma non c'entrano nulla con la professione e quando faccio il medico non sono né comunista, né fascista. Lavoro per tutti, ricchi, poveri, anziani e bambini. Ogni giorno e con orgoglio".*

*Al di là del fatto di cronaca, questa "esterofilia medica" di Berlusconi (anche quando si operò al menisco andò all'estero, in Belgio dal prof. Martens) porta ad alcune considerazioni. Anzitutto,*



*era proprio necessario utilizzare strutture e medici stranieri per un'operazione abbastanza semplice come l'impianto di un pacemaker cardiaco? Non sarebbe stato meglio, proprio per il ruolo pubblico che l'autorevole esponente politico riveste, scegliere un cardiologo del suo Paese indipendentemente dalle sue idee politiche? E poi – ed è la cosa che interessa di più la classe medica, quale componente attiva del Ssn – l'esempio berlusconiano può avere delle ricadute negative sulla Sanità italiana? Può costituire un volano capace di incentivare la fuga non giustificata di pazienti all'estero?*

*Il "viaggio americano" è riportato in queste pagine non certo per fare della facile ironia o delle critiche – Berlusconi è padrone di andare dove vuole e farsi curare da chi vuole quando utilizza i suoi soldi e non quelli del Ssn – ma perché offre l'occasione di introdurre l'articolo sulla mobilità passiva dei pazienti italiani nell'Ue. Sono dati presentati il 7 dicembre scorso dal Ceis nella biblioteca del Senato e che fotografano la situazione passiva della "bilancia sanitaria" italiana con l'estero.*

*Direte: beh, che cosa c'è di così sensazionale e di così negativo, tanto da riempire due pagine di GinecoAgoi e di tirare in ballo Berlusconi? Si è sempre saputo che un certo numero di pazienti, iscritti al Ssn, chiede e ottiene autorizzazioni per cure presso strutture straniere. L'interesse sta soprattutto nel fatto che i dati presentati in queste pagine fanno prendere coscienza di questi problemi.*

*Si è sempre pensato che i cosiddetti "viaggi della salute" fossero sporadici e indirizzati esclusivamente verso centri altamente qualificati, ultraspecialistici, unici in un determinato settore della medicina. Si scopre invece che questo non è vero, che spesso tutto si basa sull'ansia non contenuta dei famigliari del paziente, su alcuni sentito dire, e soprattutto perché "l'erba del vicino è sempre più verde". Si scopre, inoltre, che questo fenomeno è in netta crescita, ad indicare la scarsissima attrazione, e quindi una certa inefficienza, delle nostre strutture nei confronti dei pazienti europei. E considerando, infine, gli elevati costi diretti, relativi alle cure con diverso grado di specializzazione, è facile immaginare il notevole impatto che questi trasferimenti hanno sui conti della Sanità Italiana. Perciò il viaggio di Berlusconi a Cleveland nell'Ohio lo metterei sotto l'albero di Natale come regalo per tutti.*

C.S.

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

Movement Against Medical Malpractice and Accident  
of Association Obstetric Gynecology, Ospedaliere Italian

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](http://www.aogoi.it) e sulla rivista dell'associazione "GynecoAogoi"

data \_\_\_\_\_ il socio \_\_\_\_\_

Audizione alla XII Commissione Affari Sociali sulle proposte di legge recanti “Nuove norme in materia di Parto”

# L'Aogoi illustra alla Camera dei Deputati il suo parere sulle scelte da compiere in materia di parto

Meno parti a domicilio e più educazione sanitaria nelle scuole. Ma anche maggiore riconoscimento della managerialità e del potere decisionale dei ginecologi e ostetrici, così come più attenzione alla tutela legale e assicurativa degli operatori sanitari che ogni giorno lavorano in sala parto

Sono queste alcune delle osservazioni alle proposte di legge per il parto che il neopresidente Aogoi Giovanni Monni e il past president Carlo Sbiroli hanno illustrato al mondo politico in occasione dell'audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera svoltasi lo scorso 12 dicembre. Presenti anche i rappresentanti della Sigo e delle Società di Anestesia, Pediatria e Neonatologia. L'audizione è stata presieduta dall'on. Santolini e ha visto l'on. Sanna relatore sulle proposte di legge C.589 Lucchese, C.1237 Palumbo, C.1447 Bianchi e Poretti, C.1611 Poretti, C.1923 Governo e C. 1632 Dioguardi riguardanti le nuove norme in materia di parto, consultabili sul sito internet [www.camera.it](http://www.camera.it).

All'incontro, che è stato molto proficuo e costruttivo, l'Aogoi ha apportato il proprio contributo con nuove idee e suggerimenti che vengono sintetizzati nei punti della sottostante memoria depositata alla XII Commissione.

Dopo aver ricordato che l'Aogoi, con oltre 5 mila iscritti, è la più numerosa società di ginecologi italiani, Monni e Sbiroli hanno affermato che l'Associazione è sostanzialmente favorevole alle varie proposte di legge dei deputati e del disegno di legge riguardante le nuove norme in materia di parto. “D'altronde – hanno dichiarato – molte delle proposte sono il frutto di nostre continue richieste e suggerimenti per migliorare la salute materno-infantile, che è il fondamento e la misura della qualità di una vera democrazia”.

**Di seguito sono riportate in forma sintetica le osservazioni illustrate da Monni e Sbiroli nel corso dell'Audizione.**

1. L'attuazione delle proposte di legge su tutto il territorio nazionale non sarà facile. Non sembra semplice infatti adeguare e uniformare tutte le maternità del Nord, Sud e Isole, nelle quali le realtà sono completamente differenti. Per quanto riguarda le piccole maternità, solo il 25% delle strutture e del personale sanitario è adeguato ai requisiti minimi richiesti dal Progetto Materno Infantile e la maggior parte dei punti nascita (1/4) non dispone di un'effettiva guardia attiva ostetrica, anestesiologicala e pediatrica. Dal momento che circa 1/3 delle complicanze ostetriche avvengono soprattutto durante il travaglio e il parto in

maniera improvvisa e pertanto difficilmente prevedibile, crediamo che l'applicazione della varie proposte di legge costituirà un enorme impegno economico non facilmente realizzabile. Ma anche nelle grandi maternità, con stanze di degenza con quattro o più letti, con sale travaglio con più gravide... non sarà facile adeguare le strutture alle nuove regole, che prevedono spazi per l'équipe di tutti gli operatori, isole neonatali, camere di degenza, travaglio e parto per singole pazienti, con la presenza anche del padre per

rezze e quindi partorire in ospedale. Inoltre, è altrettanto vero che né l'ostetrica né il ginecologo sono effettivamente preparati culturalmente e manualmente all'assistenza al parto domiciliare, e pertanto l'ospedale offre maggiori garanzie dal momento che le problematiche medico-legali stanno diventando un enorme problema che il Parlamento dovrebbe prendere in attenta considerazione se veramente si vuole migliorare il benessere della madre e del neonato.

4. Nelle nuove proposte di legge non viene affrontato e valutato con efficacia il problema degli operatori sanitari per quanto attiene il riconoscimento di managerialità, potere decisionale, miglioramento culturale, lasciato quasi del tutto all'iniziativa del singolo o delle ditte farmaceutiche. Soprattutto non vengono affrontate le problematiche di salvaguardia legale e assicurativa degli operatori sanitari. Il contenzioso medico-legale e assicurativo sta portando la nostra professione ostetrica ad altissimi livelli di guardia, producendo sempre di più una medicina difensiva a scapito della salute del cittadino.

Chiediamo quindi che, come per altre specialità (ad esempio radiologia), sia possibile ottenere incentivi economici (attività usurante) e facilitazioni assicurative e legali per gli operatori sanitari che si occupano attivamente del parto.

5. Viene data importanza al counselling durante il periodo preconcezionale ma crediamo che queste informazioni dovrebbero essere suggerite già in periodo scolastico per migliorare gli stili di vita dei cittadini e informare sui rischi causati ad esempio dal fumo, dall'alcol, dalle droghe, da una non corretta alimentazione, igiene e assunzione di farmaci.

I giovani devono sapere che il parto oltre 35 anni è considerato più a rischio per la madre, e che la fertilità maschile è influenzata da tanti fattori. La conoscenza e la consapevolezza di tutte queste cause non potranno che migliorare l'outcome riproduttivo.

6. Siamo infine favorevoli all'equiparazione economica del taglio cesareo al parto fisiologico, così come alla preparazione di Linee guida adeguate, con stretto monitoraggio e audit dei risultati su tutto il territorio nazionale.



una maggiore umanizzazione dell'evento nascita.

2. Il parto indolore, offerto gratuitamente a tutte le gestanti, sembra un'ottima scelta che aiuterà le donne a superare la paura del dolore del travaglio e del parto, e potrà ridurre l'incidenza del taglio cesareo, che in Italia, con una media del 37% e con punte di oltre il 50%, supera di gran lunga la percentuale del 15% consigliato dall'Oms. Crediamo che anche per quanto riguarda la natalità, che negli ultimi 40 anni in Italia si è dimezzata, spesso a causa della paura del dolore, si possano avere dei grossi vantaggi. Il problema critico è trovare gli anestesisti per tutte le maternità.

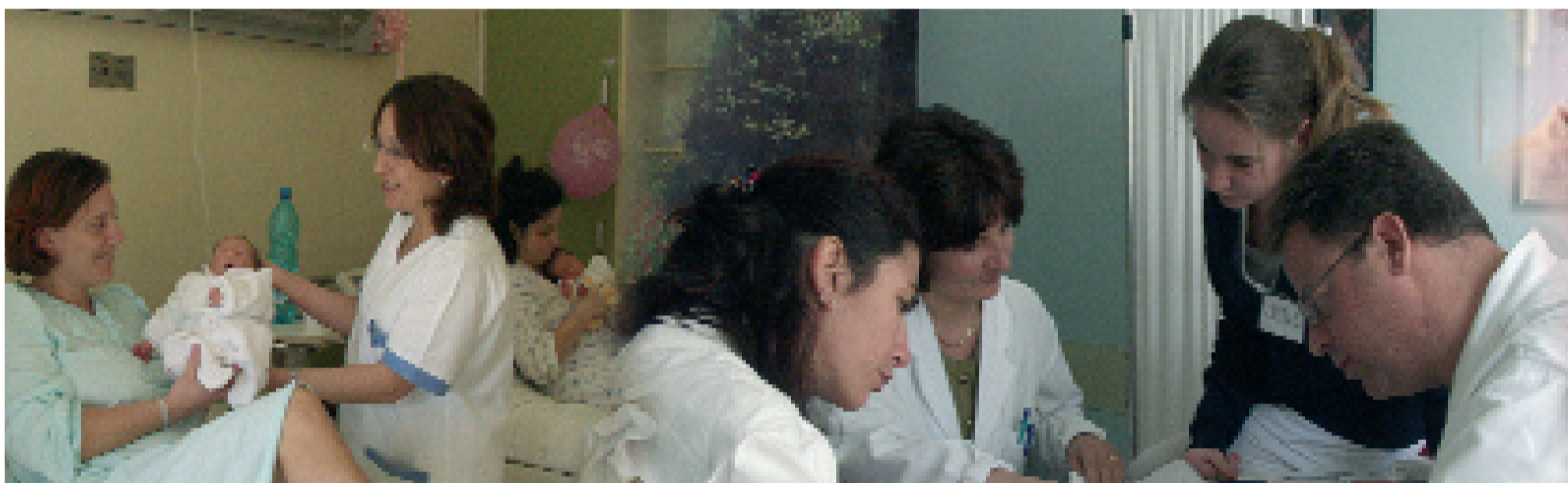
3. Per quanto riguarda il parto a domicilio, pensiamo che oggi tutte le donne vogliano avere più sicu-



# Comunicare in sanità Comunicare la salute

**N**elle pagine che seguono abbiamo cercato di mettere a fuoco gli elementi che compongono la comunicazione sanitaria dal punto di vista del rapporto medico-paziente, senza tralasciare l'aspetto pubblico e istituzionale. Quando si parla di comunicazione nell'ambito

della salute, infatti, si pensa subito a quella interpersonale tra medico e paziente, ma la comunicazione sanitaria è anche tra Azienda e cittadini, tra Azienda e operatori, tra operatori e familiari dei cittadini. E quando la comunicazione pubblica funziona, è efficace, essa rappresenta una ve-



## Tempi moderni

di Rossella Castelnovo

**U**na visita medica di routine dura in media una decina di minuti. Non sono pochi. Per un giornale radio ne possono bastare quattro e due per leggere una pagina a voce alta. Se ne possono dire di cose! Eppure non sono pochi a lamentarsi del rapporto fuggitivo con i medici. Di colloqui frettolosi che lasciano insoddisfatti proprio nel momento di maggior bisogno di attenzioni e di informazioni. "Cattiva comunicazione", dicono. Ma perché? E cosa potrebbe migliorare?

La lunga storia del rapporto medico-paziente sta vivendo giorni nuovi e interessanti. Problematici, quindi, come tutte le cose nuove e interessanti. E i medici lo sanno. Nessuno di loro sottovaluta il valore "umano" della professione, a complemento di quello tecnico e scientifico, nè manca l'impegno. La questione resta comunque aperta, sull'onda del famoso libro che

non a caso Edward Shorter intitolò "La tormentata storia del rapporto medico paziente".

La sensazione, oggi, è che questo rapporto si sia fatto ancora più intenso, articolato, complesso e che siano molti i fattori in gioco in questa vera e propria mutazione nella pratica medica.

Resta, alla base, la consapevolezza di una relazione asimmetrica dove non solo uno è in stato di necessità e l'altro di potere, ma anche uno pieno di aspettative e l'altro non sempre in grado di farvi fronte.



**Una recente ricerca rivela che i pazienti italiani sono poco soddisfatti del rapporto con il proprio medico. Il medico ha fretta, si dirige subito verso la ricerca della malattia per fornire la cura, dimenticando che si trova di fronte a una persona**

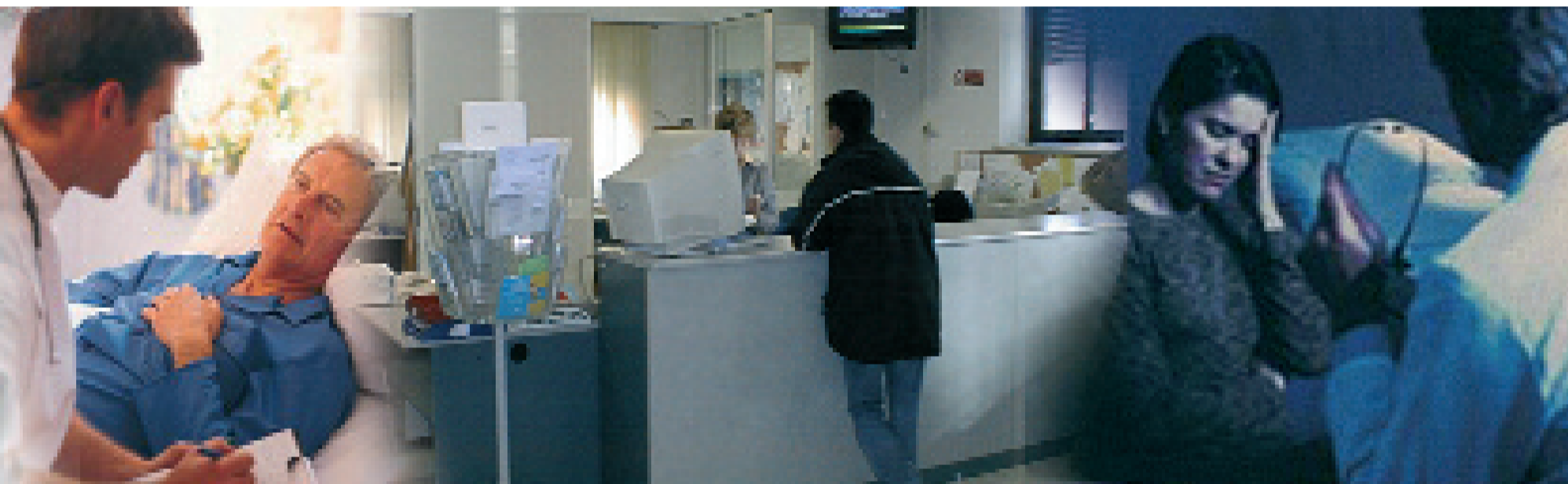
Carenze organizzative, a volte, o del sapere medico. Più spesso ancora i limiti sono propri della natura umana, di questi corpi che ci accompagnano allegramente per anni e che poi un giorno non ce la fanno più: ci si ammala, si muore e proprio su questa banale verità la comunicazione in medicina sembra essere più impacciata. Fa fatica il medico a confrontarsi con la malattia che non molla ed è qui che nascono tanti momenti di incomprensione sul piano del debole conforto, al di là di trattamenti e terapie. È l'ascolto che fa la differenza. La pazienza di quei minuti in più, a prescindere dalla ricetta, che finiscono non di rado nel fiume di quel grande mercato della salute "parallelo e alternativo" in cui la

ra “risorsa” per il nostro Ssn e quindi per la collettività, in termini di razionalizzazione della spesa e qualità e fruibilità dei servizi e delle cure. Le difficoltà che i medici incontrano nella loro pratica quotidiana, “oggettive”, per la peculiarità del bene-salute, e “relative”, per la mancanza di una formazione specifica, quasi mai prevista nei curricula universitari delle professioni sanitarie. La comunicazione di una diagnosi sensibile. Differenze e complementarità tra informazione e comunicazione. Le nuove aspettative del paziente, più informato ed esigente, ma anche più frustrato e disorientato dalla marea di informazione medico-scientifica che monta dai media; senz'altro più solo davanti alla “fredda” tecnologia, alle te-

rapie up-to-date, che devono migliorare le cure e non diventare elemento di separazione nel rapporto umano, come ha evidenziato il professor Ignazio Marino nell'intervista all'interno.

E ancora, “La nuova domanda di comunicazione sulla salute” nell'indagine condotta dal Forum per la Ricerca biomedica e dal Censis, che fotografa la pervasività dell'informazione mediatica sulla salute.

Sono questi i principali temi affrontati negli articoli di questo Focus, alcuni dei quali sono stati oggetto di interessanti relazioni nell'ambito dell'ultimo Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui, nella sessione dedicata alla comunicazione medico-paziente in ostetricia e ginecologia



**10-20 minuti** è il tempo che, secondo l'ex ministro della Sanità Umberto Veronesi, bisognerebbe dedicare a un paziente oltre alla visita

merce principale è la disponibilità dei terapeuti a “perder tempo” con i pazienti.

Diverso il caso della comunicazione al momento delle scelte. Il gran capitolo della medicina che ruota attorno alle questioni del “consenso informato”. È qui che la capacità relazionale dei medici è messa a dura prova. Si tratta di prendere decisioni importanti e il diretto interessato può dire la sua alla pari del medico. Ma su quali basi? Con quali conoscenze? A che livello di comprensione? Il medico deve spiegare, si dice, con l'aiuto di fogli opportunamente preparati per le diverse situazioni. Lineare. Se non fosse che tante sono le voci critiche a questo proposito. Ultima, in ordine di tempo, quella di un'indagine del Censis svolta nel 2005 e pubblicata poche settimane fa, in cui quasi un italiano su due esprime un'opinione negativa su questo strumento di decisione, considerandolo qualcosa che serve soprattutto a scopi di burocrazia e di tutela dei medici.

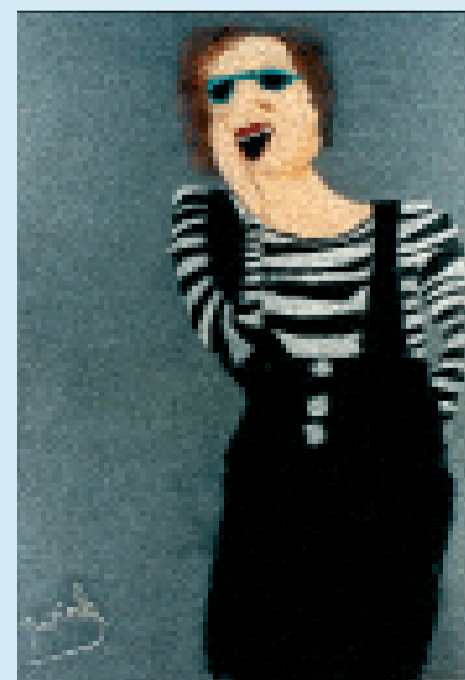
Quel foglio da firmare, insomma, non riesce a svol-

gere quella mediazione tra medico e paziente, simbolo della medicina di oggi fondata non più solo sulle “verità” della scienza, ma anche su sentimenti, desideri e percezioni dei cittadini, più o meno malati. Facile decidere quando le scelte erano poche o nulle di fronte a tante malattie, e quando i medici godevano di un'autorità e un'autorevolezza che li forniva di ampia carta bianca. Difficile in tempi in cui le scelte, per fortuna, si sono moltiplicate, lasciando il medico sul piedistallo solo nei casi di assoluta emergenza.

Ancora una volta il rapporto è asimmetrico sul piano delle conoscenze, ma si vuole sia pari su quello umano. Ognuno è padrone della propria salute – lo dice la Costituzione italiana – ma i problemi sono tanti: è il medico che intende rischiare perché la pensa così? O è il malato che fa richieste strane? L'occasione per farsi venire idee non mancano: le edicole strabordano di giornali, la tv è fonte primaria di conoscenze mediche per un italiano su due e la generosità di Internet offre qualsiasi risposta a qualsiasi domanda.

La comunicazione tra medici e assistiti è ormai entrata in una dimensione nuova e tanti studi – utili a orientarsi – ci dicono che è già una nuova disciplina, un'altra parte della professione in cui imparare a fare la differenza tra gli infiniti casi possibili in cui si incrociano le diverse malattie, con le diverse età e con i diversi generi. Per rendere al massimo in quei dieci minuti preziosissimi.

**18-22 secondi** è il tempo, stimato da uno studio europeo, che intercorre tra l'inizio del racconto del malato e il primo intervento del medico



La nuova domanda di comunicazione sulla salute nella IV Indagine del Censis-Forum per la ricerca biomedica

## Salute: sempre più italiani si affidano ai media

**G**li italiani sono sempre a caccia di notizie sulla salute. Attenti e curiosi sia quando parlano con un esperto, ma anche pronti ad andare a scovare le informazioni da soli, leggendo i giornali e le riviste di benessere, parlandone con conoscenti e amici o navigando su internet.

Il cittadino vuole autodeterminarsi, organizzare i propri comportamenti, sviluppare una conoscenza che gli permetta di confrontarsi con il proprio medico, soprattutto quando si tratta di patologie gravi, o di curarsi da solo quando si tratta di piccoli malanni. Tuttavia è anche consapevole del rischio di cadere in informazioni non corrette o di fraintenderle, e delle conseguenze che ciò può comportare, ad esempio inclinando il rapporto di fiducia con i medici quando dice loro qualcosa di diverso da ciò che ha letto o sentito.

Per questo è importante che il cittadino si affidi a fonti di informazioni affidabili, rappresentate in primo luogo dal contatto diretto con i medici e poi dalla selezione di letture scientifiche di qualità.

Tutti questi aspetti del rapporto tra italiani, mezzi di comunicazione e informazione sanitaria sono stati analizzati nell'indagine sulla Nuova domanda di comunicazione sulla salute condotta annualmente dal Forum per la Ricerca Biomedica e dal Censis. Ecco i principali risultati della quarta edizione, presentata nelle scorse settimane a Roma e basata sulle risposte di un campione rappresentativo di 1.000 italiani.

### Cresce il ruolo informativo dei nuovi media nelle questioni di salute

È raddoppiato in tre anni l'uso della televisione come fonte di informazioni sulla salute, mentre internet è salito di 6,5 volte, tanto che si stima che oggi siano 12 milioni gli italiani che navigano nella rete per cercare informazioni sulla salute. E non solo per le malattie gravi. Le informazioni che arrivano da TV, giornali, riviste più o meno dedicate alla salute influenzano i comportamenti e gli stili di vita, soprattutto per quel che riguarda i consigli alimentari.

In base all'ultima rilevazione Censis relativa al 2005, salute e medicina sono gli argomenti che, secondo il 26,8% degli italiani, riscuotono il maggior interesse tra i lettori dei settimanali, con un incremento significativo del 17,2% rispetto al 2001.

Il 59,3% degli italiani dichiara infatti di prestare sempre attenzione quando si parla di salute, sia che si tratti di notizie che giungono dai media, sia che si tratti di conversazioni o informazioni che arrivano da familiari, amici e conoscenti. Così che alla fine il 74,9% degli intervistati afferma di essere molto o abbastanza informato in tema di salute e malattie. I più preparati sembrerebbero essere gli anziani, che evidentemente, per ragioni anagrafiche, si sono trovati con maggior frequenza a dover affrontare problemi di salute.

A far registrare una crescita significativa è anche il dato relativo ai programmi televisivi, nazionali e satellitari quale maggiore fonte di informazione. In particolare la televisione nazionale viene indicata da oltre il 43,2% dei ri-

spondenti nel 2006, contro il 22,8% relativo al 2003. Ancora più marcata è la crescita che si registra a proposito di internet, che viene menzionata dal 13,1% contro il 2,8% del 2003. In quest'ultimo caso la quota maggiore di utenti sono i giovani e coloro con un titolo di studio più alto.

Insomma, quando si tratta di salute gli italiani amano leggere tutto. Ma sono anche critici nei confronti di come questa informazione viene condotta. Anzitutto, per il 30% degli intervistati, c'è una carenza di notizie di tipo pratico (ad esempio sui servizi, professionisti e ospedali più adatti alle proprie necessità, o sulle terapie realmente disponibili ecc.), ma ci sono anche altri problemi, come la complessità delle informazioni, che non sempre risultano immediatamente comprensibili per il 29,6% del campione. Secondo il 24,5% poi, i media tendono troppo ad enfatizzare i rischi, mentre si preoccupano poco di aggiornare le informazioni che vengono divulgate (per il 18,3%).

### Il rapporto tra medico e paziente

L'esigenza di comprensione, autodeterminazione e partecipazione da parte dei cittadini nella gestione della loro salute è un fenomeno che cresce sempre più tra la cittadinanza, e, seppur ancora legato per certi versi a un differenziale culturale, nel corso degli anni questa esigenza sta aumentando anche nelle fasce di popolazione meno scolarizzate. Questo vale soprattutto nell'eventualità in cui una persona sia colpita da una malattia grave.

Dal punto di vista della consapevolezza sul proprio stato di salute, dall'indagine è emerso che la maggioranza degli intervistati (il 65,9%) ritiene che in ogni caso una persona debba essere informata del suo stato di salute; il 17,1% ritiene invece che il medico debba dare un'informazione completa al malato grave solo nel caso in cui ci siano possibilità di guarigione. Il 14,8% pensa che si debba sempre filtrare l'informazione attraverso i familiari; infine, il 2,2% ritiene che dipende dalle persone e dalle situazioni che di volta in volta si verificano.

La IV indagine Censis-Forum per la Ricerca Biomedica ha quindi investigato su come il rapporto tra cittadino e salute possa riflettersi anche sul consenso informato: la maggioranza dei cittadini intervistati dichiara di vedere nel consenso informato solo un inutile adempimento burocratico (17,4%) o uno strumento di tutela per il medico, che grazie a esso può scaricare la responsabilità di un trattamento terapeutico non riuscito, o addirittura dannoso, sul paziente che lo ha accettato pur conoscendone i rischi (41,9%). A dichiarare di considerare il consenso informato uno strumento utile a migliorare il livello di informazione sulla malattia è invece il 40,7% complessivo. Su questo argomento appare particolarmente evidente la differenza di opinioni a seconda del titolo di studio. I laureati, infatti, mostrano di avere un'opinione decisamente più positiva riguardo il consenso informato: il 52,6% lo considera uno strumento che migliora il livello di informazione sulla malattia.

Peraltro, questa differenza di opinioni suggerisce, secondo il Rapporto, che il problema risieda, almeno in parte,

Cresce il ruolo dei mezzi di comunicazione come fonte di informazione sulla salute, il benessere, le cure e le malattie.

Gli italiani appaiono sempre più interessati ad avere conoscenze mediche, una sete di sapere appagata perlopiù dai media. Aumenta, in particolare, il ruolo della televisione e di internet come fonte di informazioni sulla salute, ma il 46,6% degli italiani è consapevole del rischio di confondersi o ricevere notizie sbagliate

nell'inadeguatezza dei linguaggi e delle modalità comunicative dei medici, capaci di confrontarsi con più facilità con i cittadini più scolarizzati ma in difficoltà quando si tratta di trasmettere il significato del consenso informato ai cittadini meno istruiti.

Tuttavia, anche se la maggioranza dei cittadini intervistati ritiene che sia opportuno procurarsi il maggior numero di informazioni possibile per decidere autonomamente della propria salute (53,4%), il 46,6% di essi riconosce il rischio della confusione insito in un eccesso di informazioni non mediate dal medico.

### Cosa chiedono gli italiani ai media

L'indagine, che ha analizzato gli articoli pubblicati da settembre 2005 a febbraio 2006 su alcuni quotidiani e inserti, ha evidenziato che si parla molto spesso di tumore come malattia a forte impatto sociale (45,3%). Questo accade più frequentemente nelle riviste dedicate alla salute (10%) che nei quotidiani (1%).

Si tratta, perlopiù, di articoli che trattano il tumore nel suo significato più generale. Tra questi, circa il 30% degli articoli analizzati tratta delle prospettive e applicazioni di ricerca, il 21,4% dei fattori di rischio e prevenzione e il 16% le storie di vita. Sugli inserti, però, si dà più risalto alla ricerca (43,9%) e alla prevenzione (41,4%), mentre sui quotidiani si privilegiano gli aspetti sociali e psicologici della malattia (41,3%).

Meno comuni, invece, gli articoli riguardanti qualche patologia specifica. In questo caso a occupare le pagine sono i cosiddetti "big killers", cioè il tumore della mammella, polmone, colonretto e prostata.

La quota di cittadini che si dicono soddisfatti dell'informazione offerta è del 61,1% per le tematiche legate al fitness, al benessere e agli stili di vita e del 54,9% per lo spazio che viene dedicato alle terapie farmacologiche, a quelle relative ai piccoli disturbi (54,3%) e alle patologie ad alta mortalità (53,7%).

Analizzando, invece, il complesso degli scontenti, la graduatoria delle tematiche che secondo gli italiani meriterebbero più attenzione vede ai primi posti le malattie rare, con il 53,8%, seguito dal costo delle cure (53,6%), la bioetica (52,3%), le terapie alternative (52,0%).

Sarebbe infine troppo enfatizzata la medicina estetica, di cui si parlerebbe troppo, secondo il 33,9% degli italiani.

Lucia Conti



Un invito a tutti i medici perché recuperino l'attenzione necessaria al rapporto con la persona che si trovano a curare: "La tecnologia deve servire per migliorare la qualità di cura, ma non deve diventare un elemento di separazione nel rapporto umano tra medico e paziente"



Nella foto  
Ignazio Marino

Intervista a **Ignazio Marino**

# “Recuperiamo il valore del tempo dedicato al paziente”

a cura di **Eva Antoniotti**

**I**gnazio Marino è un chirurgo noto in tutto il mondo per il suo lavoro di avanguardia nel settore dei trapianti, in particolare dei trapianti di fegato. Alle elezioni politiche della scorsa primavera ha però deciso di accettare una candidatura nelle liste dell'Unione e oggi è presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato. Gli abbiamo rivolto alcune domande sul tema della comunicazione tra medico e paziente, tema che rappresenta anche il fulcro del suo saggio "Credere e curare".

**Presidente Marino, perché oggi il tema del rapporto medico-paziente è diventato così urgente?**

Su questo argomento ho scritto recentemente un libro che si intitola "Credere e curare", che non mi vergogno a pubblicizzare perché tutti i proventi andranno ad un progetto di solidarietà sanitaria internazionale.

Per la prima volta nella storia della medicina, noi stiamo modificando profondamente il rapporto medico-paziente perché abbiamo avuto, e questo è un aspetto positivo, uno straordinario avanzamento della tecnologia. A metà degli anni '70, anni non molto lontani, sono entrato in sale operatorie dove letteralmente si doveva aprire una pancia per vedere che cosa c'era dentro, perché la diagnosi finale veniva fatta con quell'intervento chiamato laparotomia esplorativa. Oggi, per vedere una malattia o una lesione abbiamo altri strumenti: risonanza magnetica, tac spirale, Pet, ecografia. Eppure, anche se la visita al paziente certamente ci dà meno informazioni di questi strumenti diagnostici, credo però che mettere la mano sulla pancia del paziente, ascoltare il torace con lo stetoscopio, fargli dire 33, rivolgergli domande personali, fanno ancora parte e faranno sempre parte di quello che il paziente si aspetterebbe dal suo medico nel momento in cui si trova ad affrontare una malattia. La tecnologia deve servire per migliorare la qualità di cura, ma non deve diventare un elemento di separazione nel rapporto umano tra medico e paziente. La medicina ha preso una strada completamente sbagliata, abbandonando l'attenzione al rapporto, e solo noi medici possiamo cambiare il cammino intrapreso che è decisamente sbagliato. Non è questione di leggi o di disposizioni di un amministratore, di un direttore generale, è qualcosa che dobbiamo fare noi. Dobbiamo riconoscere il valore del tempo dedicato al paziente, un elemento che noi abbiamo dimenticato e abbiamo permesso che si dimenticasse anche nel nostro sistema di rimborso delle prestazioni negli ospedali.

**Pensa che questi temi possano trovare spazio nell'insegnamento universitario?**

Credo che sia importante sviluppare il tema del dialogo, della condizione profondamente umana del rapporto medico-paziente, sia dal punto di vista del valore etico che ha questo mestiere e che lo differenzia da tanti altri, sia preparando i giovani a quelle riflessioni che devono essere necessariamente fatte nel momento in cui si prendono decisioni, si discute con il paziente sulle terapie. Oggi le decisioni in molte terapie hanno una forte implicazione bioetica per la quale il medico deve essere preparato e che deve essere inserita all'interno dei corsi universitari.

**Una volta di fronte alla malattia c'era solo una risposta, a volte nessuna. Oggi, mi sembra di poter dire che la medicina ha molte risposte e che il medico deve scegliere e aiutare il paziente a compiere delle scelte. È così?**

Forse questa è una semplificazione eccessiva, ma è pur vero che anche questo è un grande problema perché oggi il medico deve accompagnare, soprattutto nei territori più innovativi, il paziente, quando si entra in situazioni dove la terapia esce da degli standard documentati ed entra per le situazioni più complicate e disperate nel campo della medicina sperimentale.

**Non posso non farle una domanda su quello che è**

**diventato il "caso Welby" (l'intervista è stata realizzata prima della morte di Piergiorgio Welby).**

**Lei cosa pensa a riguardo?**

Credo che sia una situazione davvero drammatica nella quale io immagino che un paese civile e maturo come il nostro abbia l'obbligo di dare delle risposte. Welby utilizza il suo dolore per costringerci a dare delle risposte e questo è qualcosa di cui noi dobbiamo essergli grati e riconoscenti perché ci vuole un coraggio e una determinazione non indifferente ad assumersi questo carico personale. Da qualsiasi punto di vista lo si voglia guardare, qualunque sia l'ideologia che ci guida, Welby è un paziente con una malattia purtroppo terminale, una malattia per la quale la scienza oggi non ha soluzioni. La sua malattia peggiorerà, fra poco tempo non sarà più in grado neanche di deglutire, quindi non potrà autonomamente bere e mangiare, dovrà continuare, se lo vorrà, utilizzando mezzi straordinari rispetto a quello che, senza un respiratore automatico o altre terapie che lo sostengano, sarebbe stata una morte naturale. Dobbiamo riconoscere che si tratta di una situazione nella quale occorre spingere la tecnologia ad un limite che il paziente deve stabilire se è appropriato o non. Se Welby ritiene che non sia appropriato, credo che questo debba essere riconosciuto.

## Credere nella scienza, credere in Dio

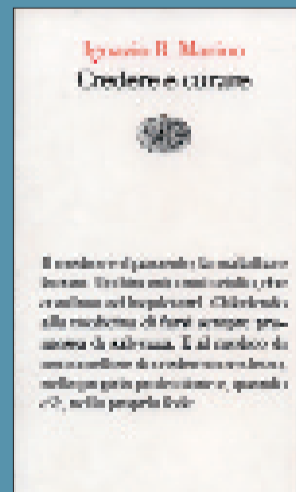
"Credere e curare" è un piccolo volume, ma ricchissimo. Ignazio Marino vi ha riversato molte storie, di pazienti, di colleghi, di persone conosciute in Italia e negli Stati Uniti, seguendo una riflessione complessa sul significato che ha oggi il "mestiere" del medico. Riflessione che è resa ancora più articolata perché Marino è "medico credente" e dunque si trova ad affrontare una situazione in cui, come egli stesso scrive, "da un lato seguire le regole non basta, dall'altro agire professando la fede non sempre è compreso".

Non appaia paradossale che sia proprio un medico che si è misurato su uno dei terreni più avanza-

ti della chirurgia a lanciare un grido di allarme sui rischi che la tecnologia porta nella professione medica. Proprio chi ha conosciuto bene le straordinarie possibilità offerte dagli strumenti tecnici sa che questi non bastano a riempire di autentici valori umani la propria attività. E per arginare la perdita di

coscienza e di valori, Marino indica una risorsa "più grande di qualunque tecnologia", ovvero la frase contenuta nel giuramento di Ippocrate: "in qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati".

Una lettura stimolante per tutti, ma davvero avvincente per chi si mi-



sura quotidianamente con i problemi, gli entusiasmi e le delusioni della medicina.

I diritti di autore del saggio sono stati interamente devoluti a *immagine Onlus*, per la realizzazione di un progetto di solidarietà sanitaria in Honduras finalizzato ad assistere le

donne in gravidanza e ad evitare il rischio di trasmettere malattie infettive ai nascituri.

Ignazio R. Marino  
Credere e curare  
Einaudi 2005, pp.114, euro 8,00

La comunicazione nella relazione medico-paziente

**Humberto R. Zanetti**  
Aurelia Hospital U.O.C.  
Ostetricia e Ginecologia, Roma

# Il paziente informato chiede più dialogo e ascolto

“Parlami ho tante cose da dirti” recitava il titolo di un libro di qualche anno fa sulla comunicazione all’interno della coppia e, probabilmente, è quello che molti pazienti vorrebbero dire al loro medico. Purtroppo, però, dobbiamo ammetterlo, spesso trovano dall’altra parte della scrivania una persona pressata dai ritmi “produttivi” introdotti dai nuovi manager della sanità; medici preoccupati dalle eventuali “ritorsioni” medico-legali del paziente e/o dei suoi familiari, visti a volte come nemici, e indotti a ragionare in termini di “medicina difensiva”. Certamente la responsabilità non è solo nostra, è anche del paziente, a sua volta vittima di false informazioni “miracolistiche”, di aspettative irrealistiche suscitate dai mezzi di comunicazione di massa, di articoli ove troppo spesso le colpe di una sanità che non funziona vengono addossate agli operatori della sanità.

Questi sono solo alcuni aspetti della situazione che tutti i medici, soprattutto gli ostetrici e i ginecologi, vivono quotidianamente, e che certamente richiederebbe un’analisi più approfondita. Ma qui preme soprattutto ricordare, se mai ce ne fosse bisogno, la cornice della crisi che avvolge il rapporto medico-paziente in cui la comunicazione ha un ruolo chiave.

Negli ultimi anni, una serie impressionante di “pronunciamenti” delle diverse istituzioni hanno codificato l’informazione all’interno della relazione medico-paziente: Corte Costituzionale, Ordine dei medici, Corte di Cassazione, Tribunali nei diversi gradi, sono più volte intervenuti su queste problematiche. Il consenso informato, un’opportunità di vera comunicazione e corretta informazione, e la legge sulla privacy hanno messo in luce aspetti importanti della relazione medico-paziente, centrando però l’attenzione sull’“informazione” ed escludendo, di fatto, l’aspetto della “comunicazione”. Inoltre, un punto importante sul quale vale la pena di riflettere riguarda la formazione: nei 6 anni del Corso di laurea e nelle Scuole di specializzazione si affrontano i temi legati alle problematiche medico-legali, al consenso informato, ma non ci viene spiegato cosa e soprattutto come comunicare.

Cosa intendiamo davvero per comunicazione? Comunicazione e informazione sono sinonimi?!

Il termine “comunicazione”, dal latino communis “mettere in comune” (che originariamente indicava la condivisione di una carica pubblica) contiene un forte riferimento alla reciprocità. La comunicazione, infatti, avviene se esiste una pari dignità e parità di funzioni (non necessariamente di ruoli) nella partecipazione allo scambio di informazioni. Per una vera comunicazione è essenziale che il flusso informativo sia bidirezionale e che vi sia un *feedback* che permetta ai due soggetti che comunicano di verificare la reale comprensione di quanto viene detto.

Nell’informazione invece esiste solo una trasmissione univoca delle informazioni. Per usare una metafora: l’“informazione” è come una radio che ci permette di ricevere i programmi di una emittente, la “comunicazione” è invece una radio ricetrasmittente con cui le persone possono dialogare. Nella comunicazione gli inter-

locutori hanno lo stesso peso e i riceventi agiscono anche come emittenti. Queste elementari distinzioni ci fanno capire come nella normativa cui abbiamo fatto prima riferimento sia contemplato prevalentemente il concetto di informazione.

Per noi medici, invece, credo sia importante stabilire una relazione in cui tutti i dispositivi di legge siano certamente compresi, ma contenuti in una cornice più ampia e più soddisfacente per entrambi i soggetti, medico e paziente. E la comunicazione è un elemento essenziale di questa cornice.

Ma cosa comunichiamo? Sostanzialmente comunichiamo una relazione, Michael Balint sosteneva che “quando un medico prescrive un farmaco, prescrive se stesso”. Prescrive quella che è stata definita “alleanza terapeutica”: l’accordo di mutuo riconoscimento dei ruoli, diversi ma con pari dignità, svolti dal paziente e dal medico. Come medico, riconosco al paziente la dignità di persona che ha un ruolo attivo

Una efficace comunicazione sanitaria non può prescindere da un’informazione chiara, tempestiva, adeguata e coerente.

Ma informare non basta più. Il nuovo cittadino-cliente, già cittadino-paziente, una volta semplicemente “il malato”, al medico e ai servizi sanitari ora chiede di più

nel processo di diagnosi e cura; come paziente, riconosco al medico l’autorevolezza tecnica di accompagnarmi nel percorso di guarigione.

Comunicare con il paziente vuol dire ascoltarlo come persona, con i propri schemi di riferimento, un suo vissuto, che va al di là del sintomo o dei motivi di una visita che spesso è solo un mezzo di partecipare un proprio disagio. Se non capiamo il contesto, la “vita” del paziente, ascoltandolo, è più difficile che questi accetti e segua i nostri consigli e le nostre prescrizioni. Numerosi lavori riportati in letteratura confermano che i pazienti che si sentono ascoltati sono quelli che più si adeguano ai trattamenti proposti, oltre naturalmente a essere più soddisfatti del proprio medico.

**“I medici sanno parlare però non sanno ascoltare”**  
(frase pronunciata da Nanni Moretti al termine dell’episodio “Medici” in Caro Diario, 1993)



Sappiamo tutti, per esperienza diretta, che i nostri ambulatori sono pieni di pazienti che “non hanno niente”, il cui sintomo è manifestazione di una sofferenza non solo fisica. In questa ottica la comunicazione rappresenta per il medico una sfida a “compromettersi” in una relazione profonda, ove, nel momento del bisogno, egli mette a disposizione del paziente non solo il sapere (competenza teorica), il sapere fare (competenza tecnica) ma anche, e soprattutto, come richiede una vera alleanza terapeutica, il sapere essere (competenza relazionale).

Comunicare con il paziente comporta dunque l'accettazione di un incontro terapeutico che cambierà entrambi gli interlocutori in un processo di crescita personale. Se non si accetta questa dimensione psicologica si vanifica buona parte del lavoro clinico che viene fatto. Tutto questo può suonare un po' “psicologese”, ma credo sia tempo di ri-cominciare a pensare che il nostro essere medici non può prescindere da una dimensione psichica, che è parte integrante della persona.

Come comunichiamo? Come “i pesci sono gli ultimi ad accorgersi dell'acqua: chi usa una lingua tende a vederla come un riflesso della realtà, non come qualcosa di costruito” – per utilizzare la metafora del grande filosofo austriaco Wittgenstein – così anche noi siamo talmente abituati al nostro modo di parlare che spesso dimentichiamo che le informazioni che esso veicola frequentemente non sono capite o quantomeno correttamente interpretate dal paziente. La nostra emittente trasmette in una lingua straniera che il paziente non è in grado di comprendere.

Il linguaggio deve dunque essere comprensibile, adattato alle capacità linguistiche e al livello culturale del paziente. La comunicazione, come accennato prima, deve prevedere dei *feedback*, ovvero dei momenti in cui l'interlocutore verifica che quanto sta dicendo viene recepito in modo corretto. Perciò durante il colloquio dovremo, ogni tanto, fermarci e tornare indietro nel discorso per capire se il paziente ha realmente compreso il senso di quanto gli abbiamo esposto precedentemente, secondo quella che è stata definita la tecnica del “go-

**“Sentirsi male sembra voler dire che il dolore impedisce l'ascolto di se stessi. La malattia conduce il suo corpo lontano, troppo distante per essere udito”**

*(Valerio Magrelli, Nature e venature)*

stop-back”. In questo senso, il silenzio, lungi dall'essere una perdita di tempo, è un mezzo che possiamo mettere a disposizione del paziente per farlo sentire a suo agio, per permettergli di approfondire alcuni dettagli di una prescrizione o di una terapia, di esporre le sue paure o preoccupazioni per gli effetti della malattia sulla sua vita. Un lasso di tempo esclusivamente dedicato al suo ascolto.

Forse dovremmo rivedere anche il nostro modo di fare l'anamnesi, che non dovrebbe esaurirsi nella conoscenza dei precedenti fisiopatologici ma dovrebbe contemplare anche il contesto in cui vive la persona che abbiamo davanti: agli aspetti lavorativi, alla situazione affettiva, ai motivi di insoddisfazione dovrebbe essere attribuita una dignità pari a quella degli esami di laboratorio. Alla fine della visita, il paziente dovrebbe essere invitato a fare dei commenti, a tracciare un bilancio dell'incontro e a stabilire insieme a noi gli obiettivi da raggiungere nel tempo.

Il linguaggio verbale è solo uno dei mezzi con cui comunichiamo: i gesti del nostro corpo, il modo di stringere la mano, di tenere le gambe, di guardare l'altro, parlano di noi molto più di quanto pensiamo. Nelle scuole di marketing si insegnano le tecniche per capire chi abbiamo di fronte: ha un atteggiamento di apertura nei nostri confronti oppure di aggressività? Tenta di nascondere qualcosa? È interessato oppure dà scarsa importanza a quanto stiamo dicendo? Queste tecniche si basano sulla capacità di “leggere” nelle diverse

sfumature il linguaggio non verbale, spesso meglio recepito di quello verbale, specie quando i due linguaggi sono in contraddizione tra loro.

Ricerche svolte anche in ambito medico indicano come i primi 5 minuti del primo incontro siano fondamentali per la riuscita di un rapporto. La durata di un'analisi psicoanalitica sembrerebbe addirittura influenzata dalla relazione che si instaura nei primi minuti. Un sorriso, una stretta di mano senza una scrivania che si frapponga tra medico e paziente, un discreto contatto fisico, l'andare incontro al paziente nella sala d'aspetto, una scrivania sgombra da carte e oggetti che possono rappresentare un ostacolo simbolico alla relazione, stare allo stesso livello visivo, sono tutti elementi che possono facilitare un buon inizio e la continuazione di un rapporto.

Di qui l'importanza di analizzare la nostra fisicità, per capire come, anche attraverso gesti apparentemente banali, avviciniamo l'altro. Teniamo le braccia conserte, le gambe incrociate, lo sguardo lontano dal viso del paziente, giochiamo con gli occhiali, allontaniamo il busto dalla direzione in cui si trova il paziente? Probabilmente stiamo “trasmettendo” una scarsa disponibilità al rapporto. Rendersi conto di avere una gestualità “distaccata” e modificarla è già un buon inizio per migliorare la nostra comunicazione.

Certo, la comunicazione medico-paziente è fatta di contenuti più complessi e profondi, che vanno alla radice delle nostre motivazioni personali, ma non dobbiamo sottovalutare l'importanza anche di quegli aspetti formali e tecnici che possiamo apprendere e migliorare, rendendo l'incontro terapeutico più soddisfacente per entrambi.



**Le dottoresse dialogano di più e meglio, ma in ostetricia-ginecologia i medici uomini sono più attenti alla sfera emotiva**

Le donne medico dedicano più tempo ai pazienti rispetto ai colleghi maschi, e questo sia in termini di durata delle visite, che di attenzione alla comunicazione e agli aspetti emotivi dei loro assistiti. Lo rilevano ormai numerosi studi in sanità, ma tra i primi a sottolinearlo fu uno studio condotto sulla rivista *Journal of American Medical Association* (Jama 2002; 288:756-764), che ebbe grande risalto sui media e che aprì la strada a molte analisi sulle differenze di genere nella comunicazione medica.

E se le dottoresse sarebbero più brave a relazionarsi con gli assistiti, secondo Jama questa differenza di genere non si riscontrerebbe tra i ginecologi e gli ostetrici che, anzi, mostrerebbero livelli di comunicazione centrata sulla sfera emotiva superiori a quelli delle loro colleghe, e questo potrebbe essere vero anche per alcune altre specialità, anche se, secondo l'indagine, esistono anco-

ra troppo pochi studi sulle differenze di genere nella comunicazione sanitaria al di fuori della medicina generale.

Le donne medico, soprattutto nella medicina generale, dimostrano una comunicazione più centrata sul paziente e le loro visite durano in media 2 minuti in più (10%) di quelle dei loro colleghi uomini, anche se dall'indagine non emergono differenze evidenti nella quantità, qualità o modalità di informazione biomedica fornita o di conversazione sociale.

Numerosi altri studi mostrano come le donne in camicia bianca abbiano un comportamento significativamente più partecipativo nei confronti dei loro pazienti. Puntano più degli uomini sul rapporto medico-paziente e investono più tempo ed energie in quella è definita l'area emotiva, alla quale però dedicherebbero altrettanta se non maggiore attenzione anche gli uomini ginecologi, a riprova che quella pubblicata su Jama non è un'affermazione femminista.

La maggiore sensibilità e capacità delle donne medico di interagire con i pazienti è peraltro confermata dagli psicologi delle Università inglesi di Coventry, Warwick e Leicester, secondo i quali le dottoresse sarebbero più brave anche quando si tratta di dare “cattive notizie”. Dallo studio, effettuato sulla base delle registrazioni di

32 dottori e 12 dottoresse impegnati in visite ambulatoriali, le donne hanno “una capacità di comunicazione decisamente superiore” rispetto ai colleghi maschi, che spesso sono “più attaccati ai fatti” e sottovalutano le reazioni emotive.

“Non è sempre vero che un medico donna comunica meglio col paziente. È possibile però dire che ad alcuni medici uomini farebbe bene un po' di addestramento extra su questo argomento”, ha dichiarato Sheila Bonas, ricercatrice dell'Università di Leicester, che ha collaborato alla ricerca. Infatti, se l'empatia può essere un aspetto innato di una persona e non di un'altra, tuttavia a comunicare si può imparare. Di questa opinione Judith Hall, della Johns Hopkins University, per la quale “c'è molto spazio per migliorare il modo con cui un medico, uomo o donna, dialoga con i malati”. Affrontando, magari, la questione anche in ambito universitario.



Il rapporto medico-paziente in ostetricia e ginecologia

# L'interazione umana come sistema

Nicola Grande, Giuseppe Fanizza,  
Elena Carovigno, Angela Pia Bellettieri\*  
Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia  
\* Unità Semplice "Sistema Qualità"  
Azienda Ospedaliera S. Carlo, Potenza

La comunicazione in Sanità è ormai considerata elemento imprescindibile del processo di miglioramento della qualità dell'assistenza. La comunicazione al malato non ha un significato puramente informativo, ma rappresenta un valore in sé, in quanto destinata a favorire la crescita della relazione interpersonale. In ambito ostetrico e ginecologico le relazioni interpersonali assumono una caratterizzazione particolare, dal momento che la "paziente" si trova al centro di diversi ambiti, da quello antropologico, come donna e come madre, a quello familiare, in quanto partner di una controparte che partecipa a pieno titolo al momento decisionale sulla gravidanza e/o all'intervento demolitivo, a quello politico-legislativo, in quanto "custode" della "persona-feto"

**D**a tempo ormai è riconosciuto alla paziente il diritto di partecipare alle decisioni riguardanti la scelta di trattamenti sanitari, diagnostici o terapeutici ed è largamente condiviso il principio bioetico di "autonomia", teso a promuovere il pieno rispetto dell'autodeterminazione dell'assistita. Con l'affermarsi dell'acquisizione del consenso si è consolidata la crisi del modello "paternalistico" della medicina e hanno cominciato a diffondersi modelli alternativi di rapporto medico-paziente, basati su una tendenziale uguaglianza tra gli interlocutori sul piano della libertà di decidere in tema di salute.

Condizione essenziale per garantire alla paziente la possibilità di assumere una decisione consapevole è che sia compiutamente informata riguardo alle proprie condizioni di salute e alle possibilità di trattamento disponibili, con correlati vantaggi e svantaggi.

Le persone hanno bisogno di essere informate e la buona pratica clinica consiglia che l'informazione sia graduale (così come generalmente nella nostra area di competenza è graduale il raggiungimento della diagnosi di certezza e della stadiazione corretta della neoplasia), adattata alla persona (per esempio perché le esigenze di informazione di una donna giovane sono diverse da quelle dell'anziana).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato tra le caratteristiche di "Qualità" dei presidi ospedalieri, anche la necessità di collaborazione da parte dello psicologo, sia per quanto riguarda la formazione e il lavoro sulle potenzialità del personale medico e paramedico, sia sul suo inserimento nella pratica quotidiana di reparto. Uno dei settori che ha avuto un importante sviluppo in questo senso è stato quello ostetrico-ginecologico che, di conseguenza, ha sentito subito la necessità di una collaborazione integrata con la psicologia.

A tal fine sono state poste in essere azioni e norme finalizzate all'umanizzazione delle strutture sanitarie e sono state avviate iniziative per migliorare il rapporto con i cittadini e la qualità dei servizi erogati a seguito delle sollecitazioni degli stessi utenti, più esigenti e desiderosi di ottenere attenzione e di partecipare alle scelte.

La persona che esprime un bisogno di salute risulta essere sempre in uno stato di particolare fragilità. Ciò determina che, anche laddove non ci siano bisogni sociali eclatanti o evidenti, esiste il bisogno di essere considerato persona, con il proprio bagaglio di cultura e di vita, in aderenza, peraltro, agli indirizzi dell'Oms che ha definito "la salute come uno stato di completo benessere fisico, psichico e relazionale non



consistente solo nell'assenza di malattia o di infermità". Il significato della stretta relazione interpersonale tra medico e paziente non potrà mai essere troppo enfatizzato, in quanto da questo dipendono un numero infinito di diagnosi e di terapie. Una delle qualità essenziali del medico è l'interesse per l'uomo e davvero "il segreto della cura del paziente è averne cura". È difficile catalogare, descrivere dettagliatamente, porre "capisaldi", riguardo il rapporto medico-paziente in quanto questa relazione di fiducia e di stima "reciproca" dipende da molti fattori (ben studiati dalla psicanalisi dove, ad esempio, la "relazione" viene denominata "transfert"), inerenti l'incontro tra le molteplici personalità sia di medici sia di pazienti. È possibile però, soprattutto per il medico, descrivere cosa predispone l'accadere di questa indispensabile "corrente energetica" finalizzata al miglior risultato possibile ovvero il ripristino o il mantenimento della salute.

## COMUNICAZIONE È ASCOLTO

In primo luogo è importante per il medico saper ascoltare, saper farsi "recettore" di tutto ciò che un paziente "porta" e cioè come descrive il problema, quali vissuti emotivi ha di questo, quali sono le sue interpretazioni, che svantaggi e, paradossalmente, anche che vantaggi ne ricava, quali enfattizzazioni ha di un sintomo piuttosto che un altro, quali sono le sue paure, le sue speranze, le sue delusioni, quanto investe emotivamente sulla risoluzione della malattia, quale è la sua vita (origini, istruzione, lavoro, famiglia, ambiente domestico), insomma, quale è in definitiva il suo "terreno globale" emotivo-affettivo-corporeo-sociale in cui "vive" ed è "vissuta" la malattia.

In secondo luogo praticamente in contemporanea con il primo il medico deve saper essere "neutro", e cioè essere privo di pregiudizi nei confronti del paziente che magari presenta stili di vita, attitudini e valori diversi dai suoi, anche in quei casi che, in ambito non medico, potrebbe

giudicare ripugnanti o negativi.

In terzo luogo il medico deve saper “comunicare” (attraverso disponibilità, espressione di attenzione sincera), spiegando al paziente, con un linguaggio accessibile a tutti, come procederà l’iter diagnostico, chiarendo il significato di esami, consulenze specialistiche, indagini strumentali complesse, ecc... e, in seguito, quale è la definitiva diagnosi e la conseguente terapia, o possibilità terapeutica, con tutti gli eventuali rischi che questa può comportare, senza promettere facili guarigioni.

## LA COMUNICAZIONE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA

L’etica professionale in medicina riconosce che un rapporto ottimale fra medico e paziente si esprime nella capacità del terapeuta di dare il meglio di sé nel prendersi cura della paziente, nel suo riconoscimento del diritto di essere correttamente informato e nel

stra società consiste nella necessità di assolute certezze circa il buon esito della gravidanza e/o del problema importante, al di là dell’obiettivamente realizzabile. Per l’opinione pubblica sembra incomprensibile che con gli strumenti tecnici raffinati di cui oggi i medici dispongono vi siano dei limiti obiettivi, senza tener conto che la medicina non è una scienza esatta e che ogni valutazione viene fatta per “possibilità”. Pertanto il rifiuto psicologico che qualcosa possa non andare bene rappresenta l’atteggiamento più comune, e questo condiziona molto spesso il comportamento del ginecologo e quindi l’instaurarsi di un rapporto chiaro e consapevole con la paziente.

Un primo distinguo sulla comunicazione, non per amore di semantica ma per ottimizzare i rapporti, dovrebbe esser fatto fra l’evento “fisiologico” e l’evento “naturale”. L’evento “fisiologico” nega nei termini la patologia, anzi ne è il contrario; è naturale invece ciò che appartiene agli eventi della natura e della natura umana che, in quanto tale, non raggiunge la perfezione, per cui conserva in sé una quota di fatalità blindata dalla previsione e dalla mano dell’ostetrico.

Il contenzioso è tutt’altro che marginale e in alcuni casi potrebbe diventare lacerante i rapporti medico-paziente, aggravando le incomprensioni e aprendo la strada a controversie medico-legali quando le aspettative della paziente non si realizzano. Per superare questa problematica potrebbe essere utile un maggior impegno del medico nel porre basi più profonde al suo rapporto con la gravida, valutando con attenzione le caratteristiche psicologiche specifiche di ciascuna donna.

In questo ambito, gli strumenti a disposizione del medico (scienza, coscienza e esperienza) sono spesso insufficienti, per cui è diventato assolutamente prioritario che egli si avvalga di una buona cultura e tecnica nella scienza della comunicazione. Il rapporto tra comunicazione e medicina è sempre più viziato dal paradosso secondo cui con l’aumentare delle conoscenze e con la necessità delle iper-specializzazioni aumentano anche complessità e difficoltà di comunicare.

In un sistema così complesso la figura preponderante, oltre alla paziente stessa, deve essere il ginecologo, non gineceo-iatra ma medico con la cultura per affrontare e unificare tutti i problemi di salute e benessere della donna, figura unificante dell’universo gravidanza. Sebbene non sia in discussione l’approccio culturale, diventa tuttavia necessario, per tutto quanto detto, un buon approccio comunicativo basato sulla fiducia e sulla reciproca chiarezza. I manuali di scienza della comunicazione definiscono efficace una comunicazione: chiara, flessibile, empatica e soprattutto mirata al target. Una siffatta comunicazione tra ostetrico/ginecologo e paziente riconosce infatti la soggettività delle persone e l’appartenenza ai rispettivi ruoli, riempiendo spesso un gap relazionale che ha delle ricadute sull’efficacia dell’intervento medico e sulla *compliance* della paziente.

È doveroso comunicare e cercare di farlo al meglio, senza porsi in posizione autocentrica perché solo così il processo comunicativo andrà a buon fine e si otterranno relazioni efficaci con gli altri.

Comunicare infatti non è solo “informare”, cioè aprire un semplice e unidirezionale canale di trasmissione per l’ascolto; ma vuole dire anche ascoltare, per-

mettere agli altri di prendere la parola, creare un ponte virtuale in cui la notizia passi dall’erogatore al fruitore senza subire distorsioni.

Il processo di comunicazione sottende un passaggio di notizie e di messaggi che vengono erogati, spiegati e recepiti per essere applicati o comunque elaborati. Non si verifica solo uno scambio di informazioni ma anche un processo di empatia, utile al raggiungimento di risultati favorevoli in un’ottica di soddisfazione dei bisogni reali dell’interessata.

La relazione medico-paziente si realizza mediante la comunicazione verbale e non verbale. Il complesso rapporto di natura circolare si realizza in un contesto che influenza il significato del messaggio: i dati della comunicazione non sono soltanto le parole, le loro configurazioni e i loro significati (dati della sintassi e della semantica), ma anche gli aspetti non verbali quali il linguaggio del corpo, il comportamento e tutti quei segni di comunicazione inerenti al contesto in cui avviene la relazione.

La comunicazione tra medici e pazienti è un grosso nodo etico, prima che un problema di virtù personali,

**La comunicazione tra medici e pazienti è un grosso nodo etico, prima che un problema di virtù personali, di tecniche comunicative e di organizzazione assistenziale**

di tecniche comunicative e di organizzazione assistenziale. La comunicazione della verità al malato non ha un significato puramente informativo, ma ha valore in sé, in quanto destinata a favorire la crescita della relazione interpersonale.

Non ascoltare adeguatamente i pazienti è divenuta un’abitudine cronica nella condotta dei medici; il medico interviene, generalmente, dopo 30 secondi dall’inizio del racconto

del malato.

La reciproca fiducia e il saper ascoltare, oltre al riconoscimento della competenza professionale del medico e dell’autonomia decisionale del malato, sono i cardini del modo, consapevole e partecipato, di vivere la condizione di malattia e di intraprendere la cura.

## PRINCIPI ETICI DELLA COMUNICAZIONE

Alla base dell’agire professionale vi sono valori e principi etici: dignità della persona umana, libertà, uguaglianza, solidarietà, sussidiarietà, partecipazione, su cui fondare l’attività professionale.

Negli ultimi anni l’acquisizione delle capacità che permettono un’adeguata comunicazione sanitaria viene considerato elemento imprescindibile del processo di miglioramento della qualità dell’assistenza.

L’atteggiamento largamente prevalente in passato (e in molti casi tuttora persistente) era contrassegnato dall’occultamento della verità sotto la forma della reticenza e del silenzio o della cosiddetta “menzogna pietosa”. La comunicazione della diagnosi e della prognosi veniva considerata come un’inutile forma di crudeltà, perché destinata a generare processi di destabilizzazione o stati di depressione e di angoscia paralizzanti, che impediscono al malato di continuare a lottare e rischiano di accelerare il suo cammino verso la morte. Oggi l’alleanza medico-paziente si basa sul principio etico di autonomia del malato, che è alla base della moderna etica medica. Si rinuncia così al paternalismo medico che nel corso dei secoli ha visto il medico sostituirsi, nelle decisioni più importanti, al malato.



Comunicare significa creare un ponte virtuale

rispetto della sua autodeterminazione nella scelta delle terapie.

In ambito ostetrico e ginecologico le relazioni interpersonali assumono una caratterizzazione particolare, dal momento che la “paziente” si trova al centro di diversi ambiti, da quello antropologico come donna e come madre, a quello familiare in quanto partner di una controparte che partecipa a pieno titolo al momento decisionale sulla gravidanza e/o all’intervento demolitivo, a quello politico-legislativo in quanto “custode” della “persona-feto”.

Tali relazioni non hanno peraltro carattere stabile, ma si modificano nel tempo in rapporto alle istanze sociali, alla storia, alla cultura e alla situazione economica della nazione; di fatto le aspettative della donna di oggi gestante e/o con patologia ginecologica importante è totalmente diversa da quelle di soli sessant’anni fa.

L’atteggiamento psicologico più diffuso oggi nella no-

## Consenso informato: dal paternalismo medico all'autodeterminazione del paziente

La volontà del paziente è oggi uno degli aspetti a cui si dà grande importanza, tanto che la stessa istituzione del consenso informato è considerato il punto di unione degli aspetti etici, deontologici e giuridici che all'interno del rapporto tra il medico e il paziente mirano a salvaguardare la libertà e la volontà del paziente. Esso si pone come principio della medicina e come modello di relazione terapeutica. Attualmente il termine consenso informato, pur sempre derivando dal verbo consentire, ossia sentire insieme, sentire con il paziente, ha assunto una valenza molto più ampia; alla valutazione degli aspetti etici e deontologici del rapporto medico-paziente si è, infatti, aggiunta la necessità di rispondere al concetto di bisogno sanitario, inteso come evoluzione professionale, tecnica ed economica-finanziaria. Il consenso informato è condizione e fondamento di legittimità dell'atto medico e requisito indispensabile della relazione medico-paziente. Esso presuppone che l'informazione data all'assistito sia un'approfondita e dettagliata descrizione della malattia e della terapia, nonché delle terapie alternative e delle conseguenze possibili e probabili della terapia e della non terapia; il tutto facendo uso di un linguaggio semplice, chiaro, comprensibile e adeguato all'età, alle condizioni e alla cultura del paziente. Informazione, diagnosi, libertà di autodeterminazione, scelta e composizione dei propri interessi rappresentano sequenze ordinate di un processo comunicativo che acquista un

significato di ampio respiro etico, deontologico e giuridico: la dottrina a proposito della fondazione etica della comunicazione medico-paziente ha rilevato come la moderna medicina sia caratterizzata da un impoverimento del processo comunicativo, attività tipicamente umana, ma percepita secondo un modello contrattualistico, che se da un lato pone in luce chiaramente quali siano i diritti e i doveri che corredano lo sfondo della relazione medico-paziente, dall'altro sfocia pericolosamente nella disumanizzazione tipicamente riconducibile alla medicina post-moderna.

I pazienti lamentano l'attuale snaturarsi della relazione di cura in un incontro impersonale, anonimo e umanamente disimpegnato tra prestatore e fruitore dell'opera. Nella visione classica il consenso informato viene considerato come condizione e fondamento di legittimità dell'atto medico e come requisito indispensabile della relazione medico-paziente in un'ottica di rifiuto del paternalismo. Il principio etico di autonomia, alla base della moderna etica medica, è espressione della rinuncia definitiva al paternalismo medico che nel corso dei secoli ha visto il medico sostituirsi alla persona malata nelle decisioni più importanti privandola del diritto di decidere se e come essere curato.

Oggi il medico è sollevato dall'onore di prendere importanti decisioni per la salute e la vita del paziente e deve curare il paziente solo nel modo in cui il paziente decide per se stesso.

La conoscenza della propria situazione costituisce infatti un fattore decisivo del processo del "curare", che esige una diretta assunzione di responsabilità da parte del malato.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica propone alcuni standard per fornire le informazioni al paziente:

- uno standard professionale: ciò che la comunità scientifica ritiene essenziale; generalmente l'informazione espressa in un linguaggio tecnico-medico diviene però incomprensibile e inadeguata all'uomo "medio" poiché richiede un livello di conoscenze che pochi pazienti possiedono
- uno standard medio: forma comunicativa diretta alla persona con un livello culturale "medio"; si basa sull'informazione che una persona comune può voler sapere e potrebbe comprendere
- uno standard soggettivo: la comunicazione è diretta a fornire le informazioni che il paziente riesce a comprendere, in base alle quali possa decidere. Si tratta di un'informazione adeguata e soggettiva che rischia di pendere verso una deformazione paternalistica e un'incompletezza scientifica dei contenuti informativi. Gli attuali orientamenti tendono a prediligere questo ultimo tipo di standard.

La conoscenza della verità deve far parte di un percorso comunicativo che conduce alla disponibilità e alla possibilità da parte del paziente di conoscere la propria situazione. I familiari possono essere informati solo nei termini e nel modo che il paziente, unico titolare di questo diritto, stabilisce previamente. Prima di fornire informazioni ai familiari del paziente, salvo casi particolari, è indispensabile conoscere il desiderio del paziente in proposito.

Esistono due situazioni in cui la paziente ha diritto a

### CONQUISTA ETICA O FORMALITÀ BUROCRATICA?

Il consenso informato è diventato un requisito etico centrale della relazione medico-paziente. Ma è ancora diffusa la tendenza a considerarlo, tra i medici, una fonte di intralcio nella pratica quotidiana e di conseguenze negative sul piano della responsabilità professionale, tra i pazienti, come una formalità e/o uno sgravio di responsabilità da parte dei sanitari e della struttura.

non essere informato sulla sua situazione. La prima condizione riguarda il cosiddetto "privilegio terapeutico", vale a dire quella situazione per cui il paziente non viene informato per escludere un grave pericolo che potrebbe derivargli dall'essere informato sulla gravità della propria malattia. Naturalmente per poter escludere la paziente all'informazione sul proprio stato di salute è necessario che esistano elementi oggettivi di giudizio in possesso del sanitario, che assume una così grave decisione. Dovranno essere documentati precedenti di malattia psichiatrica grave o atti di autolesionismo precedenti per poter privare il paziente del suo diritto ad essere informato.

La seconda situazione in cui la paziente ha diritto a non essere informata è quando rinuncia esplicitamente a tale diritto. Può avvenire in modo espresso:

la paziente chiede apertamente di non essere informata sulla gravità della malattia o delega altre persone al suo posto, ma può anche essere inespressa: la paziente si limita a non fare domande sul proprio stato di salute. È evidente che in quest'ultimo caso dobbiamo essere ben certi di aver dato al paziente tutta la nostra disponibilità a domandare.

Naturalmente questa rinuncia della paziente ad essere informata è suscettibile di revoca in ogni momento. In ogni caso, se si realizza l'evenienza che la paziente rinuncia ad essere informata, o se si assume la decisione di non informarla per tutelare la sua salute, sarà indispensabile annotare in cartella questi fatti.

La podestà di curare, di cui i medici sono investiti, trova indiscutibilmente un limite nella volontà del paziente, purché psicicamente capace, di autodeterminarsi in relazione ai propri bisogni di salute, salvo i casi di trattamenti obbligatori previsti dalla legge o dalle situazioni di urgenza che ne mettono in grave pericolo la salute e la vita. Nella Costituzione italiana gli articoli 13 e 32 fanno riferimento alla inviolabilità della libertà personale e all'invulnerabilità del rispetto della persona umana.

Nella Carta dei Servizi Pubblici sanitari del 1995 gli articoli 4 e 5 affermano che la paziente ha "il diritto di ottenere dal sanitario che lo cura informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi, alla terapia e alla prognosi e, salvo casi d'urgenza, il paziente ha il diritto di ricevere le notizie che le permettano di esprimere un consenso effettivamente informato..."

Nella Convenzione Europea sui Diritti dell'uomo e la biomedicina (adottata il 20 settembre 1996 dal Consiglio d'Europa) l'articolo 5 cita: "un intervento non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato libero e informato consenso (...) avendo ricevuto preventivamente un'informazione adeguata in merito allo scopo e alla natura dell'intervento (...) la persona interessata può in ogni momento ritirare il consenso".

### L'INTERAZIONE UMANA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Parlare di "Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia" oggi, significa parlare di un luogo nel quale la donna vive esperienze, oltre che medico-sanitarie, anche emotive, fisiologiche-affettive e quindi psicologiche. Situazioni eclatanti di patologia ostetrica impongono un consenso personalizzato come nel caso di "placenta praevia centrale" (40 casi personali), di "inversione uterina" e "taglio cesareo demolitore" in donna Testimone di Geova, di "rottura d'utero a 27 settimane di gravidanza in precedente miomectomia laparoscopica", di "paziente in coma per emorragia cerebrale con MEF a 24 settimane", di "DIPNI in trigemina", di "aborto settico a 20 settimane di gravidanza e taglio cesareo", di "mioma praevio occludente lo scavo pelvico con minaccia di aborto inevitabile a 19 settimane di gravidanza e taglio cesareo" e in casi di prematurità estrema. In queste ultime situazioni, in particolare, l'attività del nostro "Dream Team" ha consentito l'ottimizzazione del risultato e la soddisfazione della paziente e anche dei suoi familiari.

In questi ultimi anni si parla di "Buona Nascita" che contempla il concetto di benessere globale, mirato ad apportare soddisfazione alle donne e, al tempo stesso, agli operatori, in un contesto che aumenta non solo l'indice di gradimento, ma anche la sicurezza. L'Ostetrico è l'operatore che più di ogni altro è chiamato al contatto diretto e continuativo con la



## COSTRUIRE UN'ALLEANZA TERAPEUTICA

Perché si realizzi una comunicazione è richiesto che vi sia interattività e scambio, che si crei un contatto e vi sia trasmissione reciproca di qualcosa, la presenza di qualcosa di comune, la condivisione di idee e sentimenti. Sono tre i momenti eticamente significativi della comunicazione medico-paziente che rispettivamente prevedono: il riconoscimento dell'altro come persona, qualcuno di estremamente prezioso e degno di rispetto, da considerare nella sua totalità e integrità; la costruzione di una vera



e propria alleanza terapeutica, con l'identificazione di un compito comune, condiviso e definito: il miglioramento o la riconquista della salute; la diversificazione e accettazione dei rispettivi ruoli: da una parte chi cura, dall'altra chi ha bisogno di essere curato. Rimangono come riferimenti imprescindibili nel concreto del rapporto medico-paziente: il primato del bene del paziente che, se non l'unico, è il fine ultimo della medicina, e il rispetto pieno dell'autonomia del paziente.

donna, soprattutto nelle fasi del travaglio, ed è sicuramente consapevole, perché lo ha sperimentato innumerevoli volte, che la relazione sensibile e orientata è talvolta risolutiva ai fini di una Buona Nascita, esattamente come una competenza tecnica applicata con puntualità. Ma, ovviamente, la Buona Nascita è un concetto molto ampio, che necessita della sinergia di più professionalità ed è l'espressione del lavoro di un gruppo interdisciplinare.

In ginecologia oncologica, la relazione medico-paziente, non improntata a formalismo e rigidità, va incontro nel corso della malattia ad oscillazioni emotive e affettive che ne segnalano sia la forza che la vulnerabilità. In questo percorso è necessario che medico e paziente riescano a ricomporre e a rielaborare pensieri che riguardano realtà e fantasia, guarigione e inguaribilità, speranza e disperazione, coinvolgimento e distanziamento, fattori questi che potrebbero met-

tere in crisi il rapporto. Una relazione effettivamente terapeutica deve poterli considerare, contenere e ricomporre in modo soddisfacente non solo per la paziente ma anche per il curante. Quest'ultimo non può esimersi dall'interrogarsi sul senso della malattia, del dolore e della sofferenza umana, problematiche che sfuggono all'interesse oggettivante della clinica, ma che attengono alla dimensione psicologica della relazione. Nessuna esperienza come in ambito oncologico può essere così formativa per il medico, nel senso di una sua trasformazione interiore, se lo aiuta ad interrogarsi sulla malattia e sulle modalità di presa in carico del malato. Anche l'Oncologia Ginecologica, grazie al miglioramento dell'aspettativa di vita, è diventata una Medicina di tipo misto: da un lato di pronto intervento chirurgico, dall'altro di prosecuzione (nel trattamento chemioterapico, nel follow-up, nelle cure palliative). Ciò comporta saper utilizzare sia il mo-

dello biomedico che il modello psico-biologico, oltre a quello psico-sociale e pedagogico, permettendo quindi la gestione unitaria della persona malata in tutti i suoi aspetti, reali e condizionanti: comportamenti, vissuto (esperienze, rappresentazioni, credenze) e condizione sociale. La tipologia stessa delle pazienti affette da tumore ginecologico condiziona il comportamento dei curanti; buona parte di loro sono donne in età matura, nel pieno delle loro facoltà di giudizio e critica, recuperabili alla vita piena benché condizionata dalla diagnosi, in grado di elaborare la loro esperienza di malattia e di relazione con l'ambiente sanitario al di fuori di un rapporto paternalistico.

Ci sono inoltre eventi, nel rapporto con la paziente, che il medico deve considerare attentamente per prevenire possibili reazioni emotive che, se non sufficientemente controllate, potrebbero compromettere la compliance, la fiducia nei suoi confronti. La comunicazione della diagnosi al paziente è uno di questi.

È comprensibile che non sia facile comunicare un'informazione che inevitabilmente determinerà ansia, angoscia, insicurezza in chi la riceve e in coloro che a diverso titolo hanno rapporti con la persona ammalata, però la dicotomia tra verità scientifica e verità da condividere con l'ammalata sembra oggi superata proprio grazie ai progressi della medicina. La psico-oncologia si sta attualmente impegnando per l'umanizzazione dell'ospedale, per attenuare la sofferenza dei malati di tumore e di tutti coloro che ne sono indirettamente coinvolti (familiari, operatori sanitari). Solo se la paziente percepisce l'accettazione e l'empatia che il medico prova per lei il processo terapeutico ha inizio. Sentire vicino il rispetto e il calore di una persona che riesce a capire la sofferenza senza giudicare attenua il dolore. Solo le capacità empatiche, l'intuito, l'interesse mostrato verso la persona ed infine la capacità di comunicare non verbalmente e curare anche con le parole e con i gesti, rendono insostituibile il ruolo del ginecologo-essere umano.

## COMUNICAZIONE E BENESSERE ORGANIZZATIVO

### Come migliorare la qualità della vita sul luogo di lavoro attraverso la comunicazione

**Nel reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda S. Carlo di Potenza abbiamo creato il "Dream Team" il cui punto di forza si basa su una comunicazione efficiente tra le diverse figure professionali anche grazie al Sistema Qualità Aziendale, adottato come scelta strategica dalla Direzione aziendale**

Un'organizzazione può essere idealmente rappresentata da un iceberg in cui i tratti affioranti sono costituiti dalle variabili "hard" che ne definiscono l'assetto organizzativo, dunque: la struttura, i ruoli, i prodotti/servizi, la tecnologia e le procedure. Mentre gli elementi "sommersi" sono costituiti dalle cosiddette variabili "soft", ovvero: gli atteggiamenti, l'ideologia, la cultura, i sentimenti, l'immagine, il clima, i valori, le norme di gruppo.

L'efficienza, l'efficacia e l'economicità, cioè i principi fondativi che devono orientare l'agire pubblico, sembrano dipendere da un mix di entrambe le tipologie di variabili, *hard* e *soft*, le quali sembrano intrinsecamente legate e co-dipendenti.

Parallelamente ai mutamenti di contesto che stanno investendo negli ultimi decenni la sfera pubblica, infatti, si sta assistendo ad una contestuale spinta evolutiva

delle forme organizzative: da strutture meccaniche a strutture organiche; da strutture prevalentemente incentrate sulla gerarchia come principale leva di integrazione, a strutture basate sulla comunicazione – verticale, orizzontale e trasversale – come variabile fondamentale per la gestione delle interdipendenze reciproche tra unità organizzative, ruoli e profili professionali differenti. Ai processi di specializzazione si affiancano processi di integrazione e gestione organica delle interdipendenze.

In questo contesto, il fattore umano acquista un'importanza fondamentale quale leva cruciale per il successo dell'organizzazione e il buon funzionamento dei suoi elementi strutturali, sia in base ad una prospettiva sociale, sia individuale. La capacità di perseguire il miglioramento del benessere organizzativo nelle sue molteplici componenti e sfaccettature rappresenta un aspetto determinante per lo sviluppo e l'efficacia organizzativa, che influenza positivamente la capacità dell'organizzazione stessa di adattarsi ai mutamenti del contesto di riferimento.

Il Programma Cantieri del Dipartimento della Funzione Pubblica ha messo a punto, attraverso un Laboratorio e la successiva redazione di una guida me-

todologia, un modello di misurazione del livello di benessere organizzativo che caratterizza una determinata organizzazione.

Nel modello concettuale proposto, la comunicazione, nelle sue molteplici forme, contribuisce fattivamente alla determinazione di organizzazioni "in salute". A questo proposito, le dimensioni prese a riferimento per misurare il livello di benessere/malessere di un'organizzazione, tra le altre, sono:

- l'ascolto: inteso come strumento per la raccolta delle esigenze e delle proposte dell'utente interno, per favorirne la partecipazione alle scelte e alle politiche dell'amministrazione
- la comunicazione interna: come strumento che incide sulla capacità di circolazione e condivisione delle informazioni all'interno dell'organizzazione, sulla capacità di diffondere valori e culture organizzative condivise
- la comunicazione organizzativa: dimensione che agisce, da un lato, sulla qualità delle comunicazioni orizzontali, tra settori differenti e, dall'altro, sulla qualità delle comunicazioni verticali, tra profili gerarchicamente differenti
- la comunicazione interpersonale: dimensione che incide sulla capacità di instaurare relazioni interpersonali "collaborative e soddisfacenti"
- la gestione dei conflitti: dimensione che incide sulla capacità di prevenire e gestire le eventuali situazioni relazionali critiche.



**Humberto R. Zanetti**  
**Giulio Lanzi**  
*Aurelia Hospital U.O.C.*  
*Ostetricia e Ginecologia, Roma*

mente didascalico. Non c'è un modo giusto per dare una buona o una cattiva notizia: esiste solo una buona o cattiva comunicazione.

Le definizioni proposte di "cattive notizie" in campo sanitario sono diverse, e tutte presentano dei limiti. Quel che è certo è che il concetto di brutta notizia dipende in gran parte da una serie di valutazioni del paziente o dei suoi familiari, dalla storia e dal vissuto della paziente, dalle sue aspettative, dal suo schema di valori di riferimento esistenziale. Talvolta, una notizia che a noi, abituati ai drammi della sala parto, può sembrare solo importante per il paziente invece può essere devastante. È per questo motivo che, a nostro avviso, è preferibile usare il termine "notizia sensibile", proprio per indicare un'informazione il cui impatto dipenderà molto da chi la riceve. Da qui, come diremo più avanti, la necessità di avere informazioni sulle aspettative della paziente, sui suoi progetti, in sintesi, sul suo mondo interiore.

Perché è così difficile dare cattive notizie, o meglio, notizie sensibili?

Molte sono le ragioni delle difficoltà e delle paure che i medici, i *feared doctors*, come dicono gli anglossassoni, incontrano.

- Paura degli effetti delle cattive notizie sul decorso della malattia
- Paura di essere inadeguati nell'affrontare tematiche relative alla morte o all'handicap
- Paura personale della morte
- Paura di perdere l'aura di infallibilità e onnipotenza
- Paura di affrontare un colloquio ad elevata emotività
- Mancanza di training generale (comunicazione medico-paziente) e/o specifico sul tema
- Precedenti esperienze di morte sia nella vita professionale che personale
- Senso di fallimento quando la professione medica è associata al successo clinico e al benessere
- Paura che stralci del colloquio possano essere usati in un eventuale contenzioso

Chiediamoci ora quali sono le condizioni che influenzano nella trasmissione e ricezione di notizie sensibili.

Landamento di un colloquio che ha per oggetto notizie sensibili dipende da una serie di variabili che il medico non sempre può conoscere, ma che certamente deve tener presenti in quel particolare momento. Analizziamole sinteticamente.

*Il medico:*

- Conosce le proprie modalità di risposta a stimoli emotivi?
- Qual è il suo modo di vedere la morte, l'handicap, la diversità?
- Qual è la sua modalità di percepire il proprio ruolo?
- Considera la medicina sempre legata al benessere e alla salute?
- Ha aspettative ragionevoli nei confronti della sua professione?

*Il paziente*

- Cosa e chi vede nel medico?
- Quali sono le sue aspettative nei confronti della medicina?
- Quali sono i suoi punti di riferimento?
- Quali le sue condizioni socio-economiche?
- Qual è la sua storia personale?
- Quale la sua maniera di rispondere a stimoli emotivi?

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una serie di trasformazioni importanti del rapporto medico paziente. Siamo passati da un atteggiamento paternalistico ad uno partecipativo, cui il medico non era abituato: due "dialoganti" che si trovano sullo stesso piano, con pari dignità ma con ruoli differenti. A questo proposito, basterebbe pensare ai nuovi scenari aperti da tutte le problematiche relative al consenso informato

Dare cattive notizie è un compito arduo nella pratica clinica, ma è inevitabile, dato che la medicina, al di là dei nostri sforzi, né oggi né, mai probabilmente potrà, guarire tutti. Avremo sempre delle persone cui comunicare brutte notizie, persone che ne soffriranno e che, da noi medici si aspettano, innanzitutto, partecipazione.

La "compassione" intesa nel vero senso etimologico, è l'essenza della nostra professione. Nella storia di ogni rapporto medico-paziente c'è sempre, prima o poi, un momento in cui la tecnica non ha più niente da dire, e resta solo il conforto che il medico può dare al paziente, mettendosi in gioco, in prima persona, all'interno di questa relazione.

La "cattiva" notizia è una sfida per il medico, e lo è anche per il paziente. Il medico si trova in qualche modo a dover ammettere la propria sconfitta e la propria incapacità finale davanti alla morte. Il paziente, o il congiunto, devono invece confrontarsi con un evento che cambierà la loro vita in modo significativo, vanificando progetti, aspettative e soddisfazioni future.

La comunicazione di notizie "sensibili" va inquadrata nella più ampia tematica della comunicazione medico-paziente. Astrarne questo aspetto ha un significato mera-

## COME COMUNICARE UNA NOTIZIA SENSIBILE

Allo stato attuale poche linee guida relative alla comunicazione di cattive notizie sono state validate scientificamente: meno del 25% delle ricerche presenti in letteratura sono basate su ricerche e quasi tutte presentano evidenti limiti metodologici. Inoltre, quasi sempre le ricerche si basano su osservazioni condotte in oncologia. Una ragione della scarsità di studi validati è che le variabili da sottoporre ad analisi sono estremamente numerose.

Fatte salve le limitazioni sugli studi effettuati e sulla loro mancata verifica scientifica, vediamo i momenti che possiamo identificare nel processo comunicativo, tenendo presente che è fondamentale la cornice in cui le notizie vengono date e che la notizia sensibile rappresenta solo un segmento della comunicazione.

Lo schema che segue è quello che è stato più volte ripresentato in letteratura con alcune varianti. Questo schema di comportamento proposto si situa tra due estremi, entrambi "doctor oriented": nel primo, il medico cerca di proteggere il paziente nascondendogli, in modo minore o maggiore, la verità. Nel secondo, la verità è detta nuda e cruda, senza tener conto delle necessità del paziente. La modalità proposta è più orientata al paziente e punta a capire se, e in che misura, vuole sapere, quali sono le sue aspettative, i suoi punti di forza e di debolezza, e, di conseguenza, cerca di adattare la comunicazione a questi scenari.

Va però sottolineato che, come in qualunque forma di comunicazione e interazione umana, i processi sono ben più complessi di quanto li si possa schematizzare e che, frequentemente, lo scenario che si presenta è diverso da quello immaginato. Di qui la necessità di essere flessibili e di adottare, via via, quei comportamenti che meglio si attagliano alla situazione che abbiamo davanti, che, con tutta probabilità, muterà di continuo.

**Primo: prepararsi!** Arrivare preparati all'incontro con il paziente può aiutarci a gestire l'ansia e la paura che certamente un colloquio di questo tipo determina. Il fatto che il paziente e i suoi familiari percepiscano che si tratta di un momento "privilegiato", dà loro la conferma che il medico è emotivamente coinvolto e disponibile in modo incondizionato.

A tal fine, è utile tener presente alcune buone regole.

- Prepararsi a quanto deve essere detto al pari di una lezione o di una relazione
- Non delegare
- "Never on friday"
- Non esiste un tempo buono per dare notizie sensibili, ma certamente esiste un tempo cattivo per darle
- Sollecitare per primi l'incontro per evitare scenari del tipo: "voglio parlare con un medico"
- Creare uno spazio temporale e fisico per l'incontro
- Niente telefonino e altre interruzioni
- Ambiente tale da permettere la privacy
- Non frapponere un tale incontro tra due impegni importanti
- Permettere e suggerire che altre figure siano presenti all'incontro (amici, parenti, etc)
- Conferma dei dati clinici attraverso una breve descrizione degli eventi, delle procedure, dei risultati
- Conferma che tutti i dati a disposizione sono disponibili e aperti alla discussione
- Ricordare che uomini e donne comunicano in modo differente: più legato all'azione l'uomo, più agli aspetti emotivi la donna.

### Secondo: chiedersi cosa sa il paziente

Conoscere il livello di percezione delle condizioni clini-

che da parte del paziente e dei suoi parenti ci permette di dosare la quantità di informazioni da trasferire, tenendo presente che le informazioni possono essere date a più riprese. È utile perciò cercare di sapere cosa sa realmente il paziente (e/o i suoi familiari) della sua malattia ponendogli alcune domande del tipo:

- Cosa sa/sapete della malattia?
- Come descriverebbe/ro la malattia?
- È/siete preoccupati della malattia, dei suoi sintomi, delle conseguenze
- Cosa hanno detto altri medici sulla malattia, sulle procedure effettuate?

### Terzo: chiedersi quanto vuole sapere il paziente

Il paziente elabora le informazioni che riceve in base alla propria cultura, religione, classe socio-economica e, soprattutto, tratto psicologico. Gli va perciò lasciata la libertà di richiedere in prima persona tutte le informazioni che desidera, oppure di delegare a tal fine una persona. Potrebbe decidere di non far sapere nulla alla famiglia, oppure solo al marito e non ai figli ecc. Per sapere cosa vuole basterà porgli queste domande:

- Se le cose dovessero volgere al peggio quanto vuole sapere?
- C'è qualcun altro che vuole che sappia?
- Vuole che lo sappia la sua famiglia?

### Quarto: condividere le informazioni

Questo è punto cruciale nella comunicazione di informazioni sensibili, da cui dipende il proseguimento del rapporto medico-paziente e la soddisfazione da parte del paziente. Dovremo perciò tener presenti alcuni accorgimenti:

- Iniziare il colloquio con una frase (warning shot) propedeutica
- Purtroppo non ho buone notizie
- Le risposte degli esami confermano le nostre peggiori previsioni
- Quello che temevamo purtroppo è stato confermato
- Dare le informazioni in modo diretto ed empatico
- Non tutte le informazioni in un lungo singolo monologo
- Tecnica del go-stop-back
- Controllare frequentemente il livello di comprensione
- Usare un linguaggio semplice, e privo di tecnicismi
- Usare il linguaggio del corpo (Prosemica, Fisicità, Uso della voce e degli occhi)
- Usare le parole cancro e morte
- L'espressione "mi dispiace" può essere interpretata come forma di distacco, dovremo perciò cercare di personalizzarla.

### Se la famiglia non vuole che il paziente venga informato.

Pochi argomenti risentono dei nuovi scenari comunicativi quanto il dire o nascondere la verità alla paziente. Al medico è richiesto un grande equilibrio. Infatti nel momento in cui viene fatta questa richiesta il medico si trova letteralmente tra tre fuochi: la necessità di salvaguardare "la sua alleanza" con il paziente che rappresenta il principale interlocutore, mantenere rapporti positivi con la famiglia e l'obbligo di ottenere un consenso valido.

Va ricordato che il nascondere informazioni non è accettabile né da un punto di vista etico né da un punto di vista legale. Può essere utile inserire in cartella un foglio con la domanda a chi debbano essere date le informazioni cliniche.

**Comunicare una prognosi.** Le domande più frequenti che il paziente ci pone quando gli comunichiamo delle notizie sensibili riguardano la prognosi della malattia o dell'evento avverso:

- Quanto mi resta da vivere?
- Quali gli effetti della trisomia 21 sulla qualità di vita di mio figlio?

- Quali gli effetti della mia neoplasia sulla possibilità di avere figli?

La prima cosa che dovremmo chiederci prima di comunicare una prognosi è se il paziente vuole essere rassicurato o vuole pianificare la propria vita. È bene ricordare, in linea con l'esperienza clinica di ciascuno di noi, che non sempre la prognosi è corretta, per quanto accurati possiamo essere. Cerchiamo dunque di non fare affermazioni troppo precise o perentorie, lasciando sempre un margine alle possibilità offerte dalle terapie e proponendo un *range* temporale il più ampio possibile.

**Rispondere alle emozioni.** Questo aspetto è molto importante in momenti così delicati e lascerà delle ripercussioni che si protrarranno per molto tempo sulle persone coinvolte.

Le reazioni del paziente e/o dei suoi familiari di fronte a notizie sensibili sono mediate dalla cultura e legate al carattere e alla psicologia degli individui. È bene che queste reazioni si verificano, ed è dimostrato che tanto più rapidamente si manifestano tanto più velocemente il paziente è in grado di elaborare l'idea della perdita. Vanno quindi considerate normali e non vanno frenate. Possono essere risposte affettive: pianto, rabbia, ansietà, tristezza o cognitive: negazione, senso di colpa, incredulità, paura, vergogna, senso di perdita, intellettualizzazione, chiusura in se stessi e silenzio.

Di fronte a queste reazioni dovremo mostrare la nostra empatia, utilizzando espressioni come:

- Vorrei tanto che le notizie fossero differenti
- Vuoi dirmi come ti senti?
- Queste notizie ti colpiscono?

Dovremo inoltre riuscire a lasciar trascorrere il tempo sufficiente affinché queste reazioni si manifestino, senza avere paura del silenzio, che, a volte, può essere una forma molto intensa e profonda di comunicazione.

**Programmare nuovi incontri.** Alla fine del primo incontro è fondamentale programmare un altro o più, al fine sia di stabilire quanto il paziente ha recepito di queste informazioni e anche per fargli sentire che non è lasciato solo e che il lavoro clinico non è terminato. È perciò utile discutere forme aggiuntive di supporto, lasciargli il nostro recapito, fargli percepire che il rapporto continua, il medico "ricetta" se stesso.

La comunicazione di notizie sensibili dunque non deve essere vista come un momento "conclusivo", ma come una tappa di un processo di accompagnamento destinato a durare nel tempo, che restituisce al nostro lavoro una dimensione più umana.

Al medico a questo punto viene chiesta la capacità di mettersi al fianco del paziente per aiutarlo a elaborare la perdita a cui "la cattiva notizia" si associa: la salute, un figlio, la fertilità... Le notizie sensibili rappresentano una grande sfida per la comunicazione medico-paziente e, come da ogni sfida, se ne può uscire sconfitti o vincitori. Ne usciremo sconfitti se non saremo in grado di rispondere ai bisogni psicologici del paziente nel momento in cui la tecnica non ha più niente da dire, rinunciando al "core business" della nostra professione, ritraendoci davanti al problema, lasciando da solo il paziente. Ne usciremo vincitori, se invece riusciremo a far sentire la nostra vicinanza al paziente, anche, e soprattutto, quando non c'è più una risposta tecnica, mostrandogli che siamo capaci di "compassione", di "soffrire insieme" a lui.

Come dice Ippocrate "il medico che si fa filosofo diventa uguale a Dio". Non potrebbe essere questa la risposta che la medicina deve dare nell'accompagnare la tecnica, non solo nel momento del dramma ma anche nella pratica di tutti i giorni?



Comunicare, informare, scegliere: “le parole per dirlo”

# Perché la formazione non è un optional

Valeria Dubini

U.O. Ginecologia e Ostetricia,  
Nuovo S. Giovanni di Dio  
Az. Sanitaria Fiorentina, Firenze

**P**uò forse apparire scontata la considerazione che qualsiasi relazione terapeutica passa non soltanto attraverso le capacità di diagnosi e cura, ma anche attraverso la capacità di “mettersi in relazione” con chi ci sta davanti, eppure, probabilmente, in nessun altro settore come nel nostro viene prestata così scarsa attenzione agli aspetti relazionali e comunicativi. Nella nostra professione, da sempre, è l’aspetto tecnico-scientifico ad essere ritenuto veramente importante: il resto viene messo in secondo piano, considerato subordinato, rispecchiando un bisogno di vedere le cose in senso verticale anziché circolare.

A ben vedere questo atteggiamento mentale è uno strumento di difesa con cui cerchiamo di evitare di metterci in gioco e di dare potere all’altro, trincerandoci appunto dietro il nostro “sapere”.

La comunicazione è innegabilmente una componente integrante della nostra professionalità, ma in questo ambito siamo del tutto carenti e impreparati, sia in termini di informazioni sia di formazione vera e propria: nel nostro curriculum di studio infatti sono del tutto assenti gli aspetti di relazione, ignorati anche successivamente nella valutazione della nostra professionalità, per esempio all’interno di un curriculum. Al contrario, nel mondo dell’industria da molti anni viene considerato assolutamente prioritario e remunerativo investire nella formazione per migliorare i rapporti interpersonali tra colleghi e con l’esterno. Questo dovrebbe farci riflettere su quanto sia importante dotarci di quegli strumenti che permettono di gestire un buon rapporto con il pubblico, sia per la collettività sia per la nostra stessa professione.

Un mito da sfatare è che le capacità relazionali siano un qualche cosa di “innato”, che fa parte del carattere. Come tutti gli aspetti della professione, invece, anche questa è una capacità da acquisire, che richiede formazione, anche se, come accade in molti altri campi, per qualcuno l’apprendimento può risultare più facile.

A ben guardare sono proprio i medici quelli meno “attrezzati” da questo punto di vista e forse anche i più esposti di fronte alle nuove richieste di confronto di un’utenza sempre più esigente, nel bene o nel male. Nella formazione infermieristica e di altri operatori sanitari, infatti, lo studio della comunicazione in ambito sanitario è previsto; dal che se ne dovrebbe dedurre che la capacità di sapersi relazionare viene ritenuta necessaria per coloro che sono addetti all’assistenza ed invece superflua per coloro che “detengono il potere delle conoscenze”.

Nel 1991 Wyatt, in una revisione della letteratura degli anni 1983-89, rilevava come meno dell’1% degli articoli si riferissero alla relazione medico-paziente. Lo stesso autore metteva poi in evidenza i vantaggi che una buona relazione comporta: il miglioramento delle capacità diagnostiche del medico, grazie alla capacità di fare esprimere più efficacemente il paziente; l’aumento della soddisfazione del paziente, che si sente maggiormente pre-



so in considerazione con il suo problema; una migliore osservanza delle prescrizioni terapeutiche e una riduzione delle reazioni controtransferali (inclusi i contenziosi legali); infine, sottolineava l’autore con un certo pragmatismo anglosassone, una maggiore remunerazione per il sanitario!

Riflettere su questi temi può essere un utile spunto per vedere la nostra attività quotidiana sotto una luce diversa, per riesaminare i nostri comportamenti ed eventualmente modificarli. La pratica clinica comunque ci costringe ad attingere continuamente alle nostre risorse personali, abbiamo imparato via via “sul campo” cosa è meglio mettere in pratica e come meglio farlo. Abbiamo imparato, per esempio, come facilmente la comunicazione possa scadere in “manipolazione” e come i nostri gesti, il tono muscolare, il tono della voce, lo sguardo, il nostro atteggiamento influiscano sul nostro interlocutore più delle nostre parole. È intuitivo quanto un’ incongruenza tra quello che diciamo e come lo diciamo possa risultare inquietante, irritante, o creare diffidenza in chi ci ascolta, ciononostante spesso lo sottovalutiamo, dimenticando che i nostri gesti e i nostri modi a volte creano incertezza o conflittualità nei nostri interlocutori.

Nella relazione terapeutica la comunicazione è fondamentale per informare, spiegare, ma anche per capire, curare ed educare. Comuniciamo anche con i nostri silenzi. Ogni volta che ci accingiamo a spiegare o a discutere una questione con le nostre pazienti dovremmo porci il problema del modo in cui le stiamo parlando. È importante anche saper interpretare l’atteggiamento dei nostri interlocutori, che può rivelarsi utile nella comprensione dei problemi, nella ricerca di soluzioni possibili e di un rapporto paritario che possa consentire al nostro paziente di fare delle “vere” scelte.

In ostetricia gli aspetti relazionali assumono una valenza particolare: nella nostra specialità, in oltre il 90% dei casi, ci muoviamo in una situazione di “fisiologia”. Rispondendo al principio ippocratico del “primum non nocere” dobbiamo dunque chiederci ancor più di frequente quanto i nostri comportamenti possano creare allarmismi o “patologizzazioni” ingiustificati.

Gli strumenti di cui disponiamo ci offrono spesso risposte poco “nette”, di frequente ci muoviamo in una zona di “grigi” dove il significato di quel che osserviamo non è così chiaro. Pensiamo, ad esempio, all’uso a tappeto della cardiografia, a determinate osservazioni in ambito ecografico, alla valutazione del benessere fetale. Di fronte a situazioni che non forniscono informazioni chiare dobbiamo perciò avere la consapevolezza che la promozione della fisiologia

passa anche attraverso i nostri comportamenti, e che sta anche a noi non turbare un equilibrio che deve essere mantenuto e percepito il più possibile in ambito fisiologico. Quando ci troviamo in una condizione di “salute”, la decisione di comunicare una condizione di malattia, senza avere adeguate certezze, è particolarmente grave e impegnativa.

In questo contesto sono necessarie, innanzi tutto, solide conoscenze cui far riferimento, un’esperienza fatta di riflessione e condivisa con gli altri operatori, nonché una profonda convinzione circa la validità di un rapporto paritario con chi ci troviamo di fronte e anche un’attenzione e sensibilità particolari riguardo i nostri comportamenti.

Un altro punto critico è rappresentato dalla comunicazione tra operatori: una buona comunicazione e una terminologia condivisa sono presupposti essenziali per garantire una situazione di benessere alle donne che si rivolgono alle nostre strutture e soprattutto per affrontare in maniera efficace eventuali urgenze. Nelle linee guida che il RCOG detta per una buona assistenza del travaglio, una comunicazione carente tra gli operatori è indicata come un’importante fattore di cattiva interpretazione dei dati relativi al benessere fetale e di peggiori outcome neonatale.

In effetti nel mondo anglosassone il tema della comunicazione con le donne è considerato centrale, e non già una marginale questione di buone maniere: le già citate linee del RCOG dedicano un intero capitolo al “care of women” in cui si raccomanda che la donna sia al centro del nostro intervento e che sia mantenuto un buon livello di comunicazione tra operatori (ostetriche e medici), con la madre e il suo partner. Come parametro di buona assistenza viene indicata la capacità di mettere la donna in grado di essere parte integrante del processo di “decision making” che la riguarda, sia attraverso la possibilità di ac-

Un mito da sfatare è che le capacità relazionali siano un qualche cosa di “innato”

cedere ad informazioni supportate dalla medicina dell'evidenza, sia attraverso l'offerta di informazioni il più possibile esaustive e obiettive riguardo le possibili scelte.

Negli Stati Uniti sono numerosi i siti dedicati alla madre in attesa che forniscono informazioni riguardo gravidanza e parto allo scopo di aumentare le conoscenze e quindi le capacità di partecipazione delle donne stesse.

Tra le possibili "interferenze" con una buona comunicazione in ostetricia vi è senz'altro la medicalizzazione della gravidanza, che ha certamente condizionato gli operatori ma anche le stesse donne e i loro partner al punto che sempre più difficilmente vi è una percezione di fisiologia, mentre aumentano le situazioni di ansia esasperata, con aspettative riguardo l'intervento medico spesso sproporzionate rispetto alle reali possibilità offerte.

Vi è inoltre la difficoltà di instaurare un rapporto a tre,

che veda veramente coinvolto anche il partner, sempre più spesso in difficoltà nel confrontarsi con il dolore della compagna e più alla ricerca di "soluzioni" che disponibile al coinvolgimento e al supporto.

Saper gestire le nostre competenze relazionali può esserci particolarmente utile in una serie di situazioni critiche, quando, per esempio, dobbiamo affrontare le contro-reazioni aggressive della coppia, o informare riguardo ad eventi negativi, o ancora quando si tratta di discutere le modalità del parto.

Sull'importanza che la "relazione" assume in ambito ostetrico credo non vi sia alcun dubbio, e nemmeno sul fatto che essa sia, purtroppo, così sottovalutata nel nostro Paese.

Molto è stato detto riguardo al supporto dell'ostetrica nel corso di travaglio, molto poco invece riguardo all'attec-

giamento degli operatori sanitari, e dei medici in particolare, nei momenti in cui devono prendere delle decisioni. È perciò essenziale cominciare a considerare come parte integrante e necessaria delle nostre competenze la capacità di porci in maniera corretta nei riguardi delle donne che si rivolgono a noi, e questo richiede, da una parte, una serie di interventi formativi ad hoc, dall'altra, momenti collettivi di discussione ove i casi clinici possano essere rivisti anche in chiave relazionale.

Imparare ad osservarci, a metterci in gioco, a porci domande, ad essere disponibili ad apprendere dagli errori, sono i passi indispensabili per migliorare la comunicazione nei nostri reparti e, chissà, che rileggendo alcune storie in chiave relazionale non si scopra quanto anche i nostri contenziosi medico-legali siano condizionati da situazioni di "cattiva capacità relazionale".

## Dall'ascolto alla cultura della prevenzione L'esperienza dei "Corsi Menopausa"

**Maria Gabriella De Silvio**

*Unità Operativa Materno - Infantile ASL SA 1*

Quanto conta la comunicazione tra medico e paziente in menopausa e nella prevenzione in generale? Come può un medico infondere la fiducia nei mezzi di diagnosi e di cura che si dimostrano sempre più efficaci? A volte noi medici possiamo avere una scarsa capacità di comunicare con le donne, da ciò nasce la paura per le scelte terapeutiche, la scarsa fiducia per le metodiche diagnostiche, in una parola, la scarsa *compliance*. L'impatto negativo di una cattiva comunicazione è ovunque. La sfida principale di una qualsiasi organizzazione nell'economia moderna è ormai rappresentata da una comunicazione efficace. Una comunicazione efficace è frutto dell'abilità di esprimersi e di ascoltare.

La prevenzione è comunicazione. La prevenzione non è un concetto strettamente medico, ma anche culturale e come tale deve porre sullo stesso piano comunicativo il medico e le donne.

Il medico deve promuovere e comunicare sani stili di vita, il raggiungimento di questo obiettivo è il frutto del coinvolgimento e dell'ascolto delle donne, nonché di interventi realizzati attraverso il contributo dei diversi settori della società.

Una qualificata esperienza di ascolto e formazione è rappresentata dai "Corsi Menopausa" che grazie al coinvolgimento diretto delle donne consentono la creazione di un linguaggio comune tra le stesse e gli operatori sanitari. Obiettivo di questi Corsi è la tutela del benessere psico-fisico della donna. Il metodo usato è quello didattico-partecipativo, lo strumento è il lavoro di gruppo.

Ma l'ascolto è una componente fondamentale anche nell'intervento diagnostico-terapeutico individuale.

Ascoltare è spesso una abilità difficile sia da mettere in pratica che da apprendere. Nella vita sociale la fretta, la tensione verso i risultati, spesso accompagnata da stress, non agevolano certo l'ascolto. Ma nel rapporto medico-paziente, e nello specifico ginecologo-donna in menopausa, il peso di un ascolto attento è essenziale. Per quanto possiamo sforzarci nell'esposizione dei contenuti e nel modo di esprimerci ai fini di un'effettiva comprensione, l'ingrediente dell'ascolto è fondamentale. Per ottenerlo è necessaria una disponibilità da parte di entrambi gli interlocutori, in assenza della quale la comunicazione cade nel vuoto.

Precondizione di un buon ascolto è dunque la calma e

la disponibilità reciproca. Dovremmo prendere esempio dai bambini che quando chiedono di essere ascoltati ad un interlocutore indaffarato ne prendono il viso e lo girano verso di loro, obbligandolo così ad uno sguardo-nello-sguardo.

Quando si parla di menopausa spesso si pensa agli ormoni, o alla depressione, o all'osteoporosi, ma ad un approccio diverso, più completo, la menopausa viene considerata come un momento di cambiamento, e cambiare significa perdere qualcosa e conquistare qualcos'altro.

Il prolungamento dell'aspettativa di vita e il miglioramento delle condizioni di salute consentono oggi alla donna di proiettarsi nel futuro con un ruolo ancora spendibile sia in termini di cose da fare, sia in termini di nuovi modi di essere.

È questa la donna nuova che afferisce ai nostri Centri Menopausa, che entra nei nostri Ambulatori e che ci chiede, anche con un linguaggio non verbale, di darle il coraggio di saper accettare di perdere la propria immagine seducente, l'intraprendenza di confrontarsi con un mondo del lavoro in continua evoluzione, l'immaginazione e la creatività di saper costruire nuovi obiettivi nella direzione di una senescenza vissuta con serenità. Si è sempre soli di fronte al cambiamento, ma trovare una guida che ci accompagni agevola il viaggio.

Il medico di medicina generale è sempre il primo interlocutore al quale la donna si rivolge, ma nei consultori familiari, dove l'accesso è libero, la donna che avverte un disagio può chiedere una consulenza. Meglio ancora se il Consultorio è sede di un Centro per la Menopausa, dove si attuano interventi integrati tra vari specialisti che sanno dialogare bene tra loro nell'ottica di un maggior benessere della donna.

Con la presa in carico della donna, e sapendola ascoltare, si possono riconoscere i segni e i sintomi dominanti che ci dicono quale è l'area di maggiore vulnerabilità durante il climaterio, e questo permette al medico di mettere in atto le strategie di prevenzione e cura per lei più adatte, affinché il climaterio sia un periodo sereno, di riflessione e di sostanziale soddisfazione di sé, anche nel cambiamento. È pertanto fondamentale l'"intervista" che facciamo, seguendo le scale di valutazione del climaterio e sapendo ascoltare le risposte che la donna ci dà.

Il limite dell'abituale approccio alla menopausa è la difficoltà di organizzare interventi che non si occupino solo del corpo della donna, ma anche dei suoi senti-

menti, è la mancanza di un approccio "corale". Questo limite è superato dall'organizzazione dei gruppi menopausa che consentono alle donne di confrontarsi sui sentimenti, di far circolare le emozioni, le informazioni, le risorse, i pensieri al riguardo.

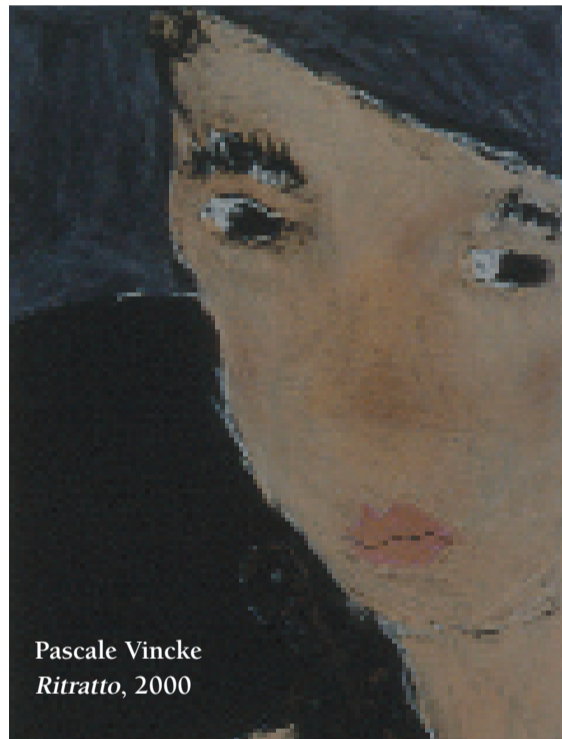
Altro ostacolo, a volte insormontabile per le donne italiane, è parlare di sessualità, difficoltà che diventa ancora più grave e pesante durante la menopausa. La donna può avere facilità a comunicare problemi fisici, ma spesso ha difficoltà a parlare di sessualità e di problemi psicologici. Il calo del desiderio, la ridotta lubrificazione vaginale possono creare una grande vulne-

rabilità a livello emotivo e devono necessariamente essere oggetto di ascolto da parte del medico.

Tutte le patologie che coinvolgono l'inconscio o la psiche sono più difficili da far emergere perché si accompagnano a pregiudizi morali molto forti. La donna può soffrire più dei suoi pensieri che della malattia stessa.

È necessario dunque che le informazioni siano trasmesse nel linguaggio proprio della donna che le riceve. Uno degli obiettivi dei Corsi Menopausa è tenere conto dei bisogni dell'anima e insegnare alla donna a prendersi cura della propria psiche in questo momento di transizione evolutiva.

Il 14 aprile scorso è stata presentata da un qualificato gruppo interdisciplinare, su iniziativa della Società Italiana di Farmacologia, la "Carta di Firenze", un documento che chiama il medico a confrontarsi con il paziente sulla base di un linguaggio comprensibile, di disponibilità autentica, di partecipazione massima, di totale trasparenza, e che in sintesi, propone una relazione alla pari tra medico e paziente. È interessante notare come dei 15 articoli che compongono Carta oltre la metà sia dedicata all'informazione e alla comunicazione. Vorrei concludere citandone due che mi sembrano particolarmente significativi a riguardo: l'articolo 5, che afferma: "Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura" e l'articolo 15: "La formazione alla comunicazione e all'informazione deve essere inserita nell'educazione di base e permanente dei professionisti della sanità".



Pascale Vincke  
Ritratto, 2000

di Pier Francesco Tropea

**È** ormai largamente acquisito che, ad onta dell'assenza di una specifica norma che imponga al Medico l'acquisizione del consenso del malato prima di intraprendere qualsiasi trattamento, il consenso costituisce una tappa preliminare di qualsiasi atto medico, dovendosi considerare illegittimo e arbitrario (e quindi penalmente sanzionabile) un intervento chirurgico praticato senza consenso del paziente.

Molto si è discusso in dottrina e in giurisprudenza sugli elementi caratterizzanti, sulle modalità di acquisizione, sui requisiti, sulla validità, sui limiti del consenso, il che ha evidentemente un riflesso diretto sulla valutazione del Magistrato in caso di contenzioso giudiziario.

Prescindendo dalla severità giurisprudenziale che ha caratterizzato un recente passato nel quale l'esito infausto di un intervento chirurgico effettuato senza specifico consenso del malato ha condotto il Medico a rispondere di lesioni volontarie (e quindi di omicidio preterintenzionale, in caso di decesso del paziente), è certo che la mancata acquisizione di un consenso espone il sanitario ad essere sanzionato per reato colposo, nel caso in cui dalla procedura chirurgica sia derivato un danno al paziente stesso. È stato sottolineato in molte circostanze che i Medici debbono porre particolare cura al rapporto diretto con il paziente, al quale deve essere offerta una dettagliata e non frettolosa informazione concernente, non soltanto i rischi e i vantaggi dell'intervento, le sue modalità, le eventuali complicazioni e sequele, ma anche le possibili scelte alternative, in modo che il malato possa, sulla base delle indicazioni di tipo tecnico, determinarsi verso l'uno o l'altro dei trattamenti suscettibili di successo terapeutico. È ovvio che l'informazione deve essere considerata un momento propedeutico rispetto al consenso (non a caso denominato "informato"), l'acquisizione di quest'ultimo dovendo essere preceduta dal colloquio chiarificatore e descrittivo che intercorre tra il Medico ed il malato. Quanto sopra può dar luogo a interpretazioni non univoche concernenti soprattutto la validità del consenso del paziente rapportato alle sue condizioni di salute e serenità, alle capacità di discernimento e al livello culturale del destinatario e alla tipologia di consenso acquisito, con particolare riguardo alle diverse fasi dell'operazione chirurgica che prevede necessariamente una procedura anestesiológica, ma può anche richiedere un trattamento trasfusionale, notoriamente non del tutto privo di rischi per il malato.

È infatti ormai acquisita la nozione della pericolosità dell'emotrasfusione, non soltanto a causa di eventuali fenomeni di intolleranza che possono giungere ad un vero e proprio shock anafilattico, ma anche in ordine al fatto che il sangue può essere veicolo di infezioni di particolare gravità come l'epatite C e l'Aids, la cui incidenza, prima dell'attuazione di norme che impongono ai Centri trasfusionali il controllo accurato del sangue conservato e dei relativi donatori, era tutt'altro che rara.

Per tale motivo, al momento attuale, le Banche del Sangue debbono seguire precise regole finalizzate ad accertare la presenza di virus particolarmente pericolosi (come quelli dell'epatite B e C e dell'Aids) nel sangue dei donatori, pur tenendo conto del fatto che il rischio di prelevare sangue infetto da un donatore apparentemente sano non può essere mai azzerato, in considerazione dell'esistenza di un periodo-finestra (della durata di alcuni mesi), nel corso del quale un'infezione acquisita di recente può non dare ancora segno di sé attraverso la positività dei test diagnostici disponibili in Laboratorio.

In considerazione di tali presupposti, appare di rilevante interesse l'analisi e il commento di una recentissima sentenza della Corte di Cassazione (Sez. III Civ. n. 20832, settembre 2006) che puntualizza in termini precisi la pro-

# Emotrasfusioni in corso di intervento chirurgico e consenso informato

blematica del consenso alla prestazione medica in senso lato e in particolare alla trasfusione di emoderivati in corso di intervento chirurgico. In premessa, va rammentato che la necessità di acquisire un preliminare consenso a qualsiasi atto medico, e, a maggior ragione, a un intervento chirurgico, muove dal dettato costituzionale e precisamente dall'art. 32 della Costituzione che stabilisce la volontarietà del trattamento sanitario "non potendo la legge in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" e dall'art. 13 della stessa Costituzione che sancisce l'inviolabilità della libertà personale.

In realtà, l'unica procedura medica soggetta per legge all'obbligo del consenso preventivo del malato è costituita dall'emotrasfusione, la cui pratica è disciplinata dalla Legge n. 107 del maggio 1990 (art.3) e dal D.M. 15 gennaio 1991 (art.19) il cui testo è il seguente:

"La trasfusione di sangue, di emocomponenti e di emoderivati costituisce una pratica terapeutica non esente da rischi: necessita pertanto del consenso informato del ricevente".

Ciò premesso, converrà illustrare il caso oggetto della valutazione dei Giudici della Corte di Cassazione e le argomentazioni da questi ultimi addotte per pervenire alla pronuncia di cui stiamo trattando.

La sentenza ha tratto origine da una denuncia di un paziente che ha chiesto il risarcimento dei danni subiti a seguito di un'epatite da virus contratta in conseguenza di una emotrasfusione praticata durante un intervento di by-pass aorto-coronarico.

Stabilito che nella fattispecie sussisteva il nesso di causalità tra la trasfusione di sangue e l'infezione contratta dal paziente, è stata esclusa nel caso in esame la responsabilità della Banca del Sangue fornitrice della sacca utilizzata per la trasfusione, in quanto è stato dimostrato che all'epoca dei fatti non sussisteva un protocollo ufficiale di analisi da effettuare obbligatoriamente ai fini dell'accertamento preventivo del virus dell'epatite C nei donatori di sangue. Il problema giuridico sollevato dal paziente riguardava la responsabilità dell'Istituto di Cura e del chirurgo operatore per aver omesso di chiedere al malato un consenso specifico per l'eventuale emotrasfusione, con ciò essendo stato violato il diritto del paziente ad essere edotto dei rischi inerenti alle diverse fasi dell'intervento e ai mezzi tecnici adoperati, principio più volte richiamato dalla Corte di Cassazione in precedenti pronunce. La mancata acquisizione di tale consenso poteva configurare, a giudizio del paziente, un vero e proprio inadempimento, sia dell'Istituto che del sanitario, ambedue chiamati a rispondere sotto il profilo della responsabilità di tipo contrattuale.

Tuttavia, questo principio di diritto presuppone l'esistenza delle alternative terapeutiche e cioè la possibilità concre-

ta che il malato sia posto nelle condizioni di poter scegliere il mezzo di cura meno rischioso e per lui più conveniente ai fini del ripristino della sua salute.

Viceversa, secondo questa autorevole interpretazione della Cassazione, se non esisteva nel caso in esame alcuna alternativa all'emotrasfusione, data l'impossibilità di procedere all'autotrasfusione, non praticabile per le condizioni generali del paziente e l'improcrastinabilità dell'intervento, che escludeva altre forme di sostegno ematico che presuppongono una preparazione del materiale da trasfondere, non sussisteva il problema del consenso che,

nella fattispecie, anche se richiesto, non poteva essere negato, in quanto "il diniego si sarebbe risolto nel rifiuto dell'intervento che non sarebbe stato possibile senza il sostegno delle trasfusioni e che era assolutamente necessario ed urgente a causa della gravità del quadro clinico".

**In questa recentissima sentenza, la Corte di Cassazione puntualizza la problematica del consenso alla prestazione medica in senso lato e, in particolare, alla trasfusione di emoderivati in corso di intervento chirurgico**

Sotto questo profilo, nei casi, come quello in oggetto, in cui l'intervento è urgente e nel contempo necessario, il consenso del malato all'intervento chirurgico, di per sé pericoloso, comprende anche il consenso ai tempi complementari (nella fattispecie, il supporto dell'emotrasfusione) che si rendessero necessari ed insostituibili per la sopravvivenza dell'operato. In brevi termini, secondo i Giudici, la necessità del consenso alle varie fasi dell'intervento, previa adeguata informazione offerta al paziente, si lega alla possibilità di scelte alternative del malato, ma non sussiste nel caso in cui la scelta sia obbligata rispetto all'esecuzione dell'intervento programmato.

Illuminante a tal proposito risulta l'affermazione contenuta nella sentenza, laddove si chiarisce che "la funzione intrinseca della richiesta di consenso informato non è tanto quella di soddisfare un astratto diritto all'autodeterminazione del paziente, quanto quella di tutelare il diritto dello stesso alle scelte relative alla sua salute, anche in funzione della migliore protezione di questo bene.

La necessità del consenso, fino a quando non sia diversamente disposto da speciali norme di comportamento, trova pertanto spazio solo là dove vi è l'esigenza di una scelta, non altrove".

Il giudizio civile si è risolto quindi favorevolmente per la Clinica e il Medico dei quali è stata esclusa ogni responsabilità da inadempimento (consistente nella mancata acquisizione del consenso all'emotrasfusione) in ordine all'epatite post trasfusionale contratta dal paziente.

La sentenza qui illustrata assume, a nostro giudizio, una particolare rilevanza, in quanto contribuisce a ridimensionare, ponendolo in una più giusta luce, il problema del consenso del paziente all'atto medico che, sulla scorta di tale orientamento, merita di essere interpretato ed attuato in forma meno rigida e restrittiva rispetto ad un recente passato.



# Disponibilità e “tempo-non scandito dall’orologio” Gli ingredienti di una comunicazione a tutto spessore

Carlo Saraceni \*

Il termine *comunicare* che, nella sua accezione transitiva, designa l'atto di *mettere in comune* qualcosa, allude chiaramente ad una forma di relazione interpersonale che rende possibile uno scambio tra soggetti di contenuti mentali come pensieri, emozioni, decisioni, informazioni. Più precisamente la comunicazione si realizza quando due o più persone interagiscono, in maniera ordinata e coerente, allo scopo di trarre un reciproco beneficio da un rapporto di *interdipendenza*. Ed a quest'ultimo termine che vorrei limitare il contributo di questa nota dicendo che nel contesto dell'Ospedale sono osservabili diverse forme di relazione interpersonale, spesso disciplinate dai ruoli (medici, paramedici, amministrativi), dalle situazioni (ambulatorio, sala operatoria, corsia), dalle gerarchie, dalle competenze specialistiche e così via ed ognuna di queste relazioni è avvolta da un alone, di tipo affettivo-motivazionale, che orienta la comunicazione e che potrei descrivere così.

Esiste un rapporto interpersonale caratterizzato da atteggiamenti profondi di *dipendenza*, che genera *comportamenti seduttivi* nei quali l'altro è considerato come una divinità, onnipotente e salvifica, di cui occorre guadagnarsi stima, affetto e privilegio. La comunicazione che ne risulta, indipendentemente dai contenuti informativi, sarà orientata dal proposito di essere accolto e benvoluto e questo

schema, applicabile tanto dal medico quanto dal paziente, rappresenta una delle tante possibilità di fallimento della comunicazione. Non è detto questa relazione sia inutile o dannosa perché ha, indubbiamente, una sua funzionalità ma va sottolineato che, al suo interno, la comunicazione viene limitata dalle prevalenti esigenze affettive delle persone impegnate nell'interazione.

Vi è poi un rapporto segnato da atteggiamenti di *contro-dipendenza*, espressi da *comportamenti aggressivi*, in cui l'interlocutore, svalorizzato e mortificato nella sua persona e nel suo ruolo, viene utilizzato allo scopo di scaricare la propria impotenza rabbiosa e ciò può accadere al medico frustrato, che tende a disprezzare il paziente, ma anche, simmetricamente, al paziente, con altro fallimento della comunicazione. E stavolta il danno può essere anche molto serio perché viene minata quella reciproca fiducia che alimenta il rapporto medico-paziente.

Non è raro osservare, infine, un atteggiamento di *indipendenza emotiva*, che induce a *comportamenti evasivi* tali per cui la comunicazione si limita allo scarno e sobrio scambio di informazioni, senza la minima partecipazione emotiva e questa modalità è più frequentemente appannaggio di quei medici che concepiscono l'ecce-

In ospedale sono osservabili diverse forme di relazione interpersonale, spesso disciplinate dai ruoli, dalle situazioni, dalle gerarchie, dalle competenze specialistiche e, ognuna di queste è avvolta da un alone di tipo affettivo-motivazionale che orienta la comunicazione. Per relazionarsi ai vari interlocutori presenti sulla scena dell'ospedale i medici devono spesso utilizzare stili diversi di comunicazione, difficili da combinare con efficacia e talora confusi e distorti. E questa rappresenta una delle maggiori difficoltà con cui essi devono confrontarsi.

Senza contare che non sono “addestrati alla comunicazione”

lenza professionale come qualcosa di inversamente proporzionale alla dedizione, all'ascolto e, in definitiva, al coinvolgimento profondo con il paziente.

Vi è, infine, un atteggiamento personale di *interdipendenza*, che si manifesta nei *comportamenti di disponibilità*, che consentono ai protagonisti di una relazione interpersonale di comunicare a tutto spessore, mettendo in comune il loro patrimonio cognitivo ed affettivo. Il medico potrà comunicare al paziente qualcosa che que-

sti ignora e vuole conoscere – e qui si realizza la migliore informazione, quando la persona la chiede intensamente e non quando corrisponde ad una semplice prescrizione di legge – ma non si limiterà a questo perché resterà disponibile all'ascolto, alla confidenza, alla considerazione di problemi, anche non strettamente connessi alla salute, che urgono nell'animo della persona.

La moderna psicosociologia ha insegnato che è possibile estendere anche alle organizzazioni sociali gli atteggiamenti personali che ho delineato con la costituzione delle *organizzazioni carismatiche* (fondate sulla dipendenza), di quelle *burocratiche* (contro-dipendenza) di quelle *tecnocratiche* (indipendenza) e di quelle *partecipative* (disponibilità). E all'interno di queste organizzazioni si tende ad assumere stili comunicativi che rispecchiano le caratteristiche appena delineate. Ciò vuol dire che allo sportello della cassa è indispensabile comunicare all'interno di un corretto atteggiamento burocratico, in sala operatoria si può oscillare tra il lo stile carismatico e quello tecnocratico, in ambulatorio, specialmente quando si incontra uno sconosciuto, occorre rimanere aperti ad ogni forma di comunicazione manifestando la propria disponibilità.

Alla domanda su come sono addestrati i medici alla comunicazione, chi scrive potrebbe rispondere che non lo sono affatto visto che nei programmi di studio non compare alcuna materia che abbia a che fare specificamente con la comunicazione. Vi sono insegnamenti di Psicologia Generale, di Psicologia Medica, di Igiene Mentale e di Psicologia Clinica dove non è previsto alcun contenuto su questo argomento. Eppure i medici avvertono

un pressante bisogno di comunicare e si sforzano di esaurirlo nei modi più svariati perché scambiano informazioni – ma non solo quelle – con i colleghi, con i pazienti e con i loro familiari, con il personale paramedico ed amministrativo e, in definitiva, con tutti gli interlocutori presenti sulla scena dell'Ospedale. Il fatto è che debbono spesso utilizzare, a seconda dei luoghi, delle operazioni, dei ruoli, dei contesti, stili diversi di comunicazione, difficili da combinare con efficacia e talora confusivi e distorti.

Vi può essere un rimedio? A prima vista non saprei dare un suggerimento semplicemente fattuale, relativo a comportamenti da evitare o da adottare, perché la co-

La moderna  
psicosociologia ha  
insegnato che è possibile  
estendere anche alle  
organizzazioni sociali gli  
atteggiamenti personali

“...quando seguo con gli occhi  
sul quadrante di un orologio  
il movimento delle lancette...  
non misuro una durata,  
come pare si creda,  
mi limito a contare  
delle simultaneità,  
il che è molto diverso”  
Henri Bergson

municazione di cui sto scrivendo è opera complessa e faticosa ma potrei, a puro scopo evocativo, richiamare il concetto bergsoniano della *durata dell'esperienza* che rinvia ad una concezione del tempo non formalizzata dall'orologio – il tempo, ad esempio, dedicato a ricevere i familiari dei pazienti – ma attiene alla totalità del vissuto che più decorre, in qualche modo, senza tempo, meglio si realizza in pienezza e significatività.

\* Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria, dell'Università Cattolica del S. Cuore, Roma

## L'AJOG stigmatizza il comportamento di un gruppo di ginecologi universitari di Firenze per aver falsificato i dati di una ricerca

**D**oveva essere un tranquillo Natale e un fine anno sereno, pieno di fiducia e di nuove possibilità per la Ginecologia italiana. Kuala Lumpur aveva sancito all'Italia un ruolo di prim'ordine nel panorama scientifico internazionale, affidando a Roma il Congresso mondiale Figo 2012. Ma in settembre è accaduto l'imprevisto: l'American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG) pubblica un "Announcement of inappropriate acts in the publication process" con cui stigmatizza il comportamento di un gruppo di ginecologi universitari di Firenze che, secondo la rivista americana, aveva falsificato i dati di una ricerca su donne gravide con precedenti gravidanze patologiche. La notizia fa immediatamente il giro del mondo suscitando imbarazzo e molta delusione nella comunità scientifica internazionale. In Italia la prima reazione è di incredulità, disagio. Per circa due mesi tutto rimane chiuso nell'ambito universitario e di quelli che leggono l'AJOG. Ma poi la cosa diventa di dominio pubblico quando la stampa nazionale comincia ad interessarsi al problema. Colpiscono alcuni titoli, come "Ginecologi, che brutta figura" (*Repubblica* del 21.12.06) che coinvolgono inevitabilmente tutte le diverse "anime" della Ginecologia italiana, sia chi fa ricerca sia chi si dedica con maggiore attenzione alle problematiche cliniche. Si ha l'impressione che sia un brutto dono sotto l'albero di Natale.

# Ma perché bleffare?

Ma che cosa è veramente accaduto? Tutto inizia con la presentazione, nel febbraio 2006, all'Annual Meeting della Società di Medicina Materno-Fetale (SMFM) dei risultati di una ricerca su un gruppo di donne gravide con precedenti gravidanze patologiche. L'abstract del lavoro viene successivamente pubblicato sul supplemento dell'AJOG (*Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:S2). In aprile questa stessa rivista ritira il lavoro perché lo studio, che era stato presentato come "randomizzato", in effetti non lo era. In settembre l'AJOG pubblica l'"Announcement of inappropriate acts" disponendo pene piuttosto severe per gli autori.

*GynecoAgoi* riporta questa storia non certo per una caccia alle streghe e tanto meno per colpevolizzare qualcuno. Semmai si dovrebbe parlare di disattenzione, superficialità, ingenuità. Nel campo della ricerca sono, comunque, elementi negativi e deprecabili, ma fanno tirare un sospiro di sollievo perché ridimensionano

quanto cerca di fare intuire nel suo articolo l'AJOG. Non vi è stata la volontà di imbrogliare. Non vi è stato dolo.

In realtà *GynecoAgoi* riporta questa storia solo per fare alcune riflessioni, che dovrebbero servire, se non altro, a disciplinare lo stare insieme in una Società Scientifica (SIGO) e a dare una bella registrata ai nostri comportamenti, alla nostra lealtà professionale.

Si deve ammettere che la ricerca scientifica costituisce ormai un nuovo potere in medicina. Un potere che negli ultimi anni è diventato molto concreto, sia dal punto di vista economico che d'immagine. Sicuramente, oggi come non mai, la ricerca medica muove molti soldi. E come sempre accade in questi casi, laddove vi è denaro sorge facilmente il sospetto d'illeciti. È importante allora che le società scientifiche assumano il ruolo di "saggi controllori" e siano inflessibili con i propri iscritti per eventuali comportamenti non proprio in linea con la deontologia. Soprattutto devono cercare di evitare che il medico si trovi coinvolto in "ricerche pilotate" dall'industria farmaceutica e che soprattutto diventi uno "strumento di ricerca". In realtà è difficile dire cosa concretamente andrebbe fatto in questi casi.

Si ha la sensazione di essere giunti ai tempi supplementari e se non s'interviene la partita è persa. Si cerchi di evitarlo.

Di seguito l'abstract del lavoro "ritirato" e alla pagina successiva l'"Announcement of inappropriate acts" pubblicato dall'American Journal of Obstetrics and Gynecology

### RETRACTED: LMWH vs no treatment in patients with previous preeclampsia or fetal growth restriction plus heterozygous factor V Leiden or prothrombin gene mutations: A randomized trial

Parretti Elena<sup>1</sup>, Mello Giorgio<sup>1</sup>, Fatini Cinzia<sup>2</sup>, Tondi Filippo<sup>1</sup>, Riviello Chiara<sup>1</sup>, Borri Patrizia<sup>1</sup>, Scarselli Gianfranco<sup>1</sup>, Abbate Rosanna<sup>2</sup>, Baha Sibai<sup>3</sup>

1 University of Florence, Italy, Department of Gynecology, Perinatology and Human Re-production, Florence, Italy

2 University of Florence, Italy, Department of Medical and Surgical Critical Care, Section of Clinical Medicine and Cardiology, Florence, Italy

3 University of Cincinnati, Obstetrics and Gynecology, Cincinnati, Ohio

#### OBJECTIVE:

To determine the effect of LMWH on pregnancy outcomes in women with the heterozygous Factor V Leiden or G20210A Prothrombin Gene Mutation with a previous history of preeclampsia or fetal growth restriction.

#### STUDY DESIGN:

305 women who were either heterozygous Factor V Leiden or G20210A Prothrombin Gene Mutation carriers and with a previous history of preeclampsia or FGR were randomized into treatment with either dalteparin 5.000 IU/day (n=151) or no treatment with dalteparin (n=154). All women were enrolled before 10 weeks of gestation. None of the women studied had a personal history of thromboembolic diseases. The primary outcome of the trial was the rate of preeclampsia or FGR. We estimated that the rate

of preeclampsia or FGR will be 48% in the untreated group, and treatment with LMWH will result 33% reduction (from 48% to 32%) in the primary outcome. With an alfa 0.05 and a power of 80%, a total of 292 subjects, 146 per groups, will be required to demonstrate such a difference.

#### RESULTS:

Treatment with LMWH was associated with significant reduction in rates of overall preeclampsia, early onset of preeclampsia, overall FGR and early onset FGR growth restriction (table below). In addition, LMWH was associated with higher gestational age (p<0.01), higher birth weight (p<0.002), and higher mean placental weight (p<0.01).

#### CONCLUSION:

LMWH reduces the recurrence of preeclampsia and FGR in women with the heterozygous Factor V Leiden and G20210A prothrombin gene mutations and with a history of preeclampsia or FGR.



	LMWH group n=151	No heparin group n=154	OR (95%, C.I.)
Total preeclampsia	10 (6.6)	44 (28.6)	0.32 (0.18-0.58)
<30 weeks	2 (1.3)	27 (77.5)	0.12 (0.03-0.48)
FGR (no preeclampsia)	14 (9.9)	67 (43.5)	0.28 (0.17-0.46)
<30 weeks	2 (1.3)	48 (31.2)	0.06 (0.01-0.26)



## Announcement of inappropriate acts in the publication process

The April 2006 issue of the American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG) contained a Notice of Retraction of Abstract 2 of the Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) supplement (Am J Obstet Gynecol 2005;193:S2). Drs. George Saade and Roger Newman, the SMFM scientific program chair and president, requested that the abstract be retracted after they were notified that the study had been misrepresented as a randomized trial when submitted and accepted by SMFM and again when it was presented at the 2006 SMFM annual meeting in February 2006. AJOG publishes SMFM abstracts in a supplement to our December issue, so the study was misrepresented in the published abstract as well. In response to the retraction and according to our policies, we initiated an inquiry into the circumstances that led to the retraction.

The AJOG inquiry was performed by a panel of 3 independent physicians chosen for their experience in clinical research and lack of any conflict of interest. Information was solicited from the authors and the SMFM. Each panelist evaluated the information independently of the other 2 panelists. The panelists had an opportunity to direct written questions to the authors. The panel was asked to use the Journal's Information for Authors and the Specific Inappropriate Acts in the Publication Process to guide the process. Here is a summary of the panelists' findings:

Parretti et al submitted the abstract to the SMFM in August 2005 for possible presentation at the 2006 meeting of the SMFM. Abstracts are submitted electronically via the SMFM Web site ([www.smfm.org](http://www.smfm.org)). Authors are required to sign a statement to the SMFM that a number of statements are true, including the following that are pertinent to concerns about this abstract:

- “Should this abstract be accepted by the 2006 SMFM program committee, you agree to its publication and hereby assign its copyright to AJOG. The publication of the full paper in AJOG is not guaranteed and would require your submission of a completed paper for full peer review evaluation prior to acceptance. The abstract for the meeting proceedings, however, is assigned a copyright to AJOG.”

- “All authors certify that the work described in this abstract was conducted in compliance with the guidelines of the Human Investigations Committee or Animal Care Committee of all sponsoring institutions.”

- “By submitting this abstract, all authors acknowledge their affiliation with the abstract and accept responsibility for the content of the abstract.”

The panelists determined that the study was misrepresented as a prospective randomized trial when it was not. The specific citations of violations of the Specific Inappropriate Acts in the Publication Process noted by 1 or more panelists were as follows:

- III.B. Falsification: defined as “...false reporting of data, methods, or circumstances in the experiment or study as reported in the submitted manuscript or published article in the American Journal of Obstetrics and Gynecology.”

- III.E. Obfuscation, items 4 and 5: defined as “describing material and methods to imply that the reported data deserve more weight than they really do.” And “incomplete methods section that did not describe the whole study.”

- III.I. Specific inappropriate acts in authorship: ... gift or honorary authorship.

The editors of the Journal reviewed these reports and agree with the panelists' findings. After discussion, the editors have determined that the following sanctions are appropriate in this case:

1. Dr Giorgio Mello, the senior supervising investigator and author, bears primary responsibility for the serious breaches of journalistic integrity noted above. Dr Mello is prohibited from authorship of articles submitted to the American Journal of Obstetrics and Gynecology for 5 years (from July 1, 2006, through June 30, 2011).

2. Drs Parretti, Fatini, Tondi, Riviellio, Borri, Scarselli, and Abbate are prohibited from authorship of articles submitted to the American Journal of Obstetrics and Gynecology for 2 years (from July 1, 2006, through June 30, 2008).

3. Dr Baha Sibai accepted authorship by assisting the primary investigators with preparation and presentation of their abstract without fully investigating the methods by which the data were collected. The panelists concluded that he was allowed to retain misperceptions and thus was deliberately deceived by his coauthors. He is formally reprimanded by AJOG for this inattention to the responsibilities of authorship. However, Dr Sibai acted promptly to notify the SMFM and AJOG of the misrepresentation as soon as he became aware of it and thus is formally commended as well.

All authors have accepted their respective sanctions, reprimand, and commendation as described, including publication of these findings in the Journal.

This event offers an opportunity for the Journal to educate its authors, readers, affiliate societies, and editorial staff about the responsibilities of authorship and the Specific Inappropriate Acts and to improve our procedures to reduce the likelihood that this will happen again. Specifically, the editors and publisher wish to emphasize the following points:

1. We encourage all authors to read the Information for Authors and Author's Checklist carefully when preparing an abstract or manuscript for submission. Questions about our guidelines should be directed to the managing editors at [ajog@rroho.com](mailto:ajog@rroho.com) or [perrine@ajog.phxcoxmail.com](mailto:perrine@ajog.phxcoxmail.com).

2. All abstracts and manuscripts submitted to AJOG, including those submitted from our affiliated societies, must comply with AJOG authorship policies. We have asked our affiliated societies to distribute these policies to their members.

3. Our guidelines include adherence to the CONSORT statement, an algorithm of information that should be included in any manuscript from a randomized controlled trial. AJOG adheres as well to other standardized algorithms for manuscripts describing meta-analyses and systematic reviews of randomized trials (QUORUM) and meta-analyses and systematic review of observational studies (MOOSE), as described in the Information for Authors. A complete accounting, as required by CONSORT guidelines of how all subjects were consented and enrolled would have prevented the events that led to the retraction of this abstract.

*The Editors*



convegni e corsi



convegni 2007

**26 gennaio**

**Bergamo**  
**2° CORSO DI ECOGRAFIA 3D E 4D 1° TRIMESTRE**

Segreteria organizzativa  
Centro Congressi Giovanni XXIII  
Viale Papa Giovanni XXIII 106 -  
24121 BERGAMO BG  
Tel. 035.236435  
Fax 035.236474  
infocon@congresscenter.bg.it

**2 febbraio**

**Alessandria**  
**DOPO UN TAGLIO CESAREO QUALI PROSPETTIVE?**

Segreteria organizzativa  
Bc Congressi Srl  
Via XX Settembre 14/4 16121

Genova  
Tel. 010.5957060  
Fax 010.5958548  
segreteria@bccongressi.it

**2-3 febbraio**

**Milano**  
**CONVEGNO SULLE LESIONI PRE-NEOPLASTICHE DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE**

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

**14-16 febbraio**

**Milano**  
**19° CONGRESSO NAZIONALE SIOG - ADVANCES IN GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY**

Segreteria organizzativa  
Endogroup International s.r.l.  
Via Turati 7/E 22036 Erba (CO)  
Tel.: 031.646141  
Fax: 031.646731  
oncology2007@  
endogroupinternational.com

**24-27 maggio**

**Villasimius (CA)**  
**7° CORSO AOGOI DI AGGIORNAMENTO TEORICO PRATICO IN MEDICINA EMBRIO-FETALE E PERINATALE**

Segreteria organizzativa  
IMC srl  
Viale Trieste 93 09123 Cagliari  
Tel.: 070/273470  
Fax: 070/273306  
giorgia.imc@tin.it

**8-10 giugno**

**Marina di Ostuni (BR)**  
**4TH CONGRESS ON ULTRASOUND IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

Segreteria organizzativa  
CENTRO ITALIANO CONGRESSI - CIC  
Via Escrivù 28 70124 Bari  
Tel. 080.5043737  
Fax: 080.5043736  
info@cicsud.it

segue dalla prima

desiderino a inviare contributi scientifici per il prossimo Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui, che si svolgerà a Napoli (14-17 ottobre 2007), affinché possano essere esaminati dalla commissione scientifica Aogoi e, se ritenuti validi, possano essere presentati dai relatori. Il nuovo anno si annuncia con nuove sfide da affrontare e con numerosi impegni da portare a termine. L'Aogoi dovrà confrontarsi con le novità e i cambiamenti, con nuove tendenze e richieste, ma con la consueta attenzione e lungimiranza sarà sicuramente pronta a cogliere i mutamenti e le nuove esigenze, in favore del benessere delle "nostre" pazienti. Le bio-tecnologie nella genetica, nella medicina della riproduzione e nell'oncologia compiono continui progressi. Tuttavia, pur con l'adeguata formazione e aggiornamento, non dobbiamo tralasciare il rapporto umano, l'aspetto psicologico e la comunicazione con la paziente, che la nostra professione di ginecologi tradizionalmente ci richiede.

La donna non vuole essere considerata un numero, un oggetto di ricerca a cui somministrare farmaci o su cui eseguire un operazione con successo. Vuole essere informata, vuole partecipare alla scelta dell'iter diagnostico, alle decisioni terapeutiche e, come medici, abbiamo il dovere di favorirla e incoraggiarla. Sappiamo che spesso non è facile, anche perché la formazione acquisita dalla maggior parte di noi durante gli studi è stata disattenta e carente riguardo a queste

problematiche. È tuttavia mandatario, adesso, recuperare questo fondamentale aspetto della nostra professione e l'Aogoi vuole impegnarsi maggiormente in questo campo. La nostra Associazione è sempre più destinata a essere l'interlocutore privilegiato delle istituzioni sociali e politiche riguardanti il benessere femminile, e il ministro della Salute, l'Onorevole Livia Turco, è per noi di grande stimolo, e fonte di continui input reciproci. Lo scorso dicembre abbiamo partecipato all'Audizione alla Camera dei Deputati (vedi pagina 9) per discutere, con la XII Commissione Affari Sociali le "Nuove Norme in Materia di Parto", e confidiamo che le nostre proposte e i nostri suggerimenti vengano accolti dal Parlamento. Le nuove proposte di legge sull'analgesia del parto, sulla riduzione del taglio cesareo, sull'integrazione territorio-ospedale, sui

consultori, sull'applicazione del progetto materno-infantile, sull'umanizzazione della gravidanza, insieme alle maggiori tutele legali e assicurative e alla introduzione del riconoscimento "dell'attività usurante" degli operatori sanitari di sala parto, non potranno che essere accolte favorevolmente. Tante idee, tante proposte ed iniziative verranno riportate regolarmente nell'organo di stampa ufficiale "GynecoAogoi", che, con un comitato scientifico ed editoriale entusiasta e innovativo, si offre a disposizione di tutti gli associati che vogliano dare il proprio contributo. A nome mio e di tutto il Consiglio Direttivo, del Comitato Scientifico ed Editoriale di GynecoAogoi, rinnovo a tutti voi gli auguri di un felice e costruttivo 2007.

Giovanni Monni

<p><b>GYNECO AOGOI</b></p> <p>ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI</p> <p>PRESIDENTE Giovanni Monni DIRETTORE SCIENTIFICO Felice Repetti COMITATO SCIENTIFICO Giovanni Brigato Antonio Chiantera Valeria Dubini Carlo Sbiroli DIRETTORE RESPONSABILE Eva Antoniotti</p>	<p>COORDINAMENTO EDITORIALE Arianna Alberti email: redazione@hcom.it PUBBLICITÀ Publiem srl Centro Direzionale Colleoni Palazzo Perseo 10, 20041 Agrate (Milano) Tel. 039 6899791 - Fax 039 6899792 EDITORE Health Communication 00147 Roma, Via Vittore Carpaccio, 18 Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228</p> <p>Testata associata <b>A.N.R.S.</b></p>	<p>PROGETTO GRAFICO Giancarlo D'Orsi VIDEOIMPAGINAZIONE Daniele Lucia, Barbara Rizzuti STAMPA Tecnostampa srl Via Le Brecce 60025 Loreto (Ancona) ABBONAMENTI Annuo: € 26 Prezzo singola copia: € 4</p> <p>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</p> <p>Finito di stampare: dicembre 2006 Tiratura 5.000 copie</p>
---	--	--

