

editoriale

04 2006

Un ministero rosa

di Carlo Sbiroli

Accogliamo con grande soddisfazione la nomina di Livia Turco alla guida del ministero della Salute. A giudicare dai primi passi, possiamo aspettarci un mandato che lascerà segni positivi e tangibili in particolare per la salute delle donne, che è il terreno del nostro lavoro e del nostro quotidiano impegno

Ho davvero molto apprezzato che tra le primissime dichiarazioni del neoministro ci sia stata la formulazione di un progetto per "garantire a tutte le mamme italiane la possibilità di partorire senza dolore". Immediatamente, in qualità di presidente Aogoi, ho inviato una lettera di felicitazioni a Livia Turco per il nuovo incarico, offrendole la più completa disponibilità a una collaborazione per concretizzare questo obiettivo, che la nostra Associazione sta perseguendo da tempo, e qualsiasi altra iniziativa finalizzata ad alleviare le sofferenze delle donne, in particolare durante la gravidanza e il parto. Credo sia importante ricordare che anche l'Inchiesta parlamentare sulla denatalità, promossa nella scorsa legislatura dalla Commissione Igiene e sanità del Senato, aveva indicato nelle sue conclusioni che tra le prime cause della riduzione delle nascite nel nostro Paese c'è la paura del dolore da parto. Garantire alle donne la possibilità di ricorrere al "parto indolore" gratuito vuol dire superare le discriminazioni economiche che consentono solo alle più fortunate di poterne beneficiare e anche avvicinare l'Italia al resto d'Europa, dove l'anestesia epidurale viene praticata su oltre il 50% delle partorienti, con indubbi vantaggi per la donna, sia sotto il profilo psico-fisico sia medico. Realizzare questo obiettivo significherebbe, inoltre, avere la possibilità di ridurre i tagli cesarei, un'altra battaglia

segue a pag. 15

In allegato il
supplemento con le
Linee guida dell'Ispe
per la sicurezza del
lavoro e l'igiene
nel Blocco Parto

Un obiettivo da realizzare
in tutti gli ospedali italiani

Partorire senza dolore

PRIMO PIANO

La nuova squadra della Salute. Livia Turco: dopo 10 anni una donna torna alla guida del ministero della Salute. I nuovi sottosegretari e i medici parlamentari
alle pagine 3-5

PROFESSIONE

Clinica, ricerca, formazione e management: quali sfide per il medico del domani
a pagina 8

ULTIMORA

Pronte le Commissioni
parlamentari della sanità
a pagina 20



Dopo dieci anni, una donna torna alla guida del ministero della Salute. È Livia Turco (Ds), nominata lo scorso 17 maggio ministro della Salute dal Governo presieduto da Romano Prodi, che già nel 1996 aveva scelto di affidare la guida del dicastero della Salute a una donna. “Il cittadino al centro del Ssn non dovrà essere più solo uno slogan, ma una realtà”. Questa una delle prime dichiarazioni rilasciate dal neoministro alla Salute, che ha affermato l'intenzione di voler svolgere il suo mandato “nel solco tracciato da Rosy Bindi”

Livia Turco è il nuovo ministro della Salute



di Lucia Conti

Il Governo è fatto. Il 17 maggio il neoeletto presidente del Consiglio Romano Prodi ha presentato la sua squadra di Governo che, dopo un balletto di cifre susseguitosi nei giorni, appare alla fine così composto: 2 vicepremier, 25 ministri, 10 vice-ministri e 63 sottosegretari. In totale il nuovo Governo di Centrosinistra è formato da 98 persone (a cui si aggiungono il premier e i vicepresidenti): 43 fanno anche parte del Parlamento (8 senatori e 35 deputati), 55 sono i membri “tecnici” o non eletti.

E dopo dieci anni, una donna torna alla guida del ministero della Salute. È Livia Turco (Ds), nominata lo scorso 17 maggio ministro della Salute dal Governo presieduto da Romano Prodi, che già nel 1996 aveva scelto di affidare la guida del dicastero della Salute a una donna, Rosy Bindi.

La XV legislatura, dunque, può avere inizio. A differenza della Cdl, l'Unione si è presentata alle elezioni con un programma molto dettagliato, anche sulla sanità. Ricco di spunti: privilegiare, in ambito assistenziale, lo sviluppo dei servizi alle persone e alle famiglie rispetto ai trasferimenti monetari; istituire un Fondo per il Mezzogiorno, varare un nuovo Piano straordinario di investimenti per la ristrutturazione edilizia e tecnologica nazionale, creare un Forum nazionale del legame sociale che raccolga le buone pratiche diffuse sul territorio.

Inoltre, appare significativo che tra i primi atti del Governo, l'Unione abbia deciso di indire gli “Stati genera-

li della sanità e del sociale”, a sottolineare l'importanza strategica di questi settori per tutto il Centrosinistra.

Ora che il Governo c'è, questi punti dovranno però trasformarsi da programma elettorale a oggetto di precise iniziative legislative e politiche di Governo. Per la vastità dei compiti e degli ambiti toccati, sembra chiaro che tutto il peso di una strategia così vasta non possa ricadere sui soli ministeri della Salute e delle Politiche Sociali. Se si vuole realizzare davvero questo progetto, la sanità e il welfare dovranno entrare a pieno titolo nelle grandi priorità della legislatura, con una presa in carico dell'intero Esecutivo. L'auspicio è che tutto non si risolva in trattative meramente finanziarie tra singoli ministri di settore e nelle stanze del ministero dell'Economia, finora incontrastato detentore del potere di lanciare o fermare il cambiamento e lo sviluppo, anche, del Ssn.

GLI IMPEGNI DEL MINISTRO TURCO

Poco dopo aver prestato giuramento al Quirinale, Livia Turco ha richiamato l'attenzione sui punti prioritari su cui intende intervenire per migliorare la sanità italiana. “La sanità ha bisogno di soldi e questa è una delle prime condizioni che porrò sul tappeto e, d'altra parte, è uno dei punti del programma”. Però, maggiori risorse “non bastano. Ci sono problemi che riguardano la qualità del sistema e un altro punto importante è la lotta agli sprechi, la necessità di

moralizzare la sanità, di dare fiducia ai medici e rendere il cittadino sempre più competente”.

Secondo Turco, la sanità italiana “può puntare molto sulla qualità. Ci sono cose che non costano e che garantiscono la salute dei cittadini. Quello che ho a cuore sono gli obiettivi di salute”.

A questo scopo, per il neoministro sarà necessario “rilanciare la sanità pubblica, colmare il divario che penalizza il Sud ed evitare che la salute si riduca a una questione ospedaliera”. Priorità che Turco ha affermato di voler affrontare con un lavoro di squadra che coinvolgerà le Regioni, i professionisti sanitari e le associazioni di malati. “Nel programma dell'Unione si dice che la salute è un investimento: bisognerà concretamente dimostrarlo, soprattutto ai cittadini che hanno perso la fiducia nella sanità pubblica e sono stati illusi dalla sirena della sanità privata”.

Il ministero della Salute, ha sottolineato, eserciterà la sua funzione così come prevista dal Titolo V della Costituzione, e cioè “di indirizzo, monitoraggio, valutazione, proposta e accompagnamento alle Regioni più deboli. Mi sta molto a cuore il Mezzogiorno – ha proseguito – e voglio chiedere alle Regioni più forti di aiutare chi è restato indietro”.

Nel corso della prima riunione con gli assessori regionali alla Sanità, svoltosi lo scorso 24 maggio, Turco ha dichiarato di voler promuovere “una nuova metodologia di lavoro che consenta una consultazione costante tra il ministro della Salute e gli asses-

sori regionali alla Sanità su tutte le questioni di rispettiva competenza. Nello stesso tempo – ha proseguito il ministro – è stato deciso di dar luogo quanto prima a un confronto tra Governo e Regioni in vista dell'imminente definizione del Documento di programmazione economica finanziaria e della prossima Legge Finanziaria 2007", che "non sarà a vincoli, che non servono a niente, ma sarà una Finanziaria con azioni e obiettivi condivisi con le Regioni". In riferimento ai disavanzi regionali, Turco ha sottolineato come "la situazione della finanza pubblica, e le opportune iniziative di verifica degli andamenti di spesa nei diversi comparti, richiedono il massimo rigore nella gestione della spesa sanitaria. In tal senso – ha spiegato – è intenzione del Governo di proseguire, in accordo con le Regioni, nella politica di controllo e di correzione delle eventuali inapproprietezze con l'obiettivo del pareggio di bilancio delle strutture del Servizio sanitario nazionale. Ci sono Regioni virtuose e altre che non lo sono. Noi vogliamo che tutte lo diventino e si mettano al passo".

Intanto, alle Regioni con i conti in rosso è stato concesso una proroga di un mese per coprire i disavanzi sanitari 2005. Allo stesso tempo, però, il Governo ha deciso lasciare valide le norme previste dalla Finanziaria 2005, con cui si impone alle Regioni di far scattare gli aumenti delle addizionali Irpef e dell'Irap se, entro la fine di giugno, non saranno in grado di fare fronte allo sfioramento della spesa sanitaria. Secondo Turco, "quest'ennesimo allarme sulla spesa sanitaria dimostra che il Ssn ha bisogno di una nuova stagione e di un nuovo modo di operare nelle scelte e nelle strategie complessive", nella convinzione che "la battaglia per una spesa sanitaria equilibrata e rispettosa dei vincoli di bilancio non si vince con i tagli e le imposizioni, si vince con la qualità nella gestione, nell'organizzazione e nelle prestazioni sanitarie. Perché qualità è anche efficacia nelle scelte e parsimonia nelle spese".

Tra le priorità del ministro anche il problema della spesa farmaceutica, anch'esso da affrontare in una logica che sappia coniugare "rigore nei controlli, appropriatezza nelle prescrizioni e nei percorsi terapeutici, contenimento della spesa pubblica e dei costi a carico dei cittadini. Il tutto – ha detto Turco – in un quadro di sviluppo dell'intera filiera del far-

IL NUOVO MINISTRO

Livia Turco è nata il 13 febbraio 1955 a Cuneo. Sposata e madre di Enrico, è stata eletta lo scorso aprile al Senato; è stata membro della Camera a partire dalla X legislatura (1987). Iscritta al partito dei Democratici di Sinistra (Ds), ha fatto parte della Segreteria nazionale del partito dal 1986 ed è stata responsabile nazionale delle donne del Pci, poi Pds, dal 1986 al 1994.

Nella X e XI legislatura ha fatto parte rispettivamente della Commissione Giustizia e della Commissione Lavoro pubblico e privato. Nel maggio 1996 è stata chiamata da Romano Prodi a ricoprire l'incarico di ministro per la Solidarietà sociale, incarico che ha conservato anche nei successivi Governi D'Alema e Il Amato.

Tra i provvedimenti legislativi e di riforma più significativi che Livia Turco ha portato a termine ricordiamo, in particolare, la Legge 328 del 2000 sull'assistenza sociale.

La "Legge Quadro per la Realizzazione di un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali" – redatta con il contributo determinante dei



sindacati, dei pensionati, degli operatori sociali, dei volontari, del mondo del non profit e degli Enti locali – prevede il potenziamento dell'assistenza domiciliare per gli anziani, con l'aumento dei servizi e degli aiuti per le persone con disabilità gravi e le loro famiglie, e l'aumento e il miglioramento degli interventi a sostegno dell'infanzia e delle famiglie. Una legge per valorizzare il volontariato e il non profit, che aumenta l'occupazione e riqualifica le professioni del sociale.

maco coerente con una visione del sistema sanitario, delineata dal Presidente Prodi, quale settore dinamico e vero e proprio potenziale fattore di crescita per la stessa economia del Paese".

Per questo il ministro ha annunciato di aver chiesto l'apertura di un tavolo congiunto con il ministro dello Sviluppo Economico, cui partecipino tutti gli attori del sistema farmaceutico: Regioni, operatori sanitari, industria, farmacie, distributori farmaceutici e grande distribuzione e, naturalmente, associazioni di rappresentanza dei cittadini e dei consumatori.

In un messaggio inviato in occasione della Confe-

renza stampa di presentazione della V Giornata Nazionale del Sollievo, la ministra ha infine sottolineato l'attenzione che il dicastero della Salute ha intenzione di riservare al tema del dolore e del suo controllo. La "forte richiesta di attenzione per la qualità della vita e la consapevolezza delle difficoltà nelle quali, ancora oggi, si imbatte chi è costretto a fare i conti con il dolore, devono spingerci ad affrontare con determinazione le tante questioni ancora aperte". E ricordando "l'encomiabile" iniziativa legislativa promossa nel 2001 dall'allora ministro della Sanità, Umberto Veronesi, con cui si è determinato anche in Italia un quadro normativo di riferimento per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore, Turco ha però evidenziato come, tuttavia, "l'insieme dei provvedimenti che si sono succeduti sino ad oggi non hanno ancora prodotto quel salto di qualità che ci saremmo attesi, e che sarebbe stato utile. Il nostro Paese – ha detto – non riesce a staccarsi dalla posizione di fanalino di coda, in Europa e nel mondo, nelle graduatorie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'utilizzazione di farmaci oppiacei".

Per superare questa impasse, Turco ha elencato una serie di interventi urgenti "per dare ai cittadini e agli operatori un segnale della nostra volontà. Possiamo sburocratizzare e semplificare ulteriormente la prescrizione dei farmaci oppiacei, per esempio attraverso l'eliminazione del ricettario speciale. Possiamo sostenere e promuovere, d'intesa con le Regioni, l'applicazione delle linee guida di Ospedale senza dolore, a cominciare dalla misurazione e dalla registrazione del dolore. Possiamo rendere obbligatorio l'aggiornamento degli operatori, e in particolare di alcune categorie, per esempio i medici di medicina generale, su questi temi attraverso il sistema dei crediti Ecm. E possiamo – ha concluso – aumentare l'informazione nei confronti dei cittadini, e la sua efficacia".

L'epidurale presto tra i Lea

Introdurre l'anestesia epidurale nei Lea per garantire alle donne una parto senza dolore. Un impegno annunciato lo scorso 23 maggio dal neoministro della Salute in occasione dell'inaugurazione di un nuovo reparto di puerperio al Policlinico Umberto I di Roma. "Non è solo una questione di risorse", ha detto il ministro. "L'epidurale nei Lea – ha motivato – è in primo luogo una decisione dettata dal rispetto della donna. Lo stesso rispetto che ispira il disegno di legge annunciato dal Presidente Romano Prodi per il sostegno al parto sicuro, senza dolore e naturale".

Lo stesso provvedimento, ha affermato Turco, servirà anche a dare le "indicazioni precise per lavorare insieme alle Regioni per contrastare il ricorso eccessivo al parto cesareo. Ridurre l'inappropriatezza

vuol dire anche eliminare spese sbagliate che tolgono risorse alla buona sanità". L'obiettivo del ministro è di offrire alle donne "un'esperienza positiva e non dolorosa del parto e della maternità". "In Italia – ha affermato – credo che si siano fatti dei passi indietro per quello che riguarda il parto. Ci sono troppi parti cesarei e la situazione della neonatologia deve essere fortemente sostenuta". Per questo Turco ha sottolineato la necessità di accompagnare la donna durante tutte le fasi del divenire madre, a partire dai mesi della gravidanza, per continuare durante i primi mesi di maternità, magari con "un programma di assistenza domiciliare nei primi tre mesi di vita del bambino", in modo tale da far "diminuire anche i casi, crescenti, di depressione post partum".

I NUOVI SOTTOSEGRETARI



Antonio Gaglione, medico cardiologo, professore associato di Cardiologia e chirurgia all'Università di Foggia e di Cardiologia dello sport all'Università di Scienze motorie.

È stato senatore della Margherita nella XIV legislatura. Ha contribuito alla realizzazione, a Bari, del primo servizio di cardiologia interventistica regionale.



Gian Paolo Patta, sindacalista, segretario generale della Cgil per i settori pubblici. Aderisce alla Cgil nel 1982 e al Congresso del 1986 partecipa alla costituzione dell'area di "Democrazia

consiliare" iniziando la carriera di dirigente nazionale come componente dell'esecutivo della Confederazione. Nel '91 passa alla componente di minoranza "Essere sindacato" fino al '94.



Serafino Zucchelli, medico è, dal 2000, segretario nazionale dell'Anaa Assomed, il maggiore sindacato dei medici dirigenti del Ssn. Dal 1999 è direttore del Dipartimento di

emergenza della Ausl di Modena. Nel "curriculum" di Zucchelli, il contributo alla redazione della Legge Mariotti del 1968 sulla riforma ospedaliera. Ha partecipato anche alla redazione della riforma Bindi del 1999.

I medici parlamentari

Dopo le elezioni del 9 e del 10 aprile scorso, al Parlamento siedono meno camici bianchi: rispetto alla scorsa legislatura sono diminuiti del 30%. I neoeletti sono 53 in totale, dei quali 41 alla Camera e 12 al Senato.

A Montecitorio ci saranno anche 3 farmacisti e 2 veterinari, mentre a Palazzo Madama è stato eletto un infermiere e un tecnico ortopedico. Non ha passato le elezioni il leader dell'Anaa Assomed, Serafino Zucchelli, candidatosi nelle liste Ds per il Senato. Ma per lui è arrivata dopo poco la nomina di sottosegretario alla Salute da parte del ministro Livia Turco. I camici bianchi sono diminuiti di 22 unità rispetto alla scorsa legislatura, ma erano 75 in meno dopo le elezioni del 2001 e ben 80 dopo quelle del 1996. Un decremento che comunque non preoccupa il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, che ha annunciato la volontà di incontrare tutti i medici eletti. "Se si farà una 'grande' politica, fatta di 'grandi' scelte – ha detto Bianco – la rappresentanza professionale può comunque essere più che sufficiente".

Nel dettaglio, i 12 medici senatori sono stati eletti nelle liste di Forza Italia (4), Democrazia e Libertà (3), Democratici di sinistra (2), Lega Nord (2) e Udc (1), mentre i Comunisti italiani hanno eletto al Senato un infermiere e l'Italia dei Valori un tecnico ortopedico.

Alla Camera, i 41 medici eletti provengono dalle liste dell'Ulivo (15), Forza Italia (10), An (4), Udc (4), Udeur (2), Dc-nuovo Psi (2), Comunisti italiani (1), Rifondazione comunista (1), Verdi (1), Italia dei Valori (1). L'esito elettorale costringerà anche a una revisione delle Commissioni parlamentari di sanità. Al Senato, infatti, sono stati riconfermati solo 6 dei 25 componenti la Commissione Igiene e sanità nella scorsa legislatura. Potrebbe avere invece una maggiore continuità la Commissione Affari Sociali della Camera, con la riconferma nell'Aula di Montecitorio di 26 dei suoi 46 componenti nella scorsa legislatura.

Tra i neoparlamentari medici della XV legislatura, nel Centrosinistra spiccano i nomi di Ignazio Marino (chirurgo esperto in trapianti che ha operato a lungo a Pittsburgh, ora eletto tra i Ds), Luigi Cancrini (psichiatra impegnato contro la criminalizzazione delle tossicodipendenze, eletto nel PdCI) e Paola Binetti (neuropsichiatria infantile di area cattolica, ora in Democrazia e Libertà).

Nel Centrodestra ci sono state conferme di medici parlamentari come Antonio Tomassini (già presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato), Domenico Di Virgilio e Domenico Zinzi (sottosegretario alla Sanità durante il ministero Storace), Giuseppe Palumbo e Francesco Paolo Lucchese (presidente e vicepresidente della Commissione Affari sociali della Camera).

Molti anche i nomi noti della politica sanitaria che non saranno nelle aule di Camera e Senato, a cominciare da Eolo Parodi, che in marzo aveva annunciato con amarezza di aver intenzione di chiudere la sua lunga esperienza politica. Ma non ci saranno, perché non candidatisi o perché non eletti, neanche Monica Bettoni (Ds), Marida Bolognesi (Ds), Francesco Carella (Verdi), Maura Cossutta (Prc), Paolo Danieli (An), Cesare Ercole (Lega Nord), Grazia Labate (Ds), Fabio Minoli Rota (Fi), Giuseppe Petrella (Ds), Rocco Salini (Fi), Flavio Tredese (Fi).

Ecco l'elenco completo dei professionisti sanitari del Parlamento

SENATO

Medici

Roberto Antonione (FI)
Paola Binetti (Margherita)
Paolo Bodini (DS)
Daniela Bosone (DL)
Roberto Calderoli (Lega)
Salvatore Cuffaro (Udc)
Angelo Michele Iorio (FI)
Ignazio Marino (DS)
Piergiorgio Massidda (FI)
Massimo Polledri (Lega)
Giuseppe Scalerà (Margherita)
Antonio Tomassini (FI)

Infermiere

Dino Ribaldi (PdCI)

Tecnico ortopedico

Giuseppe Caforio (IdV)

CAMERA

Medici

Giacomo Baiamonte (FI)
Lucio Barani (DC nuovo PSI)
Dorina Bianchi (Ulivo)
Gino Bucchino (Unione)
Giovanni Mario Salvino Burtone (Ulivo)
Marco Calgaro (Ulivo)
Luigi Cancrini (PdCI)
Giorgio Carta (Ulivo)
Carla Castellani (AN)
Massimo Cialente (Ulivo)
Carlo Ciccioli (AN)
Paolo Cirino Pomicino (DC – Nuovo PSI)
Giulio Conti (AN)
Leopoldo Di Girolamo (Ulivo)
Domenico Di Virgilio (FI)
Giuseppe Drago (Unione di Centro)
Luigi Fabbri (FI)
Gaetano Fassolino (FI)
Luigi Fedele (FI)
Giuseppe Fioroni (Ulivo)
Renato Galeazzi (Ulivo)
Salvatore Iacomino (PRC)
Maria Grazia Laganà Fortugno (Ulivo)
Ferdinando Latteri (Ulivo)
Francesco Paolo Lucchese (UDC)
Giuseppe Francesco Maria Marinello (FI)
Vincenzo Nespoli (AN)
Giuseppe Palumbo (FI)
Tommaso Pellegrino (Verdi)
Mario Pepe (FI)
Rocco Pignataro (Lista di elezione: Popolari Udeur, iscritto al gruppo parlamentare misto)
Michele Pisacane (Lista di elezione: Popolari Udeur, iscritto al gruppo parlamentare misto)
Americo Porfidia (IdV)
Maurizio Ronconi (UDC)
Antonio Rotondo (Ulivo)
Paolo Russo (FI)
Emanuele Sanna (Ulivo)
Antonello Soro (Ulivo)
Francesco Stagno D'Alcontres (FI)
Riccardo Villari (Ulivo)
Domenico Zinzi (UDC)

Farmacisti

Rocco Crimi (FI)
Chiara Moroni (FI)
Roberto Ulivi (AN)

Veterinari

Gianni Mancuso (AN)
Rodolfo Guglielmo Viola (Ulivo)

Uno studio dell'Assr sulle strutture di ricovero in Italia

Meno posti letto, ma più differenze regionali

Pubblicati i dati, relativi al 2004, sui posti letto ospedalieri disponibili in Italia, articolati per tipologia e per Regione. Dai 10,6 p.l. esistenti nel 1975 ogni mille abitanti, oggi si è scesi a 4,64 p.l. Ma ogni Regione ha un diverso profilo, sia per quanto riguarda il rapporto tra pubblico e privato, sia per quanto riguarda le branche specialistiche

Da almeno vent'anni si lavora per "contingentare" i posti letto disponibili nelle diverse strutture sanitarie. La legge 595/85 sulla programmazione sanitaria, infatti, fissava a 6,5 p.l. ogni mille abitanti il parametro tendenziale per l'assistenza ospedaliera, indicando la necessità che almeno l'uno per mille fosse riservato alla riabilitazione. Col passare degli anni, e con il succedersi degli interventi legislativi, questi parametri sono scesi progressivamente. L'ultimo intervento in materia è quello dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che all'articolo 4 impegna le Regioni ad alcuni interventi:

- a) adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2007, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;
- b) adottare, entro il 30 settembre 2005, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica.

L'accordo del marzo 2005 dava seguito a quanto previsto nella legge Finanziaria di quell'anno, che indicava

in modo dettagliato le misure di contenimento della spesa sanitaria che le Regioni dovevano attuare, tra le quali appunto "il processo di razionalizzazione delle reti strutturali dell'offerta e della domanda ospedaliera, con particolare riguardo al riequilibrio dell'offerta dei posti letto per acuti, per lungodegenza e per riabilitazione, nonché la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno". E nella Finanziaria 2006 il richiamo si è ripetuto, agganciando l'erogazione di parte delle risorse a interventi in questa direzione.

LA DISPONIBILITÀ DI RICOVERI

Oltre vent'anni di politiche volte a ridimensionare e razionalizzare la rete ospedaliera, che hanno spesso provocato tensioni tra gli operatori dei servizi e anche tra la popolazione, hanno comunque dato risultati. Se nel 1975 i posti letto ospedalieri erano 588.100, pari a 10,6 p.l. ogni mille abitanti, nel 2004 il loro numero è sceso a 268.878, ovvero 4,64 p.l. per mille abitanti. Sulla base dei dati raccolti dal Nsis (Nuovo sistema informativo sanitario) del ministero della Salute appare però importante comprendere le grandi differenze tra le diverse realtà regionali, anche in rapporto alle diver-

se specializzazioni. Una prima fotografia dell'esistente è stata fornita con la pubblicazione delle tabelle che riportiamo in queste pagine (sul sito dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali www.assr.it è possibile trovare anche le tabelle dettagliate per tipologia di struttura e specializzazione riferite a ciascuna Regione). Ma l'Assr intende ora approfondire l'esame di questi dati, ad esempio istituendo confronti diretti tra le Regioni che hanno la medesima struttura demografica o procedendo alla verifica delle correlazioni tra i tassi di ospedalizzazione e i tassi di occupazione dei posti letto per disciplina. Si pensi, ad esempio, alla situazione di due grandi regioni come il Lazio e la Toscana. La Toscana ha una disponibilità di posti letto complessivi sostanzialmente in linea con la media nazionale (4,46 per mille) e ha quasi raggiunto il limite dei p.l. per acuti (attualmente sono 4,11 per mille) ma è ancora carente per quanto riguarda lungodegenza e riabilitazione (0,35 per mille). Il Lazio invece eccede in ogni ambito: i p.l. complessivi sono 5,77 per mille, di cui 4,61 per acuti e 1,16 per non acuti. D'altra parte in Toscana i p.l. in strutture accreditate sono il 13,6% del totale, mentre nel Lazio sono quasi il 30%.

E.A.

La situazione in ostetricia e ginecologia

Sono 19.445 i posti letto complessivamente disponibili in Italia nei reparti di ostetricia e ginecologia, comunque riconducibili al Ssn e comprensivi cioè di Irccs e strutture accreditate. La maggior parte di queste disponibilità di ricovero (9.200 p.l.) sono

in Ospedali a gestione diretta, mentre 5.695 sono in Aziende ospedaliere, 2.764 sono in strutture accreditate, 837 in Ospedali classificati, 507 all'interno di Policlinici universitari, 442 in Irccs e infine 66 in strutture di aziende territoriali. I modelli organizzativi di

ciascuna Regione fanno sì che, osservando i dati scorporati, si evidenzino profonde diversità. Così, ad esempio, mentre in Lombardia la gran parte dei posti letto di ostetricia e ginecologia si trova all'interno di Aziende ospedaliere, nel Lazio sono in Ospedali a gestione diretta. Differenze notevoli anche nel numero di posti letto disponibili in

rapporto alla popolazione. In due Regioni che hanno circa lo stesso numero di abitanti si conta una differenza di circa il 30%: mentre in Puglia i p.l. sono 1.547, in Emilia Romagna se ne contano solo 1.216. Nella tabella abbiamo elaborato i dati forniti dall'Assr per i reparti di ostetricia e ginecologia, che ricordiamo sono relativi all'anno 2004.

Regione	Popolazione (Istat 2004)	AO	Osp. gestione diretta	Policl. univers.	IRCSS	Osp. class.	Ist. qual. presidio Asl	Totale PL pubblici	Totale PL accredit.	Totale generale	PL* per 1.000 abitanti
Piemonte	4.270.215	417	650			35		1.102	43	1.145	0,268
Valle d'Aosta	122.040		32							32	0,260
Lombardia	9.246.796	2.489	23		156	169		2.837	272	3.109	0,336
P.A. Bolzano	471.635		196					196		196	0,416
P.A. Trento	490.829		139			33		172		172	0,350
Veneto	4.642.899	198	1.093			73	27	1.391	6	1.397	0,301
Friuli Venezia Giulia	1.198.187	58	183	56	71			368	50	418	0,349
Liguria	1.577.474	129	198		47	31		405		405	0,258
Emilia Romagna	4.080.479	365	678					1.043	173	1.216	0,298
Toscana	3.566.071	234	712					946	50	996	0,279
Umbria	848.022	84	182					266	18	284	0,335
Marche	1.504.827	88	320					408	61	469	0,316
Lazio	5.205.139	193	730	222	23	231	39	1.438	245	1.683	0,323
Abruzzo	1.285.896		436					436	18	454	0,353
Molise	321.697		114					114	5	119	0,370
Campania	5.760.353	249	804	97	12	141		1.303	813	2.116	0,367
Puglia	4.040.990	210	903		131	78		1.322	225	1.547	0,383
Basilicata	597.000	76	220					296		296	0,496
Calabria	2.011.338	144	393					537	303	840	0,418
Sicilia	5.003.262	710	651	132	2	46		1.541	322	1.863	0,372
Sardegna	1.643.096	51	543					594	160	754	0,459

Fonte: Elaborazione Health Communication su dati Assr

Formazione permanente, disponibilità al cambiamento, curiosità del nuovo, pluralità di ruoli, educazione al management. Queste le parole chiave per il medico del domani

Il futuro della nostra professione

L'impatto delle grandi trasformazioni che hanno attraversato la nostra società, frutto di progressi scientifici, ma anche di logiche di mercato, è stato, nella nostra specialità, più forte che in altri ambiti. Tanto da rendere difficile, se non impossibile, la lettura dei problemi legati alla salute della donna e alla sua tutela.

Ma i segnali di un cambiamento profondo – ingenerato dalle *medical humanities* e anche da una “femminilizzazione” della professione – ci sono. È in quest’ottica che gli Autori tracciano un profilo delle competenze e delle sfide che attendono il medico del domani nei 4 settori-pilastro della professione: clinica, ricerca, formazione e management

di Romano e Patrizia Forleo

Ginecologo, docente di ginecologia, psicosomatica e sessuologia Università Tor Vergata, Roma
Ginecologa, Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina, Roma

Parlare di futuro nella nostra specialità non è facile. I passi avanti nelle conoscenze scientifiche riguardanti la fisiopatologia della riproduzione e della sessualità sono stati così rilevanti da rendere quasi impossibile la lettura dei problemi riguardanti la salute della donna e la sua tutela. Questo ha comportato, in un primo momento, il moltiplicarsi delle sottospecialità, sulla scia dell'impero del mondo governato dal mercato, ove costi-benefici venivano valutati sul piano della “produzione” e l'apporto del singolo concentrato sul lavoro ripetitivo (fare bene una cosa sola e approfondire un solo tema). La reazione a questa tecnicizzazione della specialità è stata quella propria della New Age, dominante nelle società opulente: la fuga nell'esoterico. Fortunatamente, però, questo non è il futuro. Germi di novità emergono, non tanto dalla lettura scientifica degli abstract in Internet o dalle considerazioni pubblicate negli atti dei congressi, ma dal quotidiano confronto di coloro che si dedicano al servizio della donna. E questo, molto probabilmente, lo dobbiamo alla “femminilizzazione” della specialità, che ha contribuito ad arricchire quel “pensiero divergente” di cui le donne, in questo settore, sembrano più dotate. Lo slogan da noi adottato da tempo come guida del nostro lavoro: “Non medici di organi e apparati, ma medici della persona” viene oggi rafforzato dal ruolo crescente attribuito alle “*medical humanities*”, strumenti di formazione ritenuti fondamentali (bioetica, psicologia, antropologia, storia della medicina, sociologia, sessuologia, ecc), cui vanno ad aggiungersi competenze necessarie al lavoro di équipe e all'organizzazione del lavoro (management, economia...). Questo approccio ha comportato una revisione dei ruoli del personale che opera in ginecologia (il termine include l'ostetricia, termine derivato da *obstetrix* “stare davanti”, e quindi incentrato sulla figura del levatore/levatrice, attribuito al personale infermieristico nel recente passato), creando anche conflittualità tra coloro che si occupano del neonato (un tempo negli ospedali ruolo riservato alla puericultrice), le cui premesse si basano sull'antica distinzione tra chi segue la fisiologia e chi la patologia. Divisione questa che, non tenendo conto proprio delle “*medical humanities*”, valorizza maggiormente gli aspet-



ti tecnici, talora manuali, rispetto al ruolo “medico”, che ha nel colloquio il perno della sua azione. L'introduzione di una cultura attenta ai fenomeni del mondo intrapsichico e relazionale ha significato rivedere le modalità classiche di assistenza, iniziando dalla raccolta dell'anamnesi con il metodo di “ascolto della narrazione”, tramite il quale la gestante rivela, oltre alla sua storia fisiologica e patologica, i suoi stati d'animo e dà una propria interpretazione alla sua storia personale, inclusi gli investimenti affettivi.

Il medico si trova a non svolgere più una semplice azione di “accompagnamento”, e neppure si limita ad ottenere un consenso attraverso le sue informazioni, ma mette in atto una vera azione pedagogica atta a rendere la donna (ovviamente nella nostra specialità) protagonista delle proprie scelte di salute. Questo atteggiamento rivoluziona il rapporto-medico paziente ed anche il ruolo del personale che opera accanto al medico: non più intermediario, relegato in angoli propri, ma collaboratore attento, inseri-

to in un progetto di umanizzazione della specialità che nel lavoro di gruppo ha il suo punto di forza. Un compito oggi non facile da assolvere, per il prevalere di interessi economici e corporativi, chiusure campanilistiche alimentate dallo spirito di “devolution” che crea enormi ingiustizie sociali, non solo a livello locale ma mondiale.

In questo contesto è difficile prevedere in concreto come cambierà la nostra professione nel prossimo decennio, e quasi impossibile fare una previsione più a lungo termine. Cercheremo però di identificare alcuni aspetti che ci sembrano di maggior rilievo e che ci obbligano sin da oggi ad intraprendere la strada del cambiamento.

Quando parleremo di personale ginecologico, includeremo i laureati in scienze infermieristiche ostetriche (la cosiddetta “ostetrica”, oggi “dottore in ostetricia”) e il medico specialista in ostetricia e ginecologia, secondo i canoni oggi dettati in Europa, includendo anche i dottori in ricerca su singoli settori della specialità e le quattro sottospecialità riconosciute dalla Figo (Fisiopatologia della riproduzione, Oncologia, Perinatologia e Uroginecologia).

In questa accezione occorre ribadire che il medico del domani deve avere competenza nei quattro settori che costituiscono la sua professione: clinica, ricerca, formazione, management.

Queste competenze, che si sviluppano attraverso i sei anni di medicina e i cinque di specialità, vengono accresciute con la formazione permanente, che non deve limitarsi all’acquisizione di nozioni, di conoscenze scientifiche o all’apprendimento di tecniche, spesso, purtroppo, unico obiettivo della Educazione Medica Continua (Ecm), bensì creare sensibilità atte a meglio comprendere la persona.

CLINICA

La distinzione tra “liberi professionisti, ospedalieri e universitari” è oggi superata dal concetto sociologico di pluriprofessionalità. Non si può, infatti, fare bene lo stesso lavoro tutta la vita. L’etica della competenza, fondamentale e prioritaria in ogni professione, sottolineata da tempo dal concetto giuridico di “imperizia”, ci obbliga a non fare le cose che non si sanno fare.

Operare una paziente per un cancro del collo, quando non viene fatto in un ambiente con documentata esperienza nel settore, non è solo un “delitto” ma deve essere considerato un “atto eticamente inaccettabile”, così come eseguire un’ecografia con uno strumento non valido e/o senza un’esperienza e conoscenze specifiche.

Nel concetto di competenza, la “ripetitività” ha oggi assunto un’accezione negativa, specialmente in chirurgia: il ripetere le stesse tecniche e lo stesso approccio nel tempo non dà risultati migliori. Sono poche le persone che riescono a fare bene una cosa ripetendola per tutte le stagioni della vita in quanto non viene messa in campo quella dote essenziale che è la creatività. Per questa ragione nel progetto di educazione permanente di ognuno, deve essere dato ampio spazio al “cambiamento”, quasi fosse una continua “rivoluzione culturale” che ci obbliga a mantenerci “totipotenti”, o perlomeno “pluripotenti”, capaci cioè di differenziarsi per occupare spazi nuovi e diversi di azione professionale.

È fondamentale quindi poterci avvicinare a settori scientifici verso cui si sta muovendo la medicina: ricostruzione di tessuti e organi (dall’uso di trapianti a quello di cellule staminali proprie o eterologhe), genetica, neuro-psico-endocrinologia della riproduzione e della sessualità (psicosomatica), immunologia, sociobiologia, storia della medicina ginecologica, biotica, metodologia del rapporto-medico-paziente.

RICERCA

La ricerca non è solo finalizzata a “scoprire cose nuove”, ma è una scuola di costante curiosità verso il mondo che ci circonda, è il tentativo razionale di non accontentarci di ciò che si sa o che ci viene trasmesso, ma di esplorare nuovi orizzonti nel nostro lavoro. È fondamentale per inserire nel proprio progetto educativo la disponibilità al cambiamento.

Varia nelle stagioni di vita sia come argomento di studio, sia come metodo, sia come ruolo. Non è essenziale che produca risultati degni di pubblicazione in riviste ad alto *impact factor*. Deve innestare la “curiosità del nuovo”, la voglia di scoprire sentieri non battuti, nuove vie di interpretare il reale.

Esige tempo, disciplina, impegno spesso “gratuito”, non finalizzato alla carriera, ma al gusto di mettere sempre in discussione la nostra prassi quotidiana, di capire meglio gli altri e il mondo, di alimentare la propria professione con nuovi orizzonti.

La ricerca fa parte della vita del medico e del personale che con lui collabora. Non si dovrebbe insegnare se non si documenta un lungo lavoro di ricerca, né ricoprire ruoli manageriali se non si è cresciuti nello sforzo di ricerca.

FORMAZIONE

L’allungamento della vita e le scoperte delle neuroscienze che hanno definito la “plasmabilità” del nostro sistema nervoso centrale hanno rivoluzionato il concetto di educazione. Oggi sappiamo che per tutta la vita conserviamo potenzialità creative, a patto che si alimenti la nostra mente con apporti culturali, arricchiti da un investimento affettivo.

La vita non è più concepibile come divisa in tre parti: nella prima si va a scuola, nella seconda si produce lavorando, nella terza si perde ogni ruolo sociale e ci si dedica all’ozio. Noi tutti siamo eternamente educandi ed educatori. In questo consiste l’educazione continua.

In questo senso, tipico è l’esempio dell’assistenza alla nascita: durante la specialità ci si prepara inizialmente ad assistere in modo autonomo la gravidanza, il postpartum e il puerperio fisiologico, poi, si approfondisce la perinatologia patologica e si apprende l’ostetricia operatoria.

La chirurgia si impara passando lunghe ore in sala operatoria, dapprima come osservatori, poi come assistenti in tutti gli interventi ginecologici, solo successivamente operiamo sotto la guida di un aiuto-responsabile.

Si diventa autonomi e abili negli anni successivi e solo alla fine si diventa particolarmente esperti in un singolo settore, infine, ci si “lava” solo come secondi, aiutando ad operare (formando) i più giovani e/o meno esperti.

Infine, si osservano e studiano i nuovi metodi discutendone con gli operatori e mettendo in campo la propria esperienza.

Per educare occorre una “metodologia pedagogica”. Oggi il metodo più in voga è quello della “narrazione”, saper ascoltare la storia personale e nello stesso tempo parlare dei problemi attraverso la “parabola”, il “romanzo”.

MANAGEMENT

Non si diventa responsabili di un servizio, o di una struttura semplice o complessa, se non attraverso una seria preparazione alla leadership.

Il ruolo è sempre meno legato all’età e la funzione affidata presuppone, oltre alle conoscenze e competenze cliniche di base, doti personali di leadership: capacità di lavoro di gruppo, di delega, interesse empatico verso le persone che gli sono affidate, ecc.

È un delitto – anche in un capitalismo neoliberalista dove il “padrone” detta le regole valutando i risultati sul profitto – che chi ha funzioni direzionali non si adoperi per far crescere in responsabilità e ruolo i propri collaboratori.

L’introduzione dei Direttori generali ha messo in crisi il medico, che aveva avuto nel Direttore di Cattedra (il Barone) o nel Primario il suo “capo”.

Il giovane dirigente, incapace di valutare i costi/benefici della sua azione in termini economici, perché spesso i dati non gli vengono neppure comunicati, mai chiamato a pianificare insieme ai colleghi il lavoro nel dipartimento, è costretto a delegare agli amministratori, o a laureati in medicina senza esperienza clinica diretta di “cure and care” della singola persona, quali sono i direttori sanitari e gli epidemiologi, questa importante parte della sua professione: il management.

In sanità vi è stata poi un’invasione del politico, o meglio del partitico, che ha inquinato concorsi e selezione del personale. Il non assorbimento delle strutture dipartimentali, che innestavano il lavoro di gruppo, la promozione a ruoli di secondo livello di persone senza capacità di leadership o l’attribuzione di moduli solo per anzianità, ha fatto sì che i ruoli di alta dirigenza venissero affidati a personale non medico nell’accezione più profonda del termine.

Così, sia nel pubblico che nel privato, si sono scelti gli “obbedienti”, coloro che sapevano eseguire ciò che veniva deciso sopra la propria testa, più che gli innovatori e i “capi”.

Questa situazione non può che creare medici insoddisfatti del proprio lavoro, medici che scappano appena possono dalle mura di un ospedale, che si perdono nella professione libera, sia per il guadagno sia perché lì possono trovare il proprio ruolo ed esercitare la responsabilità di medico (“io ti curo”).

Quel che speriamo per il futuro è che ai nuovi professionisti venga data la possibilità di ricoprire una pluralità di ruoli intercambiabili, che sia possibile, per chi, in età più avanzata, sia più interessato alla libera professione divenire “consultant”; ed ancora alternare periodi con funzioni primarie a periodi dedicati all’impegno libero-professionale piuttosto che alle attività organizzativo-manageriali o alla didattica in settori specifici...

Affinché ciò si realizzi, però, è necessaria un’educazione continua al management, comprensiva anche dell’aspetto economico; il che richiede che la struttura si impegni a creare una “scuola” capace di selezionare i propri medici dopo averli preparati a ruoli manageriali ed educativi, oltreché clinici. È questa la sfida

della sanità del futuro. Non si avanza, né nella ricerca e neppure nella qualificazione dei servizi, se, accanto a quelli clinici, non si mettono in atto “protocolli di educazione permanente”.

Sopra ogni cosa, comunque, è indispensabile che ciascuno di noi coltivi quel desiderio di non fermarsi mai a cogliere i frutti, di ricercare nuove frontiere.



“Siamo soddisfatti di aver dato vita a un Servizio efficiente, pensato da donne per le donne. Adesso la sfida è replicarlo in altre realtà e convincere anche i colleghi uomini che riconoscere la violenza e curarne le vittime vuol dire occuparsi di salute”

Intervista ad **Alessandra Kustermann**

a cura di Arianna Alberti

Sull'ultimo numero del giornale, nello speciale dedicato alla violenza contro le donne, abbiamo accennato all'importante ruolo svolto dai centri anti-violenza, in particolare dal Svs, Centro di riferimento regionale della Lombardia: Soccorso Violenza Sessuale, che opera presso la Clinica Mangiagalli di Milano e che il prossimo novembre, dal 16 al 17, ricorderà i 10 anni di attività con un convegno organizzato nel capoluogo lombardo insieme al Gruppo nazionale Aogoi sulla violenza sessuale. L'appuntamento, come sottolineato dal titolo **10 anni di Soccorso Violenza Sessuale: cosa è cambiato? Assistenza sanitaria, medico-legale, psico-sociale e percorso giudiziario**, sarà occasione di riflessione e confronto sulle esperienze maturate a dieci anni dall'approvazione della legge 66/96 che ha cambiato i termini del reato di violenza sessuale, non più reato contro la morale ma contro la persona, oltreché di discussione sui problemi aperti e le prospettive future alla luce delle trasformazioni in atto nella società. Per conoscere meglio l'esperienza del Svs abbiamo rivolto alcune domande ad Alessandra Kustermann, ginecologa, che di questa struttura è stata ideatrice, insieme ad altre ginecologhe e medici legali, e ne è coordinatrice fin dalla sua creazione nel 1996.

Romana di nascita, classe '53, due figli e un nipote, Alessandra Kustermann svolge la sua attività di ostetrica-ginecologa alla Clinica Mangiagalli di Milano dove è stata assunta nel 1987, dopo aver lavorato per alcuni anni in vari consultori dell'hinterland milanese. Si è occupata principalmente di diagnosi prenatale e patologia della gravidanza e dal 1999 è responsabile di struttura semplice “Servizio Specialistico di Diagnosi Prenatale” della Clinica Mangiagalli. Coordinatrice del Gruppo nazionale di lavoro Aogoi sulla violenza sessuale alle donne e ai minori, dal 2001 è impegnata con altre colleghe e colleghi a diffondere protocolli di intervento e modelli di comportamento per le vittime, minorenni e maggiorenni, di violenza sessuale.

Dottoressa Kustermann, ci racconta com'è nata, e con quali obiettivi, quest'esperienza, la prima in Italia nell'ambito di una struttura ospedaliera?

Fin dal 1975 l'Onu stabilì che la violenza contro le donne è il crimine più diffuso nel mondo. La violenza sessuale è per definizione dell'Oms qualunque atto sessuale, approccio o commento a sfondo sessuale, traffico coatto di persone a scopo sessuale, perpetrato utilizzando coercizione fisica o psicologica da parte di chiunque, indipendentemente dalla relazione con la vittima. Coercizione che può essere messa in atto attraverso un ampio spettro di comportamenti violenti.

La violenza sessuale è un delitto contro l'integrità sia fisica che psichica di una persona. È un'aggressione che può determinare conseguenze di lungo periodo, problemi sessuali e riproduttivi. Le donne che hanno subito violenze soffrono maggiormente di depressione e tentano più spesso il suicidio; utilizzano più spesso qualsiasi tipo di servizio medico o psicologico, ospedaliero o ambulatoriale. Indagini effettuate tra gli operatori socio-sanitari dimostrano che la maggioranza di essi ha l'idea stereotipa che la violenza sessuale sia un grave

reato, ma relativamente raro. Alla percezione della ridotta rilevanza del fenomeno consegue una carenza di diagnosi appropriate per cui, alla stregua di quanto avviene per le malattie troppo rare, vi è una diffusa incapacità degli operatori di affrontare nel modo corretto l'anamnesi, l'esame obiettivo e l'eventuale terapia. L'accoglienza a una vittima di violenza può già costituire un primo intervento terapeutico, ma si deve basare su atteggiamenti empatici, di sospensione di qualunque giudizio, di contenimento dei sentimenti di disperazione e di orrore. I medici devono essere capaci di curare, ma anche di accogliere, ascoltare, comprendere le donne ed i minori che hanno subito un singolo episodio o una lunga storia di violenza. Dall'idea che le vittime di violenza sessuale hanno il diritto di trovare immediato soccorso in un luogo dove operatori sanitari competenti sappiano affrontare la visita e la raccolta delle prove ha preso avvio il Soccorso Violenza Sessuale (Svs). Riconoscere il diritto all'assistenza da parte di personale preparato ad affrontare la complessità dei problemi è stato la motivazione iniziale che ha spinto un gruppo di ginecologhe provenienti da esperienze lavorative diverse a lavorare insieme a medici legali e assistenti sociali.

Cosa differenzia il modello Svs da quello dei cosiddetti “percorsi ospedalieri” attivati in alcuni ospedali?

Il superamento del trauma determinato dalla violenza sessuale, sia intra che extra familiare, non si esaurisce nel primo intervento e nel progetto condiviso con la vittima. Molteplici aspetti culturali, economici e sociali condizionano la risposta individuale e le relazioni affettive preesistenti svolgono comunque un ruolo determinante. Le situazioni di vulnerabilità che possono coesistere con il trauma della violenza sessuale determinano una molteplicità di bisogni psico-socio-sanitari, che sono difficilmente affrontabili da un singolo medico, per quanto adeguatamente preparato, specie in un normale e affollato pronto soccorso ospedaliero. Vi è la necessità di prevedere, eventualmente anche in tempi successivi, l'intervento di professionalità differenti, che garantiscano un sostegno non solo sanitario e me-

Svs: i 10 anni di attività di un Servizio pensato da donne per le donne



Alessandra Kustermann

dico-legale, ma anche psicologico e sociale. Il modello Svs ha tenuto conto di tutte le esigenze delle vittime di violenza e abbiamo cercato di garantire all'interno del servizio la possibilità di dare risposte flessibili in base ai bisogni di chi ha richiesto il nostro aiuto. I “percorsi ospedalieri” attivati in molti ospedali italiani sono sicuramente apprezzabili. In passato le risposte erano improvvisate e più legate alla buona volontà dell'operatore coinvolto.

Il Svs opera all'insegna dell'interdisciplinarietà. Al suo interno lavorano a stretto contatto professionalità diverse: ginecologhe, assistenti sociali, psicologhe, medici legali, mediatrici culturali, molti volontari...Quante persone sono impegnate?

L'integrazione tra le diverse figure professionali e con l'associazionismo femminile e il volontariato sociale consente di mettere in atto tutte le azioni successive al primo intervento medico che, nella maggior parte dei casi, possono coinvolgere molteplici aspetti della vita della persona (denuncia, allontanamento dal domicilio, reperimento di una comunità di pronta accoglienza, sostegno psico-sociale, attivazione di ulteriori risorse e assistenza legale).

All'interno del servizio collaborano 18 ginecologhe (alcune dipendenti dalla Mangiagalli e da altri ospedali di Milano e Provincia, altre dai consultori familiari prevalentemente dell'ASL Città di Milano), 16 medici legali dell'Istituto di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Milano, 1 assistente sociale, 1 infermiera professionale e 1 psicologa della Clinica Mangiagalli (Fondazione Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena), 2 assistenti sociali e 1 psicologa dell'Asl Città di Milano.

La violenza sessuale è prevalentemente un reato senza testimoni. Inoltre le reazioni delle vittime possono es-

sere molto differenziate: alcune si difendono strenuamente, subendo spesso conseguenze fisicamente più evidenti, altre, per il terrore che suscita l'aggressione inaspettata, non riescono ad immaginare alcun meccanismo di difesa e subiscono la violenza passivamente, per cui è molto più difficile per loro dimostrarla in seguito. Un'accurata documentazione clinica e la corretta raccolta delle prove possono facilitare il percorso giudiziario, ma non ne garantiscono l'esito. Per questo il nostro servizio pubblico è affiancato da una associazione di volontariato (Svs Donna Aiuta Donna - Onlus) che garantisce alle vittime la consulenza e l'assistenza legale gratuita, oltre che un aiuto economico nell'emergenza. Inoltre, collaboriamo con associazioni femminili (Casa delle Donne, Cerchi d'Acqua) e con la Caritas. Esiste una rete istituzionale di riferimento e il volontariato sociale in questi settori è d'importanza fondamentale.

Come è finanziata l'attività del Centro, dagli aspetti psico-sociali a quelli medici e medico-legali?

Il Soccorso Violenza Sessuale è Centro di Riferimento Regionale della Regione Lombardia. La Fondazione Ircs Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena riceve un finanziamento apposito per tale funzione speciale, grazie al quale viene anche convenzionato l'Istituto di Medicina Legale dell'Università Statale di Milano che garantisce la reperibilità di 16 medici legali, chiamati in alcuni casi arrivati in emergenza (con il consenso della vittima) e sempre per i minori di 13 anni. L'Asl Città di Milano ha riconosciuto la necessità di finanziare questo servizio per la violenza sessuale garantendo la presenza di 2 assistenti sociali e 1 psicologa, e consente a 7 ginecologhe dei consultori familiari cittadini di collaborare al Svs. Anche altre Aziende Ospedaliere di Milano e Provincia hanno stabilito delle convenzioni per la collaborazione delle altre ginecologhe. Gli assessorati alla Cultura e alla Pari Opportunità della Provincia di Milano finanziano alcune attività di pubblicizzazione del servizio, anche attraverso un documentario da diffondere nelle scuole superiori.

Dopo una prima risposta di tipo sanitario, quale percorso viene proposto alla donna che viene accompagnata o si presenta spontaneamente al vostro centro?

Il primo intervento sanitario, che in genere avviene in una situazione di emergenza, prevede un'accoglienza con tempi variabili a seconda dello stato e delle necessità della vittima e una valutazione più strettamente clinica e medico-legale. Nel momento in cui giunge in ospedale la persona che ha subito una violenza sessuale può essere in una condizione di sindrome post traumatica da stress acuta o cronica, oppure può presentare una sintomatologia psichica variabile, anche se non necessariamente patologica (ansia, timore, depressione, pianto, passività, amnesia totale o parziale, incoerenza nell'eloquio, confusione, sopore, aggressività). È evidente che la visita in questi casi andrà rinviata fino al momento in cui la donna sarà consenziente alla sua effettuazione. Occorre tenere sempre presente che la visita ginecologica e l'esame ispettivo possono essere vissuti dalla vittima come un'ulteriore violenza. Se alla prima visita non è stato possibile un colloquio con operatori sociali viene fissato in un secondo momento. Una o più consultazioni psicologiche successive possono essere utili per identificare l'esistenza di gravi conseguenze sul piano psichico e per iniziare una terapia focale sul trauma. È importante ricordare che tali conseguenze possono andare da ansietà, senso di colpa, vergogna, insonnia, diffidenza verso gli altri, disfunzioni sessuali, fobie, abuso di sostanze, depressione, bulimia e anoressia, fino ad arrivare ad un disturbo cronico da stress post-traumatico. Talora può essere necessario attivare

SVS – REPORT 2005 (1° gennaio – 31 dicembre)

Cartelle telefoniche	309
CASI arrivati SVS	251
SESSO	
Maschile	14
Femminile	237
NAZIONALITÀ	
Italiana	143
Straniera	108
DOMICILIO	
Milano	130
Senza fissa dimora (area milanese)	7
Provincia di Milano	73
Regione Lombardia	19
Altra Regione	14
Altra Nazione	5
SOSPETTA VIOLENZA DA	
Conosciuti	137
Sconosciuti	90
Senza racconto di violenza	16
ETÀ	
minorenni	
0 – 4 anni	13
5 – 9 anni	14
10 – 13 anni	15
14 – 17 anni	46
	Totale 88
maggioresnni	
18 – 24 anni	63
25 – 34 anni	51
35 – 44 anni	35
45 – 54 anni	11
55 e oltre	3
	Totale 163

una consulenza psichiatrica. Per i minori ci avvaliamo dei servizi territoriali per una presa in carico di più lungo periodo. Il rapporto con il territorio e il volontariato sociale è gestito dalle assistenti sociali del Svs, dopo una discussione di équipe su ogni singolo caso.

Nel corso del 2005, il Svs ha trattato 251 donne, di cui 88 minorenni. Che tipo di violenza hanno subito principalmente e che lesioni e traumi hanno riportato?

In genere la violenza sessuale nei casi di donne adulte è stata principalmente compiuta da aggressori conosciuti alle vittime (partner o ex partner, amici, conoscenti occasionali, datori di lavoro), più raramente da sconosciuti, e ancora più raramente è stata una violenza di gruppo. Nei casi di bambini prepuberi invece la violenza è perpetrata quasi sempre da un familiare (in genere dal padre o dal convivente della madre). La violenza comporta spesso una penetrazione in genere vaginale o più raramente anale o orale, mentre nei bambini prepuberi si tratta prevalentemente di toccamenti, sfregamenti o richieste di fellatio e masturbazione. Talora anche per le donne si tratta di toccamenti, leccamenti o baci. La frequenza di riscontro di lesioni genitali nella nostra esperienza, come anche nella letteratura internazionale, è scarsa nei minori prepuberi, al massimo nel 10% dei casi si raggiunge una diagnosi di certezza, più frequentemente si possono riscontrare segni aspecifici o nulla. Nelle donne e ragazze di più di 14 anni, visitate entro 7 giorni dall'avvenuta violenza, 1 su 2 ha segni genitali, anche se lievi, che possono meglio essere messi in evidenza con un esame colposcopico, 6 su 10 hanno segni extragenitali (ecchimosi, escoriazioni, soluzioni di continuo, ecc.), tuttavia l'assenza di qualunque tipo di lesione, possibile in 1 caso su 5, non esclude che la violenza

sessuale sia comunque avvenuta. Questo ultimo dato è importante ricordarlo per far comprendere quanto un processo per violenza sessuale possa essere complesso da affrontare per la vittima, chiamata a dimostrare, in assenza di testimoni o di prove, di aver subito violenza.

La vostra assistenza è rivolta anche alle vittime di maltrattamenti familiari?

Noi ci occupiamo prevalentemente di violenza sessuale, che spesso è presente anche nei casi di maltrattamento familiare. Tuttavia, nell'ultimo anno abbiamo cercato, in collaborazione con la Casa delle Donne e con la Caritas, di attivare uno sportello all'interno del Pronto Soccorso del Policlinico per le vittime di maltrattamenti nell'ambito della famiglia. Speriamo di riuscire a trovare dei finanziamenti per poter proseguire in questo progetto. Nel frattempo abbiamo attivato dei corsi di formazione per gli operatori del Dipartimento di Urgenza per sensibilizzarli sul fenomeno e per costruire modalità di assistenza condivise che consentano di riconoscere le vittime e di iniziare un percorso di uscita dalla violenza. Inoltre, stiamo completando uno studio sulla prevalenza del fenomeno della violenza sessuale e del maltrattamento nella popolazione di donne che si rivolge al Pronto Soccorso.

Quali sono le difficoltà maggiori che incontra nel suo lavoro?

La violenza è un reato compiuto prevalentemente da uomini sulle donne. Questo dato comporta per me che sono una donna un rischio di identificazione con la vittima. Dopo dieci anni di Svs devo ammettere che ho una certa dose di timore e di diffidenza in più rispetto a situazioni che prima affrontavo con maggiore inconscienza. Inoltre, rispetto ad un tempo, ho meno certezze sul dovere civile per la donna che ha subito violenza di denunciare l'aggressione subita.

Tra i motivi che portano a celare la violenza vi sono la paura di ritorsioni da parte dell'aggressore, il senso di colpa per non essere stata capace di difendersi, l'imbarazzo nel descrivere l'evento, il timore di non essere creduta e la vergogna di affrontare un iter giudiziario che renderà pubblici particolari vissuti come umilianti. Vi è inoltre una difficoltà a riconoscersi come vittima, e questo è vero sia per un minore che subisce violenza nell'ambito della famiglia, sia per una donna costretta ad un rapporto sessuale contro la sua volontà da parte del partner abituale, sia per l'adolescente o la donna stuprata da un amico. D'altra parte mi sono convinta che l'indagine giudiziaria e il processo penale sono un percorso lungo e difficile e che possono contribuire a determinare una vittimizzazione secondaria, nonostante il sostegno attivo delle vittime.

Com'è cambiato, se è cambiato, negli anni l'identikit della donna che si rivolge al Svs? E la violenza contro la donna ha assunto connotati diversi?

Quasi una donna su due che si rivolge al Svs oggi è straniera. Per loro è ancora più difficile affrontare l'indagine giudiziaria e il processo. Spesso sono donne emigrate provenienti da paesi poveri, con figli lasciati nel paese d'origine, prive di una reale rete di sostegno amicale o familiare. Devono lavorare e molte non sono in regola con i documenti. Aiutarle è ancora più difficile, perché non hanno il tempo di occuparsi di loro stesse, assentarsi dal lavoro può comportare il licenziamento. Le assistenti sociali del Svs sono molto brave e disponibili, ma alcune donne sembra che respingano le offerte di aiuto per il timore che suscita in loro il rendere pubblica attraverso la denuncia la loro esistenza sul territorio italiano. Credo inoltre che sia difficile fare comparazioni e trovare differenze significative in un lasso di tempo relati-

vamente breve come 10 anni di Svs. Stiamo analizzando per il convegno di novembre 2006 la nostra casistica e in quella sede spero che se delle differenze vi sono state emergano. Nella nostra esperienza il numero di donne e minori che si rivolge al Svs è in aumento, anche se questo non vuol dire che siano aumentate le violenze, probabilmente aumenta la propensione a parlare e a chiedere aiuto.

Si parla di reti antiviolenza, percorsi dedicati, protocolli di intervento. Quali sono in base alla sua esperienza le misure più idonee per affrontare a livello nazionale questo fenomeno che si sta profilando, come dimostrano i recenti fatti di cronaca, come un'emergenza?

Continuo a pensare che sarebbe meglio prevedere almeno un Centro di Riferimento multispecialistico analogo al Svs per ogni regione italiana, che collabori con tutti gli ospedali dell'area per fornire la risposta adeguata ad ogni singolo caso.

"Le risposte appropriate – (citando P. Romito, Zero Tolerance: esperienze, progetti e proposte per la campagna europea sulla violenza contro le donne, Conferenza nazionale Bologna 1998) – sono quelle in cui l'esperienza della donna viene legittimata e presa sul serio; in cui i suoi diritti e bisogni sono riconosciuti; in cui le viene fornito l'aiuto necessario; in cui i rischi che può correre non sono sottovalutati; in cui l'operatore la tratta con rispetto e simpatia. Il tipo di risposta che una donna vittima di violenza riceve dai servizi e dagli operatori sociali e sanitari può avere conseguenze cruciali sulla sua salute, sul suo benessere, sulle sue possibilità di uscire dalla violenza e quindi sul corso della sua vita".

Viceversa, penso che i decaloghi di comportamento per

evitare lo stupro, da diffondere tra le ragazze e le donne, sono un esempio di come si possa contribuire a mantenere una cultura diffusa: si concentra l'attenzione sugli errori evitabili delle vittime piuttosto che sugli aggressori e la donna diviene quasi corresponsabile della violenza subita. Come gruppo di lavoro Aogoi sulla violenza sessuale abbiamo studiato dei protocolli di intervento dettagliati da diffondere in tutti gli ospedali italiani.

Il programma Daphne della Commissione europea per prevenire e combattere la violenza contro donne, bambini e adolescenti ha messo in luce quanto sia urgente e necessario creare un sistema armonizzato per la raccolta dati, mancano infatti statistiche comparabili che permettano di stimare le reali dimensioni del fenomeno. È un problema anche a livello nazionale?

Soprattutto in Italia. Credo che sarebbe fondamentale arrivare a mettere insieme i dati in un registro nazionale, pur sapendo che il sommerso continuerà a restare tale. L'indagine Istat ha dimostrato che le donne continuano a non parlare delle violenze subite. Modificare la cultura del silenzio richiede tempi molto più lunghi e si deve coinvolgere anche la scuola, non bastano gli operatori socio-sanitari più attenti alle domande inesprese di aiuto.

Per il prossimo novembre avete organizzato, in collaborazione con il Gruppo nazionale Aogoi sulla violenza, un importante appuntamento in concomitanza con i sedici giorni dedicati alla lotta contro la violenza di genere a livello internazionale in alcune facoltà universitarie e sui mass media. Quali sono gli elementi qualificanti di questo convegno e quale bi-

lancio trae da questo decennio di attività?

Dieci anni fa di violenza sessuale e maltrattamento intrafamiliare in Italia parlavano solo le donne delle Case di Accoglienza e poco alcune facoltà universitarie e i mass media. I medici difficilmente pensavano che il problema li riguardasse. Sono stati fatti molti passi avanti, però non è ancora patrimonio comune delle facoltà di medicina l'insegnamento di queste problematiche nei corsi per gli studenti, nemmeno nell'ambito dei corsi di specializzazione. Vorremmo con questo convegno porre le basi per una diffusione delle conoscenze mediche e medico-legali raggiunte. Vogliamo discutere con magistrati e avvocati i risultati raggiunti dopo l'introduzione della nuova legge sulla violenza sessuale nel 1996. Vogliamo capire se è possibile diffondere buone prassi di assistenza sul territorio nazionale.

Un'ultima domanda: quali sono stati la soddisfazione e il rammarico più grandi in questi suoi dieci anni di impegno al Svs?

Credo che questa esperienza abbia dimostrato che un lavoro integrato tra professionalità diverse si può costruire, ma richiede molta tenacia e molta motivazione negli operatori. La maggiore soddisfazione è vedere che ce l'abbiamo fatta a costruire un servizio efficiente pensato da donne per le donne. Adesso la sfida è replicarlo in altre realtà e convincere anche i colleghi uomini che riconoscere la violenza e curarne le vittime vuol dire occuparsi di salute.

Il rammarico è di non essere ancora riuscite a trovare i finanziamenti per aprire un servizio sul maltrattamento intrafamiliare all'interno del Pronto Soccorso di Medicina e Chirurgia del Policlinico di Milano, da gestire insieme al volontariato sociale. Però ci riusciremo.

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

- 1. Denominazione del medicinale** mag2®
- 2. Composizione qualitativa e quantitativa**
Una bustina da g 6 contiene:
Principio attivo : pidolato di magnesio g 2,250 (corrispondenti a g 0,184 di ione Mg⁺⁺) Per gli eccipienti vedere paragrafo 6.1.
- 3. Forma farmaceutica** Granulato per uso orale.
- 4. Informazioni cliniche**
- 4.1 Indicazioni terapeutiche**
In neurologia e pediatria: quadri clinici espressione di uno stato di ipereccitabilità del sistema nervoso centrale e

- periferico, sostenuti da una carenza di magnesio.
- In ostetricia:** vomito, insonnia, irritabilità, crampi muscolari, contrazioni dolorose dell'utero, eclampsia.
- 4.2 Posologia e modo di somministrazione**
La posologia consigliata è di 1 bustina due volte al giorno. Sciogliere il contenuto della bustina in mezzo bicchiere d'acqua.
- 4.3 Controindicazioni**
Grave insufficienza renale. Ipersensibilità individuale verso il prodotto. Da non somministrare nei soggetti in terapia digitale.

- 4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso**
In pazienti con insufficienza renale è necessario ridurre la posologia e monitorare la funzionalità renale e la magnesemia. È opportuno considerare la possibilità che si verifichi, in corso di trattamento, depressione dell'attività cardiovascolare e respiratoria. Il medicinale non è controindicato per i soggetti affetti da malattia celiaca.
- 4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione**
Nessuna conosciuta a carico della specialità. Relativamente al solo magnesio somministrato per via orale si può osservare un ridotto assorbimento delle tetracicline e pertanto si consiglia di non somministrare i due farmaci contemporaneamente ma a 3-4 ore di distanza l'uno dall'altro. Nel caso di concomitante somministrazione di magnesio e colecalciferolo si consiglia inoltre il controllo della calcemia, onde evitare la possibilità di episodi ipercalcemici.
- 4.6 Gravidanza e allattamento**
Si consiglia di assumere il farmaco sotto controllo medico.
- 4.7 Effetti sulla capacità di guida e di usare macchinari**
Nessuno conosciuto.
- 4.8 Effetti indesiderati**
Rari disturbi digestivi; diarrea; dolori addominali. Sono stati segnalati casi eccezionali di intolleranza individuale allo ione, che possono essere trattati con antistaminici per via orale o parenterale.
- 4.9 Sovradosaggio**
Sono stati riportati casi di ipermagnesemia durante il trattamento di pazienti con insufficienza renale grave o a seguito di somministrazione massiva per via endovenosa. I sintomi osservati sono stati: disturbi del ritmo cardiaco, depressione respiratoria e disturbi della trasmissione neuromuscolare. Trattamento: reidratazione con ripristino di una diuresi abbondante, o diuresi forzata. In caso di insufficienza renale è consigliabile il trattamento dialitico.

- rapidamente la quota fisiologica di magnesio a livello plasmatico e soprattutto a livello intracellulare, ottenendo così una efficace terapia del deficit di magnesio.
- 5.2 Proprietà farmacocinetiche**
Nell'uomo la somministrazione di mag2® comporta un rapido innalzamento della magnesemia, che raggiunge una concentrazione massima 60-90 minuti dopo la somministrazione di una dose singola per os. L'assorbimento orale del magnesio avviene lungo tutto il tratto intestinale, con una netta prevalenza a livello del duodeno, e non è superiore al 50% della dose somministrata. Il magnesio viene escreto per via urinaria, con un modello cinetico a due compartimenti.
- 5.3 Dati preclinici di sicurezza**
Tossicità acuta: Nel topo la DL₅₀ è risultata superiore a 10000 mg/kg/os, 1000 mg/kg/i.p. e di circa 340 mg/kg/e.v. Nel ratto la DL₅₀ è risultata superiore a 15000 mg/kg/os e 1000 mg/kg/i.p.
- Tossicità cronica:** Il pidolato di magnesio somministrato per 26 settimane nel ratto albino a dosi fino a 1000 mg/kg/die per os e fino a 300 mg/kg/die/s.c. non ha provocato alcun effetto tossico. Parimenti ben tollerate sono state dosi di 6000-12000 mg/animale/die per os e di 6000 mg/animale/die per via e.v., somministrate al "mini-pig" per 26 settimane. Inoltre il pidolato di magnesio è privo di attività teratogena a dosi fino a 1000 mg/kg/die per os e alla dose di 250 mg/kg/die/s.c (ratto, coniglio); non presenta tossicità peri e post-natale alla dose di 150 mg/kg/die/s.c. (ratto).

Materiale di informazione scientifica depositato al Min. Sal. il 28.10.03



Efficace nella sindrome premestruale e nella dismenorrea^{1,2}.

Indicazioni terapeutiche: quadri clinici espressione di uno stato di ipereccitabilità del sistema nervoso centrale e periferico sostenuti da una carenza di magnesio.

In ostetricia: vomito, insonnia, irritabilità, crampi muscolari, contrazioni dolorose dell'utero, eclampsia.



1. Il magnesio: aspetti biochimici e clinici. Simposio Ginecologia, Padova, 26 Ottobre 1996. Excerpta Medica.
2. L. Benassi et al: Effectiveness of Magnesium Pidolate in the prophylactic treatment of primary dysmenorrhea. Clin. Exp. Obst. Gyn. XIX n° 3, 176-178, 1992.

- 5.1 Proprietà farmacodinamiche**
Il pidolato di magnesio è un nuovo sale di magnesio che si caratterizza per la sua efficacia terapeutica e per la sua tollerabilità. Il suo anione, l'acido pidolico, è un vero e proprio fattore che favorisce l'ingresso del magnesio nella cellula. Il magnesio, caratterizzato da una azione farmacologica di tipo calcio-antagonista, svolge un'azione stabilizzatrice delle membrane cellulari, consentendo l'ottimale svolgimento dei trasporti ionici transmembrana, del processo di contrazione muscolare e di conduzione nervosa. Inoltre, intervenendo come coenzima nelle reazioni che coinvolgono l'ATP, rappresenta un elemento essenziale per l'integrità cellulare garantendo le condizioni migliori per un corretto svolgimento dei processi metabolici. La somministrazione del pidolato di magnesio per via orale o parenterale consente, grazie alla pronta disponibilità di magnesio, di reintegrare

- 5.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso**
In pazienti con insufficienza renale è necessario ridurre la posologia e monitorare la funzionalità renale e la magnesemia. È opportuno considerare la possibilità che si verifichi, in corso di trattamento, depressione dell'attività cardiovascolare e respiratoria. Il medicinale non è controindicato per i soggetti affetti da malattia celiaca.
- 5.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione**
Nessuna conosciuta a carico della specialità. Relativamente al solo magnesio somministrato per via orale si può osservare un ridotto assorbimento delle tetracicline e pertanto si consiglia di non somministrare i due farmaci contemporaneamente ma a 3-4 ore di distanza l'uno dall'altro. Nel caso di concomitante somministrazione di magnesio e colecalciferolo si consiglia inoltre il controllo della calcemia, onde evitare la possibilità di episodi ipercalcemici.
- 6. Informazioni farmaceutiche**
- 6.1 Elenco degli eccipienti**
Saccharina sodica, acido citrico monoidrato, saccarosio, aroma di limone.
- 6.2 Incompatibilità**
Nessuna conosciuta.
- 6.3 Validità**
Anni 4 (4).
- 6.4 Speciali precauzioni per la conservazione**
Nessuna.
- 6.5 Natura e contenuto del contenitore**
Scatola contenente 20 bustine di granulato per uso orale.
- 6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione**
Non pertinente.
- 7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** sanofi-aventis OTC S.p.A. – Viale L. Bodio, 37/b – IT-20158 Milano
- 8. Numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio** AIC 025519048
- 9. Data di prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** 18 Febbraio 1993 / 30 Maggio 2005
- 10. Data di [parziale] revisione del testo** Gennaio 2006

di Antonio Chiantera e Ida Chiacchio

Dipartimento Materno Infantile,
Clinica Convenzionata
Santa Patrizia di Napoli

Folati: stato dell'arte e recenti acquisizioni

I folati sono vitamine del gruppo B essenziali al nostro organismo poiché permettono il corretto svolgimento di alcune fondamentali reazioni biochimiche quali la sintesi del DNA, sintesi di alcuni aminoacidi (metionina, glicina, serina); permettono una corretta metilazione di DNA, proteine e fosfolipidi, regolano il metabolismo dell'omocisteina e stimolano la produzione di ossido nitrico.

In condizioni normali il fabbisogno giornaliero di folati è di 100-200 µg. Vi sono condizioni fisiologiche (gravidanza o durante l'accrescimento) o patologiche (malattie dell'intestino, della pelle, assunzione di farmaci antifolici o antiepilettici, alcolismo) in cui il fabbisogno giornaliero di folati aumenta. Se questo aumentato fabbisogno non viene soddisfatto, l'organismo va incontro ad una ipofolatemia che, di fatto, è il tipo di ipovitaminosi più frequentemente riscontrata. Se un tempo l'ipofolatemia veniva associata solo ad un disturbo di tipo ematologico (anemia) oggi, la carenza di folati viene ritenuta una vera e propria disfunzione multisistemica.

In campo ostetrico-ginecologico i folati vengono generalmente utilizzati in modo empirico per prevenire i difetti di mancata chiusura del tubo neurale e per prevenire o curare le anemie di tipo megaloblastico. Anche in questo ambito oggi l'utilizzo dei folati si è notevolmente esteso per la prevenzione di altre problematiche di tipo ostetrico quali l'aborto, il distacco intempestivo della placenta, rottura delle membrane, basso peso alla nascita, preeclampsia.

Per tutte queste problematiche uno dei fattori etiopatogenetici comuni è l'alto valore di omocisteina. L'iperomocisteinemia è infatti ormai riconosciuta come un nuovo fattore di rischio per la malattia vascolare aterosclerotica. L'omocisteina è un aminoacido solforato che interviene in diversi cicli e reazioni biochimiche. In uno di questi, l'omocisteina si carica di un'unità metilica che le viene fornito da un folato in forma attiva, il metiltetraidrofolato (MTHF) e si trasforma così in un altro aminoacido, la metionina. L'unità metilica della metionina, dopo alcuni passaggi biochimici, verrà ceduta permettendo così la metilazione di DNA, proteine e fosfolipidi. Perso il metile, la metionina si ritrasforma in omocisteina che necessariamente dovrà riacquistare il metile dal metiltetraidrofolato, ritrasformarsi in metionina e così via di seguito. Questo è il ciclo della rimetilazione che assicura al nostro organismo: la metilazione del DNA, fondamentale per permettere una corretta espressione genica e una corretta segregazione cromosomica, e l'adeguata metilazione delle proteine, che ne permette di assumere la giusta conformazione spaziale che è spesso alla base del corretto funzionamento delle proteine stesse e dei fosfolipidi, la cui metilazione

assicura alle membrane cellulari quella fluidità essenziale per permettere gli scambi tra l'interno e l'esterno della cellula stessa.

Quindi il folato attivo (MTHF) con la sola semplice cessione del suo metile permette all'organismo di smaltire l'omocisteina, produrre metionina e metilare DNA, proteine e fosfolipidi.

I valori di omocisteina che rientrano in un range di normalità vanno dai 5 ai 15 micron-moli/L. A valori crescenti si andrà incontro ad una situazione di iperomocisteinemia che viene considerata lieve tra i 16 e i 25 micron-moli/L, moderata se si arriva a 100 micron-moli/L e severa quando questi ultimi valori vengono superati.

In gravidanza però i valori normali di omocisteina sono più bassi. Scendono infatti ad un valore medio di 5.6 micron-moli/L tra l'8ª e la 16ª settimana, a 4.3 micron-moli/L tra la 20ª e la 28ª per poi risalire nuovamente a 5.5 micron-moli/L tra la 36ª e la 42ª settimana di gestazione. Questo pare sia dovuto al fenomeno dell'emodiluizione, alla diminuzione dell'albumina circolante a cui l'omocisteina si lega e alla maggiore attività dell'enzima che catalizza la trasformazione da omocisteina a metionina (Metionina Sintetasi) dovuta all'aumento di

estrogeni. Ma quali danni può provocare un accumulo di omocisteina? Quando la cellula non è in grado di smaltire adeguatamente l'omocisteina, questa viene riversata dalla cellula stessa all'esterno, nel torrente circolatorio. Qui le molecole di omocisteina tendono a unirsi a due a due tra loro formando dei dimeri di omocisteina: questo legame però produce anche radicali liberi. Questi radicali liberi prodotti dal processo di dimerizzazione dell'omocisteina a livello del vaso danneggiano l'endotelio, stimolano la proliferazione delle cellule muscolari lisce, perossidano i lipidi di membrana e ossidano le LDL. Come conseguenza si ha una maggiore aggregazione piastrinica, una vasocostrizione e una ipercoagulabilità che sono alla base degli eventi aterosclerotici e trombotici. In campo ostetrico ginecologico lo stress ossidativo, e quindi il danno a livello vascolare/endoteliale causato dall'iperomocisteinemia, può ripercuotersi anche a livello dei vasi utero-placentari favorendo l'insorgenza nelle prime fasi della gravidanza di aborti, aborti ricorrenti e, in fase più avanzata, favorendo l'insorgenza di trombosi vascolare utero-placentare, ematomi retroplacentari, distacchi di placenta, rottura prematura delle membrane, preeclampsia e basso peso alla nascita.

In campo ostetrico-ginecologico i folati vengono generalmente utilizzati in modo empirico per prevenire i difetti di mancata chiusura del tubo neurale e per prevenire o curare le anemie di tipo megaloblastico. Ma il loro utilizzo si è notevolmente esteso in questo ambito problematico di tipo ostetrico

Folati: il danno causato da una loro carenza, il loro utilizzo e un'eventuale supplementazione è materia di sempre crescente interesse non solo in ginecologia

La supplementazione con folato permette di intervenire su due livelli: a livello cellulare, riducendo i livelli di omocisteina (poiché se ne favorisce lo smaltimento), e a livello endoteliale, stimolando la produzione di ossido nitrico.

In entrambi i casi, il nostro organismo utilizza la forma attiva di folato, il metiltetraidrofolato, quindi, qualsiasi altro tipo di folato somministrato (acido folico e/o acido folinico) deve necessariamente essere trasformato. Questa trasformazione in alcuni casi però può avvenire in modo non adeguato e sufficiente. Esiste infatti una condizione genetica conosciuta come C677T che è una mutazione a carico dell'enzima metiltetraidrofolato reduttasi (MeTHFR) che presiede e catalizza la tappa finale di trasformazione dei folati in MTHF. Quando questa mutazione è presente in forma omozigote (677TT) si ha una riduzione dell'attività enzimatica del 50-60%.

In Italia, il 16.6% della popolazione presenta la mutazione in forma omozigote e quindi il difetto enzimatico. La C677T è la più conosciuta, ma non è l'unica mutazione a carico del gene per la MeTHFR. La seconda per importanza è la A1298C, meno frequente in forma omozigote ma spesso associata in eterozigosi alla condizione eterozigote della C677T. Questa doppia eterozigosi porta anch'essa ad una riduzione dell'attività enzimatica.

Le persone portatrici della mutazione in forma omozigote sono tendenzialmente iperomocisteinemiche: a loro è preferibile somministrare un folato che non necessiti alcuna trasformazione e quindi in forma già attiva (MTHF).

Alcuni studi clinici di farmacocinetica hanno evidenziato anche un altro problema legato alla trasformazione dell'acido folico. Questa forma sintetica e inattiva di folato ha infatti bisogno di un enzima che inizi il suo processo di trasformazione in folato attivo, la Diidrofolato Reduttasi. Questo enzima è, come tutti, inducibile. Dosaggi troppo alti di acido folico però saturano l'enzima con conseguente riversamento nel torrente circolatorio di acido folico immodificato: questo porta degli squilibri alla normale folatemia che prevede che il 98% del folato circolante sia MTHF.

Se a livello cellulare il MTHF smaltisce direttamente i livelli di omocisteina, a livello endoteliale stimola la produzione di ossido nitrico che è il principale mediatore vasodilatatorio che, oltre a regolare il tono vascolare, inibisce l'attivazione e l'aggregazione delle piastrine con effetti antiaterogeni e protettivi. Il MTHF favorisce la produzione di ossido di azoto (NO) agendo direttamente e stimolando l'enzima che lo produce, ovvero l'ossido nitrico sintetasi endoteliale.

Attraverso questi due meccanismi d'azione, completamente indipendenti tra di loro, il MTHF esplica funzioni fondamentali per garantire un buon mantenimento dello stato di benessere dei vasi. Grazie al diretto controllo dei livelli di omocisteina, infatti, ri-

duce la presenza di un eventuale fattore di rischio e, grazie all'azione sull'ossido nitrico sintetasi, favorisce la produzione di NO e quindi il ripristino di una corretta funzione endoteliale.

Per questi motivi la carenza di folati è ormai riconosciuta come una disfunzione multisistemica. Danni a livello vascolare possono verificarsi in ogni distretto e quindi interessare tutti i nostri organi e sistemi. I folati, il danno causato da una loro carenza, il loro utilizzo e un'eventuale supplementazione è materia di sempre crescente interesse non solo in ginecologia ma anche (e soprattutto) in cardiologia, in nefrologia, in diabetologia, in neurologia e più recentemente anche in oculistica e in otorinolaringoiatria, a conferma di un ruolo che non può più essere sottostimato.

Bibliografia

1. Eskes TK. Homocysteine and human reproduction. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2000; 27 (3-4): 157-67
2. Ray JG, Laskin CA. Folic Acid and Homocyst(e)ine Metabolic Defects and the Risk of Placental Abruption, Pre-eclampsia and Spontaneous Pregnancy Loss: A Systematic Review. *Placenta* September 1999; 20

(7):519-529

3. Coppola A, Di Minno G. L'uso farmacologico dei Folati: prospettive attuali. *La Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia*; 1:21-25
4. George L, Mills JL et al. Plasma Folate Levels and Risk of Spontaneous Abortion. Original Contribution. *Jama* 2002; 288:1867-1873
5. Nelen Willianne LDM, Blom HG, et al. Hyperhomocysteinemia and recurrent early pregnancy loss: a meta-analysis. *Fertility and Sterility* December 2000; 74 (6)
6. Powers RW, Evans RW, Majors AK, et al. Plasma homocysteine concentration is increased in preeclampsia and is associated with evidence of endothelial activation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* December 1998; part 1, 179 (6)
7. Cotter AM, Molloy AM, et al. Transactions of the Twenty-First Annual Meeting of the Society For Maternal-Fetal Medicine. Elevated plasma homocysteine in early pregnancy: A risk factor for the development of severe preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* October 2001; 185 (4)
8. Verhaar MC, Rabelink TJ. The endothelium: a gynecological and obstetric point of view-Review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2001; 94:180-185
9. Walker MC, Smith GN, Perkins SL, et al. Changes in

homocysteine levels during normal pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* March 1999; part 1, 180 (3)

10. Moat SJ, Lang D, McDowell Ian FW, et al. Folate, homocysteine, endothelial function and cardiovascular disease. *The Journal of Nutritional Biochemistry* 2004; 15:64-79
11. Coppola A, De Simone C, Coppola D, Cimino E, Di Minno G. Omocisteina, Folati e Patologia Tromboembolica. *La Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia*; 1:13-19
12. W. Bailey SW, M Malinow MR, et al. Dose dependent lack of metabolism of Folic Acid in humans. *The FASEB Journal* March 23, 2004; 18 (4)
13. Buccianti G, Raselli S, Baragetti I, et al. Experimental Biology 2004: Meeting Abstracts. 5-methyltetrahydrofolate restores endothelial function in uraemic patients on convective haemodialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2002; 17:857-864
14. Assanelli D, Bonanome A, Pezzini A, et al. Folic acid and Vitamin E supplementation effects on homocysteinemia, endothelial function and plasma antioxidant capacity in young myocardial-infarction patients. *Pharmacological Research* 2004; 49:79-84
15. Stroes ESG, van Faassen EE, Yo M, et al. Folic Acid Reverts Dysfunction of Endothelial Nitric Oxide Synthase. *Circulation Research* June 2000

segue dalla prima

strenuamente portata avanti dall'Aogoi; un problema che negli ultimi 10-20 anni ha assunto dimensioni considerevoli, come non ha mancato di rilevare l'ultimo rapporto dell'Istat "Gravidanza, parto, allattamento al seno" uscito in questi giorni.

Il pronunciamento del ministro, oltretutto reso con grande spontaneità, sembra davvero avvalorare la tesi che è alla base del contributo di Romano e Patrizia Forleo, pubblicato in questo numero del nostro giornale. La "femminilizzazione" della professione — sostengono i Forleo — contribuisce decisamente ad una maggiore attenzione alle medical humanities, ovvero ai temi etici, sociali e relazionali delle nostre discipline. E il futuro, così come viene tratteggiato nell'articolo, sarà caratterizzato proprio da una formazione permanente e sempre più orientata a superare la "medicina dell'organo" a vantaggio della "medicina della persona", cui occorrerà coniugare una grande attenzione al lavoro d'équipe e dunque all'organizzazione del lavoro. E a proposito di organizzazione del lavoro, siamo lieti di allegare a questo numero di GynecoAogoi un supplemento contenente Le linee guida dell'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispesl) che definiscono i requisiti indispensabili che devono possedere le strutture sede di Punto nascita e pertanto di "Blocco parto" e "Blocco operatorio ostetrico" affinché siano garantite la

sicurezza degli operatori, medici e non, che in esso lavorano. Il documento è stato elaborato da una Commissione interdisciplinare incaricata dall'Ispesl, che ha superato il proprio mandato, non limitandosi ad indicare i requisiti tecnici per la sicurezza del lavoro, ma preoccupandosi di coniugare la tutela degli operatori con la qualità dell'assistenza alla nascita e al parto, anche in situazioni a rischio.

Inoltre, è importante sottolineare — come ha messo in luce il dottor Carmine Gigli nella sua presentazione alle Linee guida — come *per la prima volta, in un documento ufficiale, l'attività lavorativa nel "Blocco parto" e nel "Blocco operatorio ostetrico" venga definita "lavoro stressante e faticoso", con "esposizione elevata al rischio biologico" e che presenta "problematiche*

psicologiche legate ad elevata implicazione relazionale"... e come questo rappresenti *un passo in avanti affinché in futuro il lavoro svolto in queste strutture possa essere riconosciuto come attività usurante ai fini pensionistici.*

Un materiale dunque che, sono certo, si rivelerà prezioso per l'attività dei nostri iscritti, affinché tutte le strutture italiane rispettino gli indispensabili standard di sicurezza.

Concludo rinnovando, a nome di tutta l'Aogoi, i miei più sinceri auguri a Livia Turco e a tutta la squadra che lavorerà con lei al ministero della Salute, a cominciare dai tre sottosegretari, Antonio Gaglione, Gian Paolo Patta e Serafino Zucchelli e dai neoletti componenti le Commissioni parlamentari della Sanità.

 <p>ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI</p> <p>PRESIDENTE Carlo Sbiroli DIRETTORE SCIENTIFICO Felice Repetti COMITATO SCIENTIFICO Giovanni Brigato Antonio Chiantera Valeria Dubini DIRETTORE RESPONSABILE Eva Antoniotti</p>	<p>PUBBLICITÀ Publiem srl Centro Direzionale Colleoni Palazzo Perseo 10 20041 Agrate (Milano) Tel. 039/6899791 - Fax 039/6899792</p> <p>EDITORE</p>  <p>Health Communication srl Edizioni e servizi di interesse sanitario 00147 Roma Via Vittore Carpaccio, 18 email: redazione@hcom.it</p> <p>Testata associata ANES ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIALE PERIODICI ITALIANI</p>	<p>PROGETTO GRAFICO Glancarlo D'Orsi STAMPA Tecnostampa srl Via Le Breccie 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: giugno 2006 Tiratura 5.000 copie</p>
--	---	---

Le dinamiche che caratterizzano l'attività dirigenziale: dall'affidamento dell'incarico al raggiungimento del risultato

di Nicola Gasparro

Avvocato

Docente Università degli Studi di Bari

La valutazione dei medici dirigenti

Procedure ed effetti nel nuovo contratto

Il contratto collettivo 2002/2005, il terzo dopo la privatizzazione del rapporto di lavoro della Dirigenza medica, ha rappresentato la definitiva consacrazione di taluni principi privatistici applicati al Pubblico impiego.

Invero, proprio in relazione all'argomento che ci occupa, appare oltremodo evidente come si sia consolidata la differenziazione tra i poteri di programmazione-indirizzo e controllo con quelli gestionali.

Nel cercare di comprendere le dinamiche che caratterizzano l'attività dirigenziale risulta indispensabile partire dall'esplicarsi delle stesse, dal momento dell'affidamento dell'incarico fino ad arrivare al raggiungimento del risultato. Ciò, attraverso una fitta rete dove si intersecano i principi a cui si faceva riferimento poc'anzi circa la distinzione tra le funzioni degli organi di governo delle Pubbliche amministrazioni e le funzioni di amministrazione e gestione riservate appunto alla dirigenza.

Negli ultimi anni, l'attribuzione dell'incarico dirigenziale (1) ha comportato una crescente responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie, poiché connesso alla "struttura" semplice o complessa (2).

Nel mentre, la conferma dello stesso è stata subordinata a un processo di valutazione che mira, oggigiorno, a far rilevare, oltre alle conoscenze scientifiche, le capacità tecniche e gestionali del dirigente incaricato. Infatti, l'art. 29 del Ccnl 98/01 in tema di affidamento e revoca degli incarichi indica proprio i criteri sottostanti per il rinnovo dello stesso, correlandoli con le capacità tecniche gestionali e con l'utilizzo delle risorse sempre nell'ambito di strutture e servizi dell'organizzazione dipartimentale dell'azienda.

Si ricorda, inoltre, che l'assegnazione dell'incarico (ovvero passaggio ad altro incarico) prevede la sottoscrizione tra l'azienda e il dirigente di un contratto individuale (3); ciò sulla scia del percorso privatistico del rapporto di lavoro, attraverso il quale si definiscono gli ambiti di responsabilità lavorativa, oltre a tutti gli elementi connessi al conferimento, elementi che determinano la validità del contratto). Tale precisazione si è resa necessaria poiché talune aziende sanitarie continuano a conferire gli incarichi solo attraverso l'atto pubblicistico (deliberazione).

Appare a questo punto opportuno precisare che quest'ultimo si stipula in due diverse occasioni: nel momento dell'assunzione e in caso di cambiamento del rapporto di lavoro (affidamento struttura complessa, semplice ect.). Diverse, invece, sono le caratteristiche degli incarichi per l'attribuzione di Direttore di Dipartimento, art. 17-bis del D.lgs.n.229.

Fatta questa doverosa premessa, occorre dire che di verifica e valutazione della dirigenza sanitaria ad occuparsene è stata proprio la tornata contrattuale 2002/2005, in particolare la disciplina degli istituti è affidata agli articoli che vanno dal 25 all'art 32 - rubricato al Capo IV, sotto la voce "Verifica e valutazio-



ne dei dirigenti".

Orbene, dal disposto di cui all'art. 32 del Ccnl 2002/2005 si evince che i principi sul sistema di valutazione, a modifica e integrazione di quanto stabilito negli articoli dal 31 al 34 del Ccnl 8/6/2000, vanno ricercati nella nuova disciplina contrattuale.

Nel commentare il contenuto di cui all'art. 25 del nuovo contratto, "La verifica e valutazione dei dirigenti", l'attenzione è posta sulla specificità dell'istituto, quale strumento diretto nel "nuovo" rapporto di lavoro fino al raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa.

Invero, per come evidenziato in precedenza, le aziende e gli enti affidano ad organi di verifica la valutazione dei risultati e delle attività dei dirigenti.

Tenuto conto che le valutazioni sono contenute sempre in due momenti, con l'allegato n. 5 del Ccnl 2002/2005 le parti confermano che il procedimento di valutazione è ispirato al principio della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente (valutazione di prima istanza) nonché dell'approvazione o verifica della valutazione da parte dell'organo competente quale valutatore di seconda istanza.

Ai sensi dell'art. 26, comma 3, a modifica delle previsioni contenute nel precedente contratto, la verifica avviene annualmente ed al termine dell'incarico.

Tutti i giudizi definitivi conseguiti dai dirigenti per le finalità previste dall'art. 26 comma 3 sono parte integrante degli elementi di valutazione delle aziende ed enti per la conferma o il conferimento di qualsiasi ti-

**Negli ultimi anni
l'attribuzione dell'incarico
dirigenziale ha comportato
una sempre maggiore
responsabilità di gestione
di risorse umane, tecniche
e finanziarie, in quanto
connesso alla "struttura"
semplice o complessa**

po di incarico e sono riportati nel fascicolo personale.

Tale valutazione deve essere effettuata secondo la trasparenza dei criteri, l'oggettività delle metodologie, un'informazione adeguata e la partecipazione del valutato.

Ricordiamo, inoltre, che l'oggetto della valutazione per tutti i dirigenti va correlato a specifiche procedure.

Il successivo art. 27, a sostituzione dell'art. 33 del Ccnl 8 giugno 2000, riguarda, infatti, proprio

la modalità e gli effetti della valutazione positiva dei risultati raggiunti distinguendo i dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice (4) con tutti gli altri dirigenti (5).

Lesito positivo della valutazione comporta l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato, concordata secondo le procedure di cui all'art. 65 (6), comma 4 e 6 del Ccnl 4 dicembre 1996.

Tali tematiche vengono approfondite con l'art. 28 che, oltre alle modalità ed effetti della valutazione, attribuisce al collegio tecnico la maggior parte degli elementi di valutazione a suo tempo presi in considerazione dall'art. 32, comma 5 del vecchio contratto (7). Ma le novità più significative della nuova norma riguardano anche le capacità del dirigente nell'integrazione con particolari competenze organizzative, quali le procedure di negoziazione del budget in relazione agli obiettivi affidati, la capacità di promuovere, diffondere, gestire e implementare linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostiche-terapeutiche aziendali, nonché determinati aspetti sul versante dei compor-

tamenti etici, attraverso il richiamo del rispetto dei "codici deontologici".

Non si trasalza, inoltre, l'importanza del livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività di tutoraggio formativo, della docenza universitaria e nell'ambito dei programmi di formazione permanente aziendale.

Il comma 2 dell'art. 28 (a sostituzione dell'art. 33 Ccnl 8/6/00) individua invece sia per il dirigente di struttura complessa o semplice, sia per gli altri dirigenti, le condizioni per la conferma dell'incarico o conferimento di altro di maggiore rilievo gestionale ed economico. Nel mentre per i dirigenti neoassunti occorre che termini il quinto anno, ai sensi degli artt. 3, comma 1, e 4, comma 2, e art. 5, comma 5, del Ccnl 8/6/00 per l'attribuzione di incarichi di natura professionale di alta specializzazione ovvero di struttura semplice e per l'indennità di esclusività, oltre alla rideterminazione della retribuzione di posizione minima contrattuale, rideterminata nella misura prevista dagli artt. 42-43, modalità di finanziamento stabilita dall'art. 9 comma 3 Ccnl 8/6/00.

In ogni caso, la conferma o il conferimento di nuovi incarichi avviene nel rispetto delle previsioni dell'art. 28 comma 9 (8) e 29 comma 3 (9) del precedente contratto.

Infine, negli articoli che vanno dal 29 al 31 del nuovo Ccnl, riguardanti essenzialmente la valutazione negativa, si pone l'attenzione proprio sulla responsabilità dirigenziale e sul conseguente accertamento che, a seguito della procedura di valutazione, rilevi particolari scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati.

L'accertamento della responsabilità dirigenziale, a se-

guito del già citato art. 26 comma 3 (10), prima della formulazione del giudizio negativo deve essere preceduto da un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le controdeduzioni, anche scritte del dirigente assistito, qualora lo richiedesse, da persona di fiducia (11).

Secondo il successivo art. 30, l'accertamento delle responsabilità viene rilevata dal nucleo di valutazione relativamente ai risultati negativi della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa e può determinare la perdita della retribuzione di risultato, in tutto o in parte con riguardo all'anno della verifica, nonché la revoca dell'incarico prima della sua scadenza e l'affidamento di altro tra quelli compresi nell'art. 27 del precedente contratto, di valore economico inferiore a quello in atto con le procedure del comma 4.

Per i dirigenti con incarico di S.C. la revoca può comportare l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia immediatamente inferiore, nonché la perdita della relativa indennità (struttura complessa).

Secondo il comma 2 dell'art. 30, l'accertamento delle responsabilità dirigenziali dovuto all'inosservanza delle direttive e dell'operato (12) può determinare:

- a) perdita della retribuzione di risultato con riguardo all'anno della verifica;
- b) revoca anticipata dell'incarico e l'affidamento di altro tra quelli previsti dall'art.27 lett. c del Ccnl 08.06.2000 (13) di valore economico inferiore a quello in atto con le procedure del comma 4.

In buona sostanza il sopraccitato articolo, che sostituisce l'art. 34 del precedente contratto (14), continua nei commi 3, 4, 5, a sottolineare implicitamente l'importanza dello sviluppo della prestazione individuale del-

l'azione dirigenziale che, se non conforme ai canoni dell'art. 27, può determinare, oltre alla perdita della retribuzione di risultato con riguardo all'anno di verifica, la possibilità da parte dell'azienda di disporre la revoca dell'incarico prima della scadenza, anticipando la verifica e la valutazione da parte del Collegio Tecnico (vedi nota 7) ai sensi dell'art. 31 (15), a partire dalla seconda valutazione negativa.

Pertanto, alla luce di ciò e accertati i risultati negativi della responsabilità dirigenziale, l'azienda può procedere per una giusta causa di recesso nei confronti di tutti i dirigenti, previo espletamento delle procedure previste dagli art. 36 Ccnl /97 (16) e dall'art. 23 Ccnl 98/01, come integrato dall'art.20 dell'attuale contratto (17).

Sull'importanza del ruolo e della funzione del Comitato dei Garanti è opportuno ricordare che nella nostra pubblicazione "Le cause estintive del rapporto di lavoro nella sanità pubblica" si stigmatizzava la norma che ne voleva la eliminazione, ritenendo invece come l'organismo in questione rappresentasse un'autentica "diga" a garanzia dei licenziamenti illegittimi.

A consacrare il richiamato principio è stata la norma contenuta nell'art. 20 del nuovo Ccnl la quale, con estrema chiarezza, a fugare ogni dubbio sollevato dalla vecchia disciplina (ex art. 23 Ccnl 98/01), prevede che il parere sui casi di recesso proposti dalle Aziende Sanitarie sia espresso "improrogabilmente e obbligatoriamente entro sessanta giorni dalla sua ricezione". A sostegno del paradigma "garantista", altro aspetto rilevante della norma in commento è dato dalla possibilità offerta al dirigente di chiedere nel suddetto termine un'audizione al Comitato stesso.

Occasione quest'ultima dove il medico potrà contro-

Prefolic®

VO3AF N⁵-metiltetraidrofolato di calcio

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1.DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE PREFOLIC® 15 Compresse PREFOLIC® 15 Iniettabile PREFOLIC® 50 Iniettabile

2.COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA PREFOLIC® 15 Compresse Una compressa gastroresistente contiene: Principio attivo: N⁵-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 19,18 mg pari ad acido 15 mg PREFOLIC® 15 Iniettabile Un flacone di liofilizzato contiene: Principio attivo: N⁵-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 19,18 mg pari ad acido 15 mg PREFOLIC® 50 Iniettabile Un flacone di liofilizzato contiene: Principio attivo: N⁵-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 63,93 mg pari ad acido 50 mg

3.FORMA FARMACEUTICA Compresse gastroresistenti Flaconi di liofilizzato +fiale di solvente

4.INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche In tutte le forme da carenza di folati dovute ad aumentata richiesta, ridotto assorbimento, insufficiente apporto dietetico. Nella terapia antidotica di dosi eccessive di antagonisti dell'acido folico e per combattere gli effetti collaterali indotti da aminopterina e da metotrexate.

4.2 Posologia e modalità di somministrazione Dopo somministrazione orale di PREFOLIC® si ottiene un picco ematico a 2-3 ore che decade poi lentamente nel tempo. La posologia media di PREFOLIC® sia per via orale che per via parenterale intramuscolare o endovenosa può essere indicata in 15 mg al dì o a giorni alterni secondo prescrizione medica. Il trattamento con PREFOLIC® deve essere prolungato fino a completa remissione dei sintomi della carenza folica e ricostituzione del patrimonio endogeno. In casi eccezionali o nell'impiego del PREFOLIC® per l'antidotismo dei farmaci citotossici antifolati (ad esempio nel caso di somministrazione di metotrexate ad alta dose), la posologia può comportare l'uso di dosi più elevate, somministrate ad intervalli di poche ore: 15 mg per os ogni 6-8 ore oppure 50-100 mg per endovena ogni 3-8 ore per qualche giorno in base ai parametri del "rescue".

4.3 Controindicazioni (ipersensibilità nota verso i componenti.

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso Nel caso si faccia ricorso alla somministrazione endovenosa si raccomanda di praticare l'iniezione lentamente. Nei soggetti epilettici i farmaci anticonvulsivi possono provocare un abbassamento della folatemia; la somministrazione di PREFOLIC®, pur controbilanciando tale effetto, può aumentare la frequenza degli accessi. Le compresse sono gastroresistenti, liberano cioè il principio attivo nell'intestino prossimale; esse non vanno masticate, ma debbono essere degluite intere, preferibilmente al mattino. In presenza di anemia perniciosa è buona norma associare al PREFOLIC® anche la vitamina B 12 per prevenire le complicazioni neurologiche della malattia.

4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione Non sono note.

4.6 Uso durante la gravidanza e l'allattamento Trattasi di composto vitaminico, normale componente del nostro organismo, privo di effetti sulla madre e sul feto.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchinari Non interferisce sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.

4.8 Effetti indesiderati Con l'uso del prodotto sono possibili manifestazioni di ipersensibilizzazione (febbre, orticaria, ipertensione arteriosa, tachicardia, broncospasmo, shock anafilattico).

4.9 Sovradosaggio Non sono noti fino ad ora casi clinici di sovradosaggio.

5.PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche N⁵-metiltetraidrofolato di calcio (5-MTHF), molecola fisiologica di natura vitaminica, è un principio attivo che interviene negli organismi animali in una serie di reazioni importanti, dal punto di vista biochimico-metabolico, finalizzate a realizzare il trasferimento dell'unità monocarboniosa. Tra queste reazioni

vanno in particolare ricordate le seguenti: a) la sintesi delle purine e del timidato, tappa indispensabile per la biosintesi degli acidi nucleici; b) la sintesi ex novo dei metili labili a partire da serina, glicina, istidina, formiato; c) la sintesi della metionina a partire dall'omocisteina, reazione che richiede la presenza della vitamina B 12 come cofattore e che pertanto rappresenta il punto di interazione tra folati e cobalamina.

5.2 Proprietà farmacocinetiche Per le sue caratteristiche di molecola fisiologica il 5-MTHF viene utilizzato dall'organismo come tale, senza cioè subire ulteriori processi di biotrasformazione. Esso costituisce la forma fisiologica di trasporto dell'acido folico nel plasma, dove rappresenta la quasi totalità dei folati circolanti. È prontamente assorbito dal tratto digestivo e, quindi, si distribuisce a tutti i tessuti compreso il SNC; esso è infatti captato dai plessi corioidei nel liquido cefalorachidiano ove la sua concentrazione è pari a tre volte quella del sangue. Il t 1/2 del 5-MTHF per via endovenosa è di circa 2 ore, per via orale di circa 2-3 ore. Viene eliminato per via renale ed intestinale.

6.INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti PREFOLIC® 15 Compresse Amido di mais, lattosio, magnesio stearato, polietilenglicole 6000, polimetacrilati, polisorbato 80, simeticone, sodio idrossido, talco. PREFOLIC® 15 iniettabile Acido citrico, glutatone, mannite, metile pidrossibenzoato, sodio idrossido. Una fiala di solvente contiene: acqua per preparazioni iniettabili. PREFOLIC® 50 iniettabile Acido citrico, glutatone, mannite, metile pidrossibenzoato, sodio idrossido. Una fiala di solvente contiene: acqua per preparazioni iniettabili.

6.2 Incompatibilità Non va addizionato a soluzioni contenenti bicarbonato.

6.3 Validità PREFOLIC® 15 Compresse: 36 mesi PREFOLIC® 15 iniettabile e 50 iniettabile: 30 mesi il prodotto ricostituito rimane stabile per 10 ore.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione Non esporre alla luce o all'aria.

6.5 Natura e contenuto del contenitore - Astuccio contenente 3 blister (alluminio-politene) da 10 compresse di 15 mg - Astuccio contenente 5 flaconi di vetro scuro a chiusura ermetica (tappo di gomma e ghiera metallica in alluminio) di 15 mg + 5 fiale di vetro contenenti 3 ml di solvente - Astuccio contenente 6 flaconi di vetro scuro a chiusura ermetica (tappo di gomma e ghiera metallica in alluminio) di 50 mg + 6 fiale di vetro contenenti 3 ml di solvente

6.6 Istruzioni per l'uso



Modalità di apertura della fiala di solvente:

- posizionare la fiala come indicato nella figura 1;
- esercitare una pressione con il pollice posto sopra il punto colorato come indicato nella figura 2.

7.TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO ZAMBON ITALIA s.r.l. - Via della Chimica, 9 Vicenza

8.NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO - 30 compresse di 15 mg - A.L.C.: n.024703124-5 flaconi di 15 mg +5 fiale di solvente - A.L.C.: n.024703098-6 flaconi di 50 mg +6 fiale di solvente - A.L.C.: n.024703112

9.DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE - 30 compresse di 15 mg: 20/07/1989-5 flaconi di 15 mg + 5 fiale di solvente: 30/04/1982-6 flaconi di 50 mg + 6 fiale di solvente: 22/02/1985 Rinnovo autorizzazione: 01/06/2002

10.DATA (PARZIALE) DI REVISIONE DEL TESTO: Novembre 2001

Zambon

dedurre alle contestazioni mosse dall'Azienda.

La valutazione avviene da parte del Collegio (art. 31 a sostituzione dell'art. 34, vedi nota 16 del Ccnl 1998/2001 e comporta per il dirigente di struttura complessa la mancata conferma dell'incarico con la perdita dell'indennità relativa, mentre per gli altri dirigenti determina il mancato reincarico nella posizione già affidata, invece, per il dirigente con meno di cinque anni, la "sanzione" è rappresentata dal ritardo di un anno nell'eventuale conferimento di un nuovo incarico di direzione di struttura semplice.

Per i primi due casi, è evidente che il dirigente medico ha diritto dopo un anno ad una nuova verifica che, se positiva, consente la rimozione degli effetti negativi suddetti.

Note

- Il D.lgs 502/92 e smi. art. 15 consente di circoscrivere le stesse attribuzioni in un quadro schematico nel quale, alla luce della disciplina contenuta nei rispettivi Ccnl, sono tipologicamente raggruppabili in base al loro contenuto. Si distinguono, pertanto, gli incarichi di: direzioni di uffici e di strutture, consulenza, studio e ricerca, ispettive. Si veda C.f.r. N. Gasparro "Le cause estintive del rapporto di lavoro nella Sanità pubblica" ed. Ecofutura 2003.
- La disciplina di conferimento dell'incarico prevede che le aziende attuino principi di razionalizzazione e ridefiniscano le strutture organizzative unitamente alle funzioni dirigenziali (atto aziendale di diritto privato).
- Il contratto individuale viene regolato dall'art. 2 del D.lgs. 29 (ora D.lgs. n. 165) tra le fonti del rapporto di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, vedi co. 3, e successivi art. 13 Ccnl 8 giugno 2000, co. 5. L'attuale disciplina del contratto individuale vede completamente scissi i due profili dell'instaurazione del rapporto di lavoro e del conferimento dell'incarico, a differenza del settore privato dove i due aspetti sono coincidenti. Si di-

stingue, pertanto, la tipologia del rapporto di lavoro (a tempo indeterminato o a tempo determinato) dal conferimento dell'incarico che è sempre a termine, nonché dall'art. 13 del Ccnl 98/2001.

- La valutazione annuale da parte del nucleo di valutazione riguarda:
 - la gestione del budget finanziario formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti
 - ogni altra funzione gestionale espressamente delegata in base all'atto aziendale
 - l'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali.
- Per tutti gli altri dirigenti:
 - l'osservanza delle direttive nel raggiungimento dei risultati in relazione all'incarico attribuito
 - il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali-quantitativi espressamente affidati
 - l'impegno e la disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al conseguimento degli obiettivi.
- Art. 65 Ccnl 4 dicembre 1996 co. 4: I risparmi di gestione consistono nei minori oneri relativi al personale dirigenziale derivanti dagli adempimenti organizzativi indicati dal comma 5 che non incidano sulla gestione e sulla qualità dei servizi resi agli utenti; e co. 6: Le amministrazioni devono attestare attraverso i servizi di controllo interno o i nuclei di valutazione che detti risparmi non abbiano prodotto effetti negativi sull'estensione e sulla qualità dei servizi resi agli utenti e non siano dovuti all'affidamento di attività all'esterno.
- Art. 32, comma 5 Ccnl 99/2001. L'oggetto della valutazione per tutti i dirigenti, oltre gli obiettivi specifici riferiti alla singola professionalità ed ai relativi criteri di verifica dei risultati e costituito, in linea di principio, dai seguenti elementi ulteriormente integrabili a livello aziendale con le modalità del comma 3:
 - collaborazione interna e il livello di partecipazione, ecc.
 - livello di espletamento delle funzioni ecc.
 - capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare
 - risultati delle procedure di contratto
 - capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innova-

- zioni tecnologiche
- raggiungimento del minimo di credito formativo
- osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati
- rispetto del codice di comportamento allegato al Ccnl del 5 dicembre 1996.
- Art. 28 co. 9 Ccnl 8/6/00. Gli incarichi dei commi 1 e 3 sono conferiti a tempo determinato ed hanno una durata non inferiore a 3 anni e non superiore a 5 anni - comunicata nell'atto del conferimento - con facoltà di rinnovo. La durata degli incarichi è connessa alla loro natura. L'assegnazione degli incarichi non modifica le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per compimento del limite massimo di età. In tali casi la durata dell'incarico viene correlata al raggiungimento del predetto limite.
- Art. 29 co. 3 Ccnl 8/6/00. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve secondo le procedure di verifica previste dall'art. 31. Nel conferimento degli incarichi si applica la clausola prevista dall'art. 28 co. 9 ultimo periodo.
- Il Nucleo di Valutazione procede alla verifica e valutazione annuale:
 - dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice
 - dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.
- N. Gasparro. Il manuale del Medico Dirigente. Ed. Il Sole24Ore maggio 2006
- Conformemente all'art. 27 co. 1 punto 2 Ccnl 2002/2005.
- Art. 27 co. 1 lett. co. 1 lett. c Ccnl 1998/2001 Tipologia di incarico.
- Art. 34 Ccnl 1998/2001 Effetti della valutazione negativa.
- Art. 31 Ccnl 2002/2005 Effetti della valutazione negativa delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti sugli incarichi ed altri istituti. Cfr. N. Gasparro. Il manuale del Medico Dirigente. Ed. Il Sole24Ore maggio 2006
- Vedi art. 36 Ccnl 1994/1997 Recesso dell'azienda o ente pag. 217 "Le cause estintive del rapporto di lavoro nella sanità pubblica" Ed. Ecofutura 2003.
- Vedi art. 20 Ccnl 2002/2005 Comitato dei Garanti.

Monuril® J01XX Fosfomicina trometamolo

RISASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO 1. DENOMINAZIONE DEL FARMACINALE: MONURIL® 2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA: MONURIL® Pediatrico 2g - una busta contiene: Principio attivo Fosfomicina trometamolo g 3,754 (pari a fosfomicina g 2,00) Eccipienti: Amido mandorlino mg 70, Amido arancio mg 60, Sacarina mg 16, Saccharose mg 2100 MONURIL® 3g - una busta contiene: Principio attivo Fosfomicina trometamolo g 5,631 (pari a fosfomicina g 3,00) Eccipienti: Amido mandorlino mg 70, Amido arancio mg 70, Sacarina mg 16, Saccharose mg 2213 3. FORMA FARMACEUTICA: Buste di granulato per uso orale 4. INFORMAZIONI CLINICHE MONURIL® è stato impiegato su ampio campione (bambini, adulti, soggetti anziani e donne gravide) costituito da pazienti affetti da infezioni della bassa via urinaria nelle quali risulta vantaggioso il trattamento antibiologico di breve durata (una o due somministrazioni) ad alte dosi. Sterilizzazione persistente delle urine, associata o scomparsa dei principali sintomi clinici, è stata osservata in più del 90% dei casi trattati già dal 2°-3° giorno dall'inizio del trattamento. L'attività antibiologica in vivo del MONURIL® non viene modificata da ampie variazioni del pH urinario. MONURIL® per la sua peculiare caratteristiche, è particolarmente adatta al trattamento (profilassi/terapia) di breve durata (una o due dosi) delle infezioni acute "non complicate" della bassa via urinaria. È stato dimostrato che questo approccio terapeutico assicura i seguenti vantaggi: è semplice e di efficacia pari alla terapia prolungata, ben tollerata, non presenta il rischio di interruzione precoce della terapia da parte del paziente o del mancato completamento del ciclo clinico; risulta frequente nella pratica clinica durante l'applicazione di schemi di trattamento prolungato nelle infezioni urinarie non complicate, per gli alti livelli raggiunti in sede di infezione assicura un'azione battericida sulla maggior parte dei germi uropatogeni, riducendo il rischio di selezione di ceppi batterici resistenti, riduce i rischi per il feto in caso di gravidanza. 4.1 Indicazioni terapeutiche: Cistite batterica acuta, episodi acuti di cistite batteriche ricorrenti, sindrome uremi-vesicale acuta batterica, vaginite batterica aspecifica, Batteriuria significativa asintomatica (gravidanza), Infezioni urinarie postoperatorie, Profilassi delle infezioni del tratto urinario negli interventi chirurgici e nelle manovre diagnostiche transuretrali. 4.2 Posologia e modo di somministrazione: Adulti: Una busta da 3g (come principio attivo) una sola volta preferibilmente la sera prima di coricarsi, dopo aver vuotato la vescica. Nei casi più impegnativi (anziani pazienti a letto, infezioni ricorrenti) somministrare una seconda busta a distanza di 24 ore. Bambini: Una busta da 2g (come principio attivo) una sola volta (MONURIL® Pediatrico). I sintomi clinici generalmente scompaiono dopo 2-3 giorni. Nelle infezioni acute della bassa via urinaria (cistiti, uretriti non gonococciche) sostenute da germi sensibili al MONURIL®, una sola dose di prodotto (2g di principio attivo nel bambino) è sufficiente a determinare la guarigione dell'episodio. L'eventuale persistenza di alcuni sintomi locali, dopo il trattamento non è necessariamente espressione di insuccesso terapeutico essendo per lo più riferibile ad esiti di progressi flagiosi. Nei casi clinicamente più impegnativi (soggetti anziani, pazienti a letto, infezioni ricorrenti) oppure nelle infezioni sostenute da germi sensibili prevalentemente alle più alte concentrazioni di antibiotico (Pseudomonas, Enterobacter, Proteus indolo-) possono essere necessarie due dosi di MONURIL® da somministrarsi a distanza di 24 ore una dall'altra. Nelle profilassi di infezioni urinarie in seguito ad interventi chirurgici ed a manovre diagnostiche transuretrali, il trattamento viene attuato di norma utilizzando due dosi di MONURIL®. La prima dose va somministrata circa 3 ore prima dell'intervento, la seconda deve essere assunta a distanza di 24 ore dalla prima. MONURIL® deve essere somministrato esclusivamente per via orale, a stomaco vuoto, preferibilmente prima del riposo notturno, dopo aver vuotato la vescica. La dose deve essere sciolta in un bicchiera di acqua (50-75 ml) od altra bevanda gradita al paziente e somministrata subito dopo la sua preparazione. 4.3 Controindicazioni: Ipersensibilità accertata verso il prodotto. 4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso: Il pasto può ritardare l'assorbimento del principio attivo del MONURIL®, con conseguente lieve diminuzione dei picchi ematici e delle concentrazioni urinarie. È preferibile pertanto che il prodotto sia assunto a stomaco vuoto, circa 2-3 ore lontano dai pasti. Non sono noti effetti collaterali di importanza tale da suggerire altre particolari precauzioni connesse all'assunzione del prodotto. Tenere fuori dalla portata dei bambini. 4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione: Non segnalate. 4.6 Gravidanza e allattamento: Nelle donne in stato di gravidanza, in corso di allattamento e nelle primipare infanzia il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. 4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari: Non ci sono presupposti né evidenze che il farma-

co possa modificare l'attenzione ed i tempi di reazione. 4.8 Effetti indesiderati: MONURIL® è particolarmente ben tollerato sia dal soggetto adulto che dal bambino. Molto raramente sono stati osservati disturbi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea) e rash cutanei regressivi spontaneamente o rapidamente senza particolari e specifici interventi terapeutici. 4.9 Sovradosaggio: Non sono noti effetti indesiderati determinati da dosi eccedenti quelle consigliate ai fini terapeutici. In caso di sovradosaggio accidentale (5-10 buste), il sufficiente lavaggio l'alimentazione urinaria del principio attivo mediante adeguata somministrazione di liquidi. 5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche: MONURIL® (metano 2-tiazolidin-7,3-propenilolo) (2R)-[2-(metilfosforil)fosfonato] è un antibiotico ad ampio spettro attivo sulle infezioni della via urinaria, derivato dall'acido fosforico. Esplica un'elevata attività battericida per blocco metabolico della sintesi della parete batterica con meccanismo polimerico (inibizione specifica dell'enzima enolpiruvato transferasi), da cui l'assenza di resistenze crociate verso altri antibiotici con la maggior parte dei quali può agire sinergicamente. È attivo nei confronti dei batteri Gram-positivi e Gram-negativi, comprendendo nel suo spettro i ceppi produttori di penicillina ed i germi di più frequente isolamento nelle infezioni della via urinaria (E. Coli, Protei, Klebsiella, Enterobacter, Pseudomonas, stafilococchi ecc.) anche se resistenti ad altri antibiotici. 5.2 Proprietà farmacocinetiche: MONURIL® si somministra per via orale disciolto in acqua, in cui è completamente solubile. Dosi di 2 e 3g di principio attivo, rispettivamente nei bambini e negli adulti, compresi i soggetti anziani, sono rapidamente e completamente assorbite nel tratto gastroenterico. Elevate concentrazioni antibiologiche vengono raggiunte nel plasma (circa 30 mcg/ml) e nei tessuti (prostata) dopo dosi terapeutiche. Il principio attivo, non legato alle proteine plasmatiche, viene escreto inalterato principalmente attraverso l'emuntorio renale. Il T_{1/2} sierico è di circa 3 ore e non è dipendente dalle dosi. Il cibo può ritardare l'assorbimento del principio attivo determinando lieve riduzione dei picchi ematici e delle concentrazioni urinarie, tali comunque da non pregiudicare in alcun modo l'attività antibiologica del prodotto. Concentrazioni urinarie molto elevate (circa 3000 mcg/ml) vengono raggiunte rapidamente (entro 2-4 ore) e permangono per almeno 36-48 ore superiori a quelle battericide nei confronti della maggior parte dei germi responsabili delle infezioni della via urinaria. Nel soggetto anziano con ridotto funzionalità renale l'arrivo serico appare lievemente prolungato; le concentrazioni urinarie tuttavia subiscono solo trascurabili modificazioni, rispetto all'adulto normale, tali da non suggerire aggiustamenti posologici. Il tri-idrossi-metillaminometano non interferisce nella cinetica del principio attivo. 5.3 Dati preclinici di sicurezza: La DL50 per os nel ratto e nel topo è superiore a 10.000 mg/kg. Per via orale dosi fino a 1000 mg/kg non hanno determinato eventi tossici degni di rilievo o carico delle funzioni e delle strutture dei diversi organi ed apparati nel corso delle prove di tossicità sub-acute nel ratto e cronica nel cane. MONURIL® non ha azione mutagenica. Gli studi di teratogenesi (ratto, coniglio), della fertilità (ratto) e della tossicità per i post-nati (ratto) non hanno evidenziato segni di possibili effetti tossici indotti dal MONURIL®. 6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Lista degli eccipienti: Si veda il punto 2. 6.2 Incompatibilità: Nessuna per quanto noto. 6.3 Validità: Anni 3 (tre). La data di scadenza indicata si riferisce al prodotto in confezionamento integro, correttamente conservato. Il prodotto va assunto una volta riletta la soluzione. 6.4 Speciali avvertenze per la conservazione: Nessuna particolare. 6.5 Natura e contenuto del contenitore: Buste in accoppiato triplo carta-alluminio-polietilene. MONURIL® Pediatrico scatola da 2 buste da 2g. MONURIL® scatola da 2 buste da 3g. 6.6 Istruzioni per l'uso: Si veda il punto 4.2. 7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO: ZAMBON ITALIA S.p.A. Via della Chimica, 9 - Vicenza. 8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO: MONURIL® Pediatrico buste da 2g - AC n° 025480012 - MONURIL® buste da 3g - AC n° 025480024 9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE: Prima autorizzazione: 12 luglio 1986. Rinnovo: 1 giugno 2000. 10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO: 30/10/99



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.





www.ginecologiaforense.it



legale on-line

M.A.M.M.A. AOGOI

Movement Against Medical Malpractice and Accident
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

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

descrizione

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

contatto telefono e-mail fax mobile e-mail 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" e sulla rivista dell'associazione "Gynecoaogoi".

data _____ il socio _____



Pronte le Commissioni parlamentari della sanità

Eletti lo scorso 6 giugno i membri delle Commissioni parlamentari che lavoreranno ai temi della sanità.

Ignazio Marino presiederà la Commissione Igiene e Sanità del Senato, mentre la guida della Commissione Affari Sociali della Camera

è stata affidata a Domenico Lucà. Ecco la lista dei membri che compongono le due Commissioni

SENATO

(25 membri)

Presidente

Marino Ignazio Roberto (Ulivo)

Vicepresidenti

Cursi Cesare (An)

Caforio Giuseppe (Misto Idv)

Segretari: Monacelli Sandra (Udc)

Silvestri Gianpaolo (Verdi)

Componenti

Emanuela Baio Dossi (Ulivo)

Bossoli Fiorenza (Ulivo)

Bianconi Laura (Fi)

Binetti Paola (Ulivo)

Bodini Paolo (Ulivo)

Bosone Daniele (Aut)

Carrara Valerio (Fi)

Colli Ombretta (Fi)

Emprin Giardini Erminia (Rif. Com.)

Gabbana Albertino (Lnp)

Ghigo Enzo Giorgio (Fi)

Gramazio Domenico (An)

Iovene Nuccio (Ulivo)

Lorusso Antonio (Fi)

Massidda Piergiorgio (Dc-Ind-Ma)

Polito Antonio (Ulivo)

Serafini Anna

Tomassini Antonio (Fi)

Totano Achille (An)

Valpiana Tiziana (Rif. Com.)

CAMERA

(44 membri)

Presidente

Lucà Mimmo (Ulivo)

Vicepresidenti

Bianchi Dorina (Ulivo)

Capitano Santolini Luisa (Udc)

Segretari

Gardini Elisabetta (Fi)

Poretti Donatella (Rnp)

Componenti

Astore Giuseppe (IdV)

Bafile Mariza (Ulivo)

Baiamonte Giacomo (Fi)

Barani Lucio (Dc-Ps)

Bocciardo Mariella (Fi)

Bucchino Gino (Ulivo)

Burtone Giovanni Mario Salvino (Ulivo)

Cancrini Luigi (Comunisti italiani)

Caruso Francesco Saverio (Rif. Com. -

Sinistra Europea)

Ceccacci Fiorella (Fi)

Conti Giulio (An)

Crimi Rocco (Fi)

Di Girolamo Leopoldo (Ulivo)

Di Virgilio Domenico (Fi)

Dioguardi Daniela (Rif. Com - Sinistra

Europea)

Garavaglia Massimo (Lega)

Grassi Gero (Ulivo)

Laganà Fortugno Maria Grazia (Ulivo)

Lisi Ugo (An)

Lo Monte Carmelo (Misto-Mpa-Mov. per

l'autonomia)

Lucchese Francesco Paolo (Udc)

Lumia Giuseppe (Ulivo)

Mancuso Gianni (An)

Mazzaracchio Salvatore (Fi)

Moroni Chiara (Fi)

Mosella Donato Renato (Ulivo)

Napoli Angela (An)

Palumbo Giuseppe (Fi)

Pellegrino Tommaso (Verdi)

Pignataro Rocco (Popolari-Udeur)

Porfidia Americo (IdV)

Rampi Elisabetta (Ulivo)

Sanna Emanuele (Ulivo)

Smeriglio Massimiliano (Rif. Com. -

Sinistra Europea)

Squeglia Pietro (Ulivo)*

Trupia Lalla (Ulivo)

Ulivi Roberto (An)

Volontè Luca (Udc)

Zanotti Katia (Ulivo)

* Sostituisce in data 6 giugno 2006

Rosy Bindi

Zidoval™

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE Zidoval™ 7,5 mg/g gel vaginale. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Metronidazolo 0,75 % p/p, 7,5 mg/g. Per gli eccipienti vedere sezione 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Gel vaginale - Gel incolore o lievemente paglierino. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Zidoval gel vaginale è indicato per il trattamento della vaginosi batterica. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Somministrazione per via vaginale. **Adulti** Un'applicazione di Zidoval gel vaginale (5 g) in vagina una volta al giorno, prima di andare a letto, per 5 giorni consecutivi. **Istruzioni per l'uso:** forare l'estremità sigillata del tubo e avviare bene l'estremità aperta dell'applicatore. Premere il tubo riempiendo l'applicatore con il gel. Rimuovere l'applicatore dal tubo e inserirlo delicatamente per tutta la sua lunghezza in vagina. Spingere lo stantuffo per rilasciare il gel. Gettare via l'applicatore secondo le istruzioni fornite. **Pazienti anziane** La vaginosi batterica non è frequente nelle pazienti anziane e di conseguenza non è stata fatta una valutazione clinica nei pazienti appartenenti a questa fascia di età. **Bambine** Nelle bambine e nelle adolescenti sotto i 18 anni di età l'uso del prodotto non è raccomandato in quanto la sicurezza e l'efficacia non sono state stabilite. **4.3 Controindicazioni** Zidoval gel vaginale è controindicato nelle pazienti in cui risulti all'anamnesi una ipersensibilità al metronidazolo, ad altri nitroimidazoli, parabeni o qualsiasi altro componente del gel. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso** L'impiego durante il periodo mestruale non è consigliato. Durante la terapia con Zidoval gel vaginale una candidosi nota o precedentemente non diagnosticata può manifestare un'accentuazione dei sintomi e richiedere una terapia con un agente specifico. Il metronidazolo è un nitroimidazolo e deve essere usato con cautela in pazienti con anamnesi di discrasie ematiche. Come per tutte le infezioni vaginali, sono da evitare i rapporti sessuali durante l'infezione e durante il trattamento con Zidoval gel vaginale. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** Il metronidazolo orale presenta una reazione simile a quella del disulfiram quando associato all'alcool. Durante l'uso concomitante di metronidazolo e disulfiram si sono manifestate reazioni psicotiche acute e stati di confusione. La possibilità di simili reazioni, alle basse concentrazioni sieriche raggiunte con l'impiego di Zidoval gel vaginale, è improbabile, ma non può essere esclusa. Si è notato che il metronidazolo orale aumenta le concentrazioni plasmatiche di warfarin, litio, ciclosporina e 5-fluorouracile. Date le basse concentrazioni plasmatiche raggiunte dopo somministrazione per via vaginale, simili effetti non sono attesi, ma non possono essere completamente esclusi. Il metronidazolo può interferire con la determinazione di

alcuni valori ematochimici, quali aspartato aminotransferasi (AST, SGOT), alanina aminotransferasi (ALT, SGPT), lattato deidrogenasi (LDH), trigliceridi e glucosio esochinasi. Si possono osservare valori prossimi allo zero. **4.6 Gravidanza e allattamento** **Gravidanza** Dati inerenti il trattamento di un grande numero di pazienti (diverse centinaia) durante la gravidanza hanno dimostrato l'assenza di effetti collaterali del metronidazolo a carico del feto e del neonato; tuttavia non sono stati effettuati studi specifici con Zidoval gel vaginale sulle donne in gravidanza. Pertanto, occorre cautela nella prescrizione a donne gravide. **Allattamento** Il rapporto fra le concentrazioni plasmatiche di Zidoval gel vaginale e quelle di metronidazolo orale è di circa 0,02. Il metronidazolo è escreto nel latte materno a concentrazioni simili a quelle del plasma ed il rapporto delle concentrazioni plasmatiche del metronidazolo nel bambino allattato rispetto alla madre è di circa 0,15. Occorre cautela nel prescrivere Zidoval gel vaginale a donne che allattano. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari** Nessuno noto. **4.8 Effetti indesiderati** Negli studi clinici controllati, condotti su 759 pazienti, gli eventi avversi più comunemente riportati sono stati quelli a carico dell'apparato urogenitale (26%) e dell'apparato gastroenterico (14%). **Comuni** (>1/100, <1/10) Sistema nervoso: cefalea, vertigini. Apparato Gastroenterico: disturbi gastrointestinali, crampi addominali, nausea e/o vomito, alterazione del senso del gusto e della percezione dei sapori, diminuzione dell'appetito. Apparato urogenitale: candidosi vaginale, prurito/irritazione/bruciore/perdita di sensibilità vaginale, disturbi pelvici, perdite vaginali. **Non comuni** (>1/1000, < 1/100) Psichiatrici: depressione, affaticamento, irritabilità, disturbi del sonno. Sistema nervoso: parestesie. Apparato Gastroenterico: diarrea, stipsi, meteorismo/aerofagia, flatulenza, sete/secchezza delle fauci, sensazione di sapore metallico. Cute: prurito. Apparato Urinario: sintomatologia da infezione a carico delle vie urinarie, urina di colore scuro. Apparato urogenitale: tumefazione vulvare, disturbi/irregolarità mestruali, perdite/sanguinamenti vaginali, fuoriuscita della medicazione. Generali: crampi. **4.9 Sovradosaggio** Non sono riportati casi di sovradosaggio nell'uomo con Zidoval gel vaginale e non esiste alcun trattamento specifico. Il metronidazolo viene prontamente rimosso dal plasma con l'emodialisi. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** Classificazione ATC: G01AF01. Il metronidazolo è un agente antibatterico di sintesi che possiede anche attività amebicida. Zidoval gel vaginale ha dimostrato in vivo di essere attivo contro i patogeni vaginali *Gardnerella vaginalis* e *bacteroides*. Aumenti significativi dei lattobacilli sono stati osservati nelle pazienti affette

da vaginosi batterica dopo terapia con Zidoval. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Gli studi di biodisponibilità, dopo somministrazione di una singola dose, di 5 grammi di Zidoval gel vaginale in 12 soggetti sani, hanno dimostrato una Cmax media di 237 nanogrammi/ml pari a circa il 2% della concentrazione massima plasmatica media di una compressa da 500 mg assunta per via orale (Cmax media = 12.785 ng/ml). Nelle normali condizioni d'uso, la formulazione determina quindi minime concentrazioni plasmatiche di metronidazolo. Il metronidazolo ha un'ampia volume apparente di distribuzione ed è in grado di passare attraverso la barriera ematoencefalica e la barriera cefalorachidiana raggiungendo concentrazioni simili a quelle plasmatiche. Il metronidazolo viene metabolizzato nel fegato mediante l'ossidazione della catena laterale con formazione di glucuronide; gran parte della dose assorbita viene escreta sotto forma di metaboliti. Sia il farmaco immutato che i metaboliti vengono escreti principalmente nell'urina. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** A dosi elevate il metronidazolo ha evidenziato un effetto mutageno sui batteri, ma non sulle cellule dei mammiferi in vitro o in vivo. È stato dimostrato un potenziale carcinogenetico nel topo e nel ratto, ma non nel criceto. Negli studi epidemiologici non è stato evidenziato un aumento del rischio di insorgenza di tumori a seguito dell'esposizione al metronidazolo. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Lista degli eccipienti** Carbomero (Carbopol) 974P, disodio edetato, metile paraidrossibenzoato, propile paraidrossibenzoato, glicole propilenico, sodio idrossido, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna conosciuta. **6.3 Validità** 3 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Conservare ad una temperatura non superiore a 25°C. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Tubo di alluminio ricoperto da resina epossifenolica, con tappo a vite in polietilene contenente 40 g di prodotto. La confezione contiene 5 applicatori vaginali monouso, in grado di rilasciare 5 grammi di gel ciascuno. **6.6 Istruzioni per l'uso** Non pertinente. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 3M Health Care Limited - Morley Street - Loughborough (Leicestershire) - LE11 1EP, U.K. Distributore per l'Italia: 3M Italia S.p.A. - Via San Bovio 3 - Loc. S. Felice - 20090 Segrate (MI) **8. NUMERO DI AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** AIC 034942019/M **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Ottobre 2000 **10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO** Ottobre 2000

3M Salute



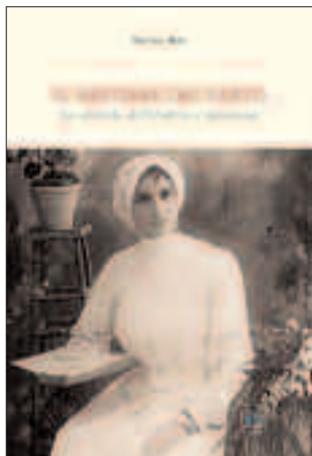
libri e recensioni

Patrizia Mari
Il mestiere del parto
Le ostetriche dell'Umbria
si raccontano

Pagine: 432
 Prezzo: Euro 26,00
 BLU Edizioni, 2005

info@bluedizioni.com
 www.bluedizioni.com

Tel. 075 9680379
 Fax 075 9681273



Il mestiere del parto
 Le ostetriche dell'Umbria
 si raccontano

Ogni racconto è il tassello di un percorso lungo 60 anni, che ha visto le ostetriche passare dal servizio a domicilio a quello ospedaliero e consultoriale; le ha poste di fronte alla drammatica scelta della obiezione o non obiezione in occasione dell'ingresso della Legge 194 sull'aborto; le ha viste, a fianco delle donne, combattere per l'affermazione della pari dignità dei sessi e delle specificità della maternità. L'autrice, con il sostegno prezioso della Consigliera di Parità della regione Umbria, Marina Toschi, ritrova mediante numerose e diverse testimonianze di ostetriche condotte e ospedaliere quel "...patrimonio di conoscenze, di esperienze, di cultura sedimentata ma non raccolta.." che da sempre ha contrassegnato questa professione. Raccontare la storia di un mestiere che si declina fin dall'antichità al femminile, ma dal quale non è esclusa a priori la figura maschile, significa ritrovare

consapevolezza e responsabilità non solo per tali operatrici/ori ma anche e soprattutto per le donne stesse. Donne sempre più smarrite dinanzi un'eccessiva medicalizzazione del parto e a un'assistenza che lascia spesso inascoltati i bisogni relazionali tanto importanti nel mantenere l'esperienza della maternità nei confini della fisiologia e non della malattia. Il volume, oltre alla raccolta delle testimonianze delle ostetriche umbre, contiene alcune storie di mamme che hanno partorito sia nelle strutture pubbliche che a proprio domicilio. È stato suddiviso in sezioni che permettono diversi percorsi di lettura: cronologico in modo tale che, attraverso le testimonianze individuali, si comprendano i cambiamenti culturali, sociali e assistenziali avvenuti nella regione umbra, ma più in generale nel nostro Paese, ovvero informativo libero, che consente di passare da una sezione all'altra a seconda della curiosità che anima la lettura. Alla stesura de "Il mestiere del parto" hanno collaborato anche le giornaliste Elena Teatini e Luigina Miccio. La prefazione del volume è stata affidata a Lidia Menapace.

3M Italia S.p.A.

è lieta di annunciare ai Sigg. Medici che la Specialità Medicinale



nelle indicazioni

carcinomi basocellulari superficiali (sBCC)
 trattamento dei condilomi acuminati esterni genitali e perianali

è ora autorizzata

Classe A
RRL/Piano Terapeutico
 (G.U. N° 41 del 18/02/2006)

Aldara Crema 5% - 12 bustine monouso 250 mg
€ 81,10 prezzo al pubblico (IVA inclusa)*

*già classe C €113,10

3M Salute



convegni

e corsi

convegni 2006

7/9 settembre

Roma
I° CONGRESSO NAZIONALE MILITARE DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
Segreteria organizzativa
Mkt Consulting
Via della Giuliana 35 00198 Roma
Tel. 06.39746189 Fax 06.39372581
info@mkt.consulting.it

13/15 settembre

Iseo (Bs)
CORSO TEORICO-PRATICO DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA ED OPERATIVA
Segreteria organizzativa
Centro Congressi Giovanni XXIII
Viale Papa Giovanni XXIII 106
24121 Bergamo
Tel. 035.236435
Fax 035.236474
infocon@congresscenter.bg.it

18/21 settembre

Acquaviva delle Fonti (BA)
CORSO TEORICO-PRATICO DI ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA ED OPERATIVA
Segreteria organizzativa
Ospedale Generale Regionale Miulli
70021 Acquaviva delle Fonti (BA)
Tel. 080.761822
ecm.miulli@libero.it

23/27 settembre

Brescia
XV CONGRESSO NAZIONALE SIEOG
Segreteria organizzativa
SP.ic.
Via Costalunga 14 - 25123 Brescia
Tel. 030.382336 Fax 030.382653
congressi@essepistudio.it

28/30 settembre

Modena
LA NORMALE COMPLESSITÀ DEL VENIRE AL MONDO: INCONTRO TRA SCIENZE MEDICHE E SCIENZE UMANE
Segreteria organizzativa
Planning Congressi
Via S. Stefano 97 40125 Bologna
Tel. 051.300100 Fax 051.309477
info.planning@planning.it

1°/4 ottobre

Roma
82° CONGRESSO NAZIONALE SIGO 47° CONGRESSO A.O.G.O.I. 14° CONGRESSO A.G.U.I.
G & G Congressi
Via Giovanni Squarcina 3
00143 Roma
Tel. 06.5043441 Fax 06.5033071
congressi@gegcongressi.com

21 ottobre

Bologna
1° CORSO TEORICO-PRATICO DI ECOGRAFIA TRIDIMENSIONALE IN GINECOLOGIA
Segreteria organizzativa
Noema s.r.l.
Via Orefici 4 - 40124 Bologna
Tel. 051.230385 Fax 051.221894
info@noemacongressi.it

5/10 novembre

Kuala Lumpur, Malaysia
XVIII FIGO WORLD CONGRESS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
Segreteria organizzativa
AOS Conventos & Events SDN BHD
39 &40 Jalan Mamanda 9 00000
Kuala Lumpur - Malaysia
Tel. +60342529100
Fax +60342571133

9/10 novembre

Torino
L'ECOGRAFIA FUNZIONALE PELVI-PERINEALE
Segreteria organizzativa
Euro Conventions
Via Torricella
29100 Piacenza
Tel. 0523.335732 Fax 0523.334997
info@euroconventions.it

13/14 novembre

Grosseto
CORSO AVANZATO DI NEUROSONOLOGIA FETALE
Segreteria organizzativa ACROSS
Viale Matteotti 18 - 58100 Grosseto
Tel. 0564.27444 Fax 0564.28855
across.grosseto@tiscali.it

16/17 novembre

Milano
10 ANNI DI SOCCORSO VIOLENZA SESSUALE: COSA È CAMBIATO?
Segreteria organizzativa
Up Service Srl Via Madonna 63 -
20017 Rho (Mi)
Tel 02.93502140 - Fax 02.9308687
upservice@upservice.it

17/18 novembre

Genova
2° CONGRESSO SIOS
Segreteria organizzativa
G & G CONGRESSI
Via G. Squarcina 3 - 00143 Roma
Tel. 06.519511 Fax 06.5033071
congressi@gegcongressi.com

22/23 novembre

Bergamo
CONGRESSO REGIONALE A.O.G.O.I. LOMBARDIA
Segreteria organizzativa
Centro Congressi Giovanni XXIII
Viale Papa Giovanni XXIII 106
24121 Bergamo
Tel. 035.236435 - Fax 035.236474

corsi 2006

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO POST-UNIVERSITARIO IN CHIRURGIA PELVICA

A.O.R.N. "A. Cardarelli"
Centro di Biotecnologie Napoli

CORSI DI CHIRURGIA SU MODELLO ANIMALE

Descrizione dei corsi

Le quattro giornate saranno incentrate prevalentemente sull'attività chirurgica eseguita direttamente dai discenti, assistiti da tutor, su suini in narcosi. Per sviluppare un percorso didattico personalizzato gli interventi chirurgici avranno una progressione, in termini di complessità, adattata ai singoli operatori. Scopo formativo dei Corsi è im-

plementare la manualità chirurgica e le conoscenze scientifiche dei discenti non solo in chirurgia ma anche nella gestione delle complicanze e nella manipolazione chirurgica di organi diversi da quelli riproduttivi.

Corsi di chirurgia laparotomica in ginecologia su modello animale

- 16-19 luglio 2006
Evento Ecm 80 - 246902
- 22-25 ottobre 2006
- 10-13 dicembre 2006

Argomenti dei corsi

- Anatomia chirurgica della pelvi femminile
- Elementi di base della chirurgia laparotomica
- Strumentario chirurgico - Materiali e Tecniche di sutura
- Tecniche chirurgiche per patologia benigna

- Tecniche chirurgiche per patologia maligna
- Riconoscimento e Management delle lesioni vascolari, urinarie ed intestinali

Corsi di chirurgia laparoscopica in ginecologia su modello animale

- 24-27 settembre 2006
- 26-29 novembre 2006

Argomenti dei corsi

- Strumentario chirurgico laparoscopico
- Power sources: elettrochirurgia, sealing systems, ultrasuoni
- Tecniche di accesso alla cavità addominale
- Tecniche di sutura in laparoscopia
- Ergonomia in chirurgia laparoscopica
- Annessiectomia e isterectomia

- Accesso al retroperitoneo, linfoadenectomia, dissezione ureterale, nefrectomia
- Management laparoscopico delle urgenze ginecologiche
- Management della complicanze intestinali, urologiche, vascolari

La partecipazione ad ogni Corso è limitata a 10 iscritti. La quota di partecipazione ad ogni Corso è di € 2.000,00 + Iva e comprende: Iscrizione al Corso, Pernottamento in albergo con prima colazione, Materiale didattico, Coffee break, Colazioni di lavoro, cene

Segreteria Organizzativa

A.O.G.O.I. - Via G. Abamonti 1
20129 Milano
Tel. 02.29525380
Fax 02.29525521
e-mail: aogoi@aogoi.it