

editoriale

Un buon contratto, ma non basta

di Carlo Sbiroli

In genere in pochi lo leggono. Un errore. Conoscere le norme contrattuali è invece indispensabile per far crescere la consapevolezza sui nostri diritti e le nostre responsabilità di dirigenti del Ssn

Siamo giunti al terzo numero del nuovo Gyneco. Anche in questo caso troverete alcune novità. Una in particolare. La sezione del Focus stavolta si occupa di un argomento strettamente connesso con la nostra vita professionale ma in fondo poco amplificato sui media, compresi quelli di settore.

Sto parlando del nuovo contratto di lavoro per gli oltre 100 mila dirigenti medici del Ssn, giunto finalmente alla fase conclusiva del suo iter. L'ipotesi di accordo è infatti stata approvata dal Consiglio dei Ministri il 15 luglio scorso, dopo l'intesa raggiunta tra Sindacati medici e Aran (ovvero l'agenzia governativa che ha la delega alla definizione degli accordi di lavoro nel pubblico impiego).

Abbiamo pensato di dedicargli il nostro Focus perché, al di là degli aspetti economici in esso contenuti, e che troverete sintetizzati in una tabella riassuntiva, esso contiene molte indicazioni nuove nella parte normativa, di rilevanza per tutti noi dirigenti medici ginecologi del Servizio sanitario nazionale.

Nuove norme per l'esclusività e la reversibilità della scelta tra intra ed extra moenia. Nuove regole per la direzione delle strutture semplici e complesse. Nuove norme per la guardia medica e la pronta disponibilità. Nuove garanzie per l'Ecm e l'assicurazione per i rischi professionali. Nuove norme per la verifica dell'operato dei dirigenti.

Ecco, parlare di questi temi, conoscerli, farli uscire dal linguaggio e dalle logiche spesso chiuse e "per addetti" dei tavoli sindacali, ci è parso, oltre che doveroso — trattandosi in fondo delle regole e delle norme cui siamo vincolati nel nostro rapporto di lavoro con Asl e ospedali — anche utile per far crescere la nostra consapevolezza sui nostri diritti e sulle nostre prerogative di dirigenti del Ssn.

Dietro questo termine, dirigente, si celano infatti tuttora molte ambiguità.

Lo siamo per legge e per contratto. Ma lo siamo realmente nella vita ospedaliera di tutti i giorni? Lo siamo realmente nei rapporti con le direzioni generali? Lo siamo nella possibilità

032005

ALL'INTERNO
L'indagine del Senato
su denatalità,
gravidanza, parto e
puerperio

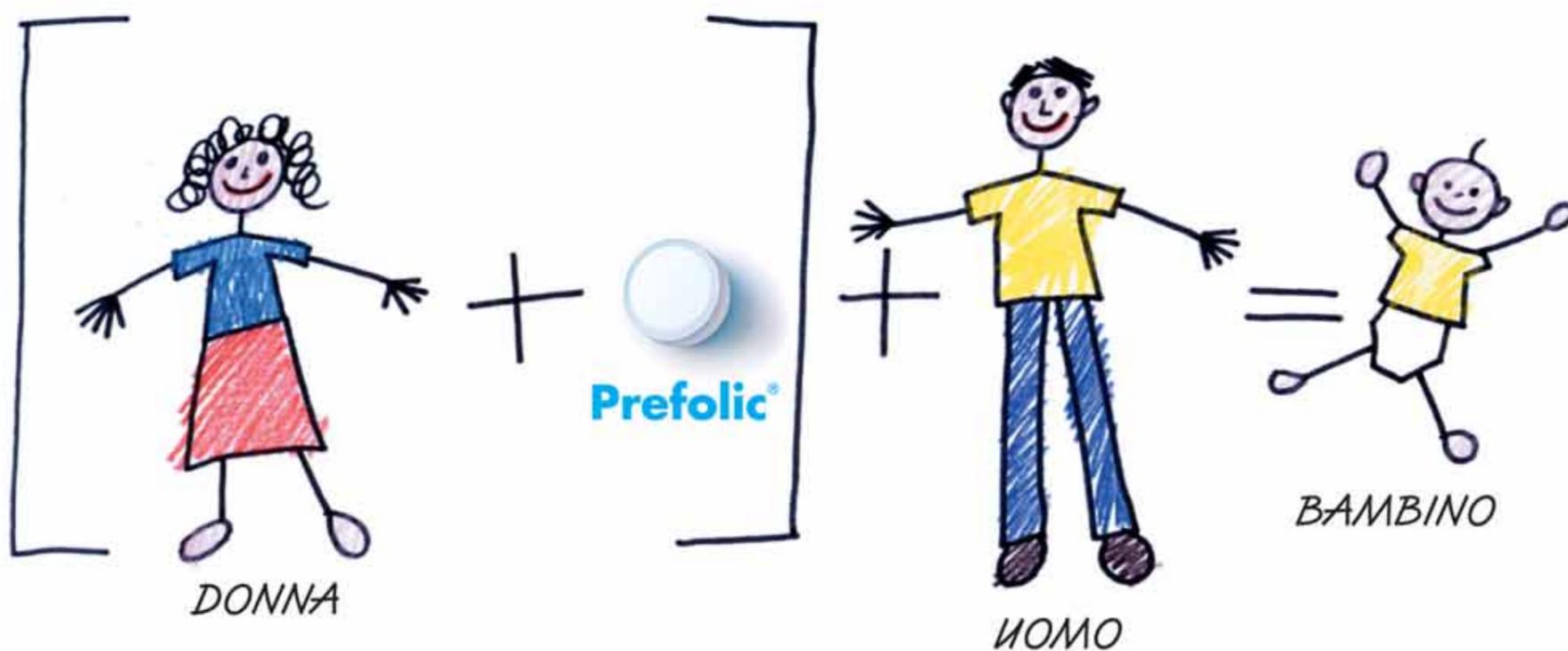
Test genetici prenatali
Il caso: un kit su
internet per scoprire
il sesso del nascituro
fin dalla 5^a settimana



PRIMO PIANO
“Eva contro Eva”:
la ginecologia italiana
a congresso

FOCUS ON
Dentro
il nuovo contratto:
tutto quello che devi
sapere per gestirlo
al meglio

segue a pag 10



Prefolic®

V03AF N⁵-metiltetraidrofolato di calcio



Zambon Italia

81° Congresso SIGO
46° AOGOI
13° AGUI

“EVA contro EVA Tra Biologia e Società”

Si apriranno il prossimo 20 settembre prossimo a Bologna i lavori del 46° Congresso Aogoi, 81° Sigo e 13° Agui presso la sede del Palazzo della Cultura e dei Congressi per concludersi il 24 settembre. La presidenza del Congresso è stata affidata a Domenico De Aloysio e a Piero Di Donato, copresidenti sono Giuseppe Pelusi e Nunzio Antonio Giulini, presidenti onorari Camillo Orlandi, Antonio Ambrosini, Massimo Moscarini e Carlo Sbiroli



Durante la “cinque giorni”, patrocinata dal ministero della Salute, dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, dall’Unesco-Commissione di Biotecnologia e medicina della donna e da altre istituzioni ed enti della Regione Emilia Romagna, sono previsti, **4 corsi pregressuali**, (di cui due promossi da Aogoi, incentrati sull’appropriatezza delle cure in oncologia ginecologica e sulle tecniche chirurgiche per i fibromi uterini, gli altri due su alimentazione in gravidanza e menopausa, promosso dal Centro Sanitario San Marino, e le menometrorragie nelle varie età della donna, promosso dall’Agui e organizzato dall’Università di Parma) e **10 Simposi** curati dalla segreteria scientifica congressuale (Alimentazione in Ostetricia e Ginecologia; Donna e chirurgia estetica; Ruolo professionale dell’Ostetrica; Agopuntura in Ostetricia e Ginecologia; Identità della donna: aspetti psicologici; Infezioni a trasmissione verticale in Ostetricia e Ginecologia; Alleanza terapeutica per la longevità della donna; Simposio parallelo congressuale della Società Bulgara di Ostetricia e Ginecologia; Rischio professionale in Ostetricia Ginecologia; Simposio dei Dottorandi di Ricerca in Ostetricia e Ginecologia).

La prima giornata congressuale, il 21 settembre sarà dedicata ai temi, tra gli altri, della Chirurgia oncologica ginecologica conservativa (presidente: Giuseppe Pelusi, Bologna); alle Migliori prospettive nella riproduzione assistita (moderatori Giuseppe Benagiano, Roma; Piergiorgio Crosignani, Milano); a “L’anello contraccettivo”: l’esperienza italiana e vedrà svolgersi i Simposi della Società italiana di ecografia ostetrico-ginecologica (Sieog), dell’Associazione italiana

placenta (Aip), della Società italiana di ginecologia dell’infanzia e dell’adolescenza (Sigia), della Società italiana di endoscopia ginecologica (Segi), della Società italiana per la menopausa (Sim).

Nel corso della **seconda giornata, il 22 settembre**, verranno affrontate le tematiche relative alla Gravidanza nel periodo fertile avanzato (presidente: Nicola Rizzo, Bologna); al Contenzioso giudiziario in Ostetricia e Ginecologia tra rischio professionale e garanzie assicurative (Moderatori: Enrico Di Nicola, Bolo-

Programmati 4 corsi
pregressuali e 10
simposi curati dalla
segreteria scientifica

gna; Fabio Alberto Roversi Monaco, Bologna; Antonio Chiantera, Napoli); ai Vissuti contraccettivi nella realtà italiana; alle nuove prospettive per la HRT e si svolgeranno i Simposi dell’Associazione ginecologi consultoriali (Agico), della Società italiana di fertilità e Sterilità e medicina della riproduzione (Sifes e Mr), della Società italiana di oncologia ginecologica (Sigog), del gruppo di studio Diabete e gravidanza (Sigo/Agui e Sid), del Gruppo operativo emiliano-romagnolo per la menopausa (Goerm), della Società italiana di ginecopatologia (Sigip), della Società lombarda di ostetricia e ginecologia (Slog), del Gruppo romano di endoscopia ginecologica (Greg) e della Società italiana di psicosomatica ginecologica e ostetrica.

Durante **terza giornata, il 23 settembre**, che avrà

come tema centrale la fertilità e la sterilità in età premenopausica (presidente Stefano Venturoli, Bologna), sono previsti i simposi della Società italiana di ginecologia della terza età (Eva nella terza età: analisi dei temi emergenti) e la riunione annuale del Progetto menopausa Italia (con i Gruppi di lavoro Clinica della menopausa e Valutazione degli effetti della TOS); i Simposi della Società italiana di medicina perinatale (Simp) (La nascita nelle età gestazionali estreme); della Società italiana di psicoprofilassi ostetrica (Sippo) (Il “percorso nascita” nella realtà socio-demografica dell’immigrazione); della Società italiana della contraccezione (Sic).

Nella **giornata conclusiva, il 24 settembre**, si svolgeranno il Forum sulla Terapia ormonale sostitutiva nella postmenopausa, con la presentazione del Documento condiviso dai consigli direttivi Sigo, Agui, Aogoi, Sigite, Sim e Goerm e il Consensus statement dell’International Menopause Society sulla HRT, e il Forum di presidenti di Società nazionali di ostetricia e ginecologia affiliate alla Figo che avrà per tema “La formazione dello specialista in ostetricia e ginecologia in funzione della domanda sociale di tutela della salute femminile”. Sono previsti inoltre il Simposio dell’Associazione italiana di urologia ginecologica e del pavimento pelvico (Aiug), nell’ambito del quale verrà illustrato il “Progetto Insieme per l’incontinenza urinaria”, patrocinato dal ministero della Salute; il Simposio dell’Associazione italiana di colposcopia e patologia cervico-vaginale (Sicpcv), che verterà sulla gestione delle patologie cervico-giandolare e vaginale e L’Audizione delle comunicazioni selezionate durante le Sedute congressuali con la premiazione delle migliori.

Il risultato referendario non freni il processo di modifica della legge 40

La legge 40/2004 in materia di Pma non sarà toccata dal voto popolare. Il fallimento del referendum però non deve far cadere la possibilità di riaprire un confronto dialettico fra le parti il cui fine deve essere la garanzia, per la donna, di cure appropriate e validate da un punto di vista scientifico

Il recente referendum sulla legge 40 si è risolto, com'è noto, in un nulla di fatto. Un flop che ha visto prevalere il fenomeno dell'astensionismo con appena un italiano su quattro che si è recato alle urne facendo fermare l'affluenza, e dunque il quorum, al 25,9%.

Da più parti si è tentato l'analisi delle cause di questo risultato: la complessità tecnica dei quesiti, l'efficacia della campagna astensionista e infine la data del voto, collocata alle porte dell'estate. Il dato può essere analizzato in tutti i suoi aspetti però alla fine restano i numeri e questi dicono che solo un italiano su quattro ha deciso di esercitare il suo diritto al voto. Questo però non toglie che la legge 40 sia da modificare. Anzi l'occasione fornita dal referendum può essere utilizzata, come sottolineato da Carlo Sbiroli, presidente Aogoi e Antonio Chiàntera Segretario Nazionale "per riaprire un confronto dialettico al fine di garantire alla donna l'assistenza e le cure più appropriate e scientificamente validate".

Perché se è un dato di fatto che la legge sulla procreazione medicalmente (Pma) dopo il voto del 12 giugno resta così com'è: resta dunque in vigore il divieto di sperimentazione sull'embrione umano e quello di creare più di tre embrioni da impiantare contemporaneamente, rimane ferma l'equiparazione tra i diritti dell'embrione e quelli di una persona vivente e continuerà ad essere proibita la fecondazione eterologa, vale a dire l'utilizzazione di ovuli o di seme forniti da persone estranee alla coppia, restano anche le preoccupazioni che da più parti sono state espresse in più occasioni, prima, durante e dopo l'approvazione da parte del legislatore della norma in oggetto.

L'Aogoi ha ritenuto "positivo il fatto che si sia arrivati ad una regolamentazione della materia riguardante la procreazione medicalmente assistita – spiegano ancora Sbiroli e Chiàntera – e altrettanto importante è che la legge si sia preoccupata di limitare al massimo i rischi medici e sociali per l'eventuale nascituro". Allo stesso tempo però l'Aogoi – per il tramite del suo presidente e del suo segretario nazionale – rileva come "il legislatore, preoccupato di affermare e tutelare alcuni principi di ordine morale, non è riuscito a salvaguardare con altrettanta efficacia i principi della buona pratica clinica. E per questo ribadisce quanto già precedentemente espresso, vale a dire la preoccupazione ed il profondo disagio di fronte al fatto che problematiche prettamente tecniche vengano normate da precise indicazioni legislative spesso confliggenti con i più moderni dati scientifici e con la coscienza professionale degli operatori".

Che fare dunque? Come trovare un punto di conver-



genza tra visioni etiche differenti presenti nella coscienza e nella tradizione del nostro paese? Secondo Sbiroli e Chiàntera la soluzione si sarebbe potuta trovare "in una sintesi di alto contenuto nei principi che ispirano da sempre la pratica medica: curare la paziente con la massima appropriatezza ed efficacia e non nuocere alla sua salute".

Questa legge, infatti, secondo i ginecologi italiani e i loro più accreditati rappresentanti nelle sedi istituzionali competenti (vale a dire Sigo – Società Italiana Ginecologia Ostetrica, Fnomceo – Federazione Nazionale degli Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri) hanno più volte fatto rilevare come la norma si discosta da questi principi quando "impone una pratica della Pma lontana dagli standard scientifici riconosciuti dalla comunità medica internazionale".

Infatti secondo sempre Carlo Sbiroli e Antonio Chiàntera "dalle imposizioni di questa legge origi-

nano: una pratica di bassa efficacia terapeutica, una scarsa tutela della salute della donna e del nascituro per la reiterazione di tentativi terapeutici non privi di rischi per la paziente e per l'aumento delle gravidanze plurime, un incremento dell'utilizzo dell'aborto terapeutico, un forte aumento del numero delle coppie che si reca nei paesi vicini per effettuare terapie non consentite nel nostro paese, lontano da ogni possibilità di controllo e con costi proibitivi per molte coppie. A questo si aggiunga il totale frustrante isolamento della comunità dei ricercatori italiani per l'impossibilità di fatto di proseguire la ricerca su questi temi".

Per questi motivi l'Aogoi esprime la convinzione che esistano tuttora le condizioni per migliorare la legge 40. È del tutto evidente che per fare ciò serve la volontà politico di rilanciare le ipotesi di modifica parlamentare della normativa.

Cesarei, un taglio ai tagli? I risultati di un'indagine parlamentare

La presentazione a Roma dei risultati dell'indagine conoscitiva su "Fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia" è stata l'occasione per leggere in controluce le politiche che verranno adottate per agevolare la nascita di nuove famiglie e migliorare la qualità dell'assistenza alle donne in attesa, limitando il più possibile pratiche complesse e invasive

Silvestro Giannantonio

In Italia nascono sempre meno bambini. E, per farli nascere, il ricorso al taglio cesareo è sempre più frequente. Se da un lato si teme per il 2015 un saldo demografico negativo, dall'altro l'eccessiva medicalizzazione del parto potrebbe rappresentare nel medio periodo un'ulteriore zavorra per le casse del sistema sanitario nazionale.

È partendo da questi dati che la dodicesima commissione del Senato (Igiene e Sanità) ha avviato, nel maggio del 2003, un'indagine conoscitiva su "Fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia", i cui risultati sono stati ora raccolti in una pubblicazione presentata a Roma lo scorso luglio. I lavori della commissione sono durati quasi due anni e si sono giovati di numerose audizioni di specialisti, nonché di sopralluoghi in diverse Asl di Lombardia, Lazio e Campania.

I senatori, coordinati dal ginecologo forzista Antonio Tomassini, si sono posti come obiettivo capire per quali motivi i parti (e soprattutto quelli naturali) siano in netta diminuzione nel Paese, approfondendo un'analisi sulla qualità dell'assistenza sanitaria prima, durante e dopo la nascita. Gli ultimi dati sull'indice di fecondità restituiscono il preoccupante dato di 1.26 figli per ogni donna italiana fertile. Alla base di questi numeri sono stati individuati numerosi fattori, soprattutto a carattere economico-sociale. Il posticipo dell'esperienza riproduttiva, l'aumento della sterilità di coppia e freni psicossessuali, propri sia dell'uomo che della donna, spiegano solo in parte il fenomeno. Un figlio è una scommessa sul futuro di una società, e l'incertezza di questi ultimi anni sembra aver inciso in modo rilevante sulla scelta deliberata di molte coppie di non mettere al mondo bambini. È stato calcolato che ad ogni nuovo figlio le spese familiari aumentano in media del 22%: un dato che va letto insieme all'affacciarsi della sindrome da Peter Pan e di una nuova femminilità, basata su alta scolarizzazione e inserimento nell'ambito lavorativo con meno garanzie rispetto al passato. Su questo versante, la commissione ha proposto misure fiscali che favoriscano la nascita di nuove famiglie, con adeguate politiche per la casa, so-

La Commissione Igiene e Sanità del Senato punta l'indice sull'aumento di ricorsi al cesareo, chiedendo una revisione dei Drg e una minore medicalizzazione delle gravidanze

stegni alla maternità per le lavoratrici con contratti atipici, strumenti di reingresso nel mondo del lavoro da parte delle giovani madri.

Accanto a questa analisi più propriamente socio-economica, l'indagine si è soffermata in maniera molto puntuale anche sugli aspetti medici legati al parto e alla gestazione. Anche in questo caso prendendo spunto da un dato nazionale in controtendenza rispetto ad altri Paesi europei, e cioè la percentuale di tagli cesarei rispetto al totale delle nascite. La media nazionale supera abbondantemente il 30%, ma in regioni come la Campania si sono toccate, nel 2002, punte anche del 56.1% (vedi tabella 1), rispetto al limite del 15% imposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

te, nel 2002, punte anche del 56.1% (vedi tabella 1), rispetto al limite del 15% imposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Tasso dei tagli cesarei in Italia (SDO) e in altri Paesi (valori %)

Paesi	1999	Anni 2000	2001
Italia	32,9	33,1	34,0
Spagna	-	17,8	-
Francia	16,1	15,9	16,1
Inghilterra	18,0	-	22,1
Norvegia	12,8	13,6	14,9
Svizzera	13,8	17,2	-
Usa	-	-	24,4
Brasile	40,0	-	24,0
Australia	-	-	-
Olanda	13,6	11,8	11,3

Fonte: Indagine conoscitiva su "Fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia"

A scagliarsi contro il ricorso esasperato ai cesarei è stato principalmente Giuseppe Benagiano, direttore della Scuola di specializzazione di ginecologia e ostetricia de La Sapienza di Roma, che ha letto in questa pratica una tacita connivenza tra donna e medico, all'insegna di una serie di vantaggi che però sarebbero sbilanciati solo in favore di quest'ultimo. Le strutture sanitarie possono giovare di una certa program-

Dimissioni per Regione e tipologia parto. Anno 2002

Regione	Tipologia parto (valori %)			Valori assoluti	
	Cesareo	Spontaneo	Operativo		
Piemonte	28,9	66,7	4,4	34.447	
Valle d'Aosta	27,5	71,0	1,5	1.045	
Lombardia	26,5	69,6	3,9	87.603	
Bolzano	19,9	74,5	5,6	4.935	
Trento	27,2	69,4	3,5	4.810	
Veneto	27,3	67,1	5,6	42.863	
Friuli V. Giulia	21,1	75,4	3,6	9.458	
Liguria	31,2	65,6	3,2	11.309	
Emilia romagna	30,8	65,7	3,5	35.325	
Toscana	24,5	72,9	2,6	29.395	
Umbria	28,2	69,1	2,7	7.140	
Marche	34,6	62,9	2,5	12.948	
Lazio	37,6	60,9	1,6	48.661	
Abruzzo	38,5	56,4	5,2	10.202	
Molise	40,4	58,4	1,3	2.451	
Campania	56,1	41,0	2,9	63.068	
Puglia	42,9	55,3	1,8	40.880	
Basilicata	50,4	47,2	2,4	4.793	
Calabria	39,1	59,4	1,5	18.102	
Sicilia	45,1	50,8	4,1	48.772	
Sardegna	33,4	61,2	5,4	11.702	
ITALIA (valori %)	35,67	60,95	3,37		
ITALIA (valori assoluti)	189.025	323.005	17.879	529.909	

Fonte: elaborazioni su dati SDO 2002

mabilità del parto, contando su una maggiore quota di rimborsi e su minori rischi dal punto di vista giuridico in caso di complicanze. Di qui la proposta, fatta propria dall'intera commissione, di avviare un processo di revisione dei Drg relativi a parti vaginali e cesarei senza complicazioni, e una modifica dell'attuale normativa sulla responsabilità del medico, attribuendo alle ostetriche l'assistenza diretta durante il travaglio fisiologico.

Fabio Parazzini, epidemiologo dell'Aogoi, ha tuttavia sottolineato, nel corso dei lavori, il miglioramento della prognosi ostetrica dovuto al parto cesareo, ascrivendo il sempre più frequente ricorso a questa pratica ad aspetti sociali, sul versante della coppia, e organizzativi, sul versante delle strutture ospedaliere medio piccole, dove la mancanza di una guardia ostetrica attiva fa balzare il tasso medio di taglio cesareo al 34,1% rispetto alle strutture dotate di questo ser-

vizio (29,8%).

In generale, in tutti gli ospedali con meno di 500 parti l'anno si registra un notevole aumento di cesarei. Il tipo di struttura dove si partorisce sembra il principale fattore determinante del ricorso a questa pratica. Le differenze che si osservano nei tassi di taglio cesareo tra le strutture pubbliche e quelle private non si giustificano con una maggior affluenza di casi a rischio in queste ultime. Anzi, nella maggior parte dei casi sono proprio le strutture pubbliche a farsi carico, con più disponibilità di strutture di secondo e terzo livello, delle gravidanze patologiche.

L'Aogoi ha inoltre segnalato lo scollamento esistente tra sala parto e assistenza alla gravidanza, con la figura del ginecologo spesso estromessa al momento della nascita. Pur adducendo questa serie di concause relative al crescente ricorso ai cesarei rispetto all'analisi iniziale proposta dalla commissione, l'Ao-

goi non si è tuttavia tirata indietro sulla proposta di revisione dei Drg. Il segretario nazionale, Antonio Chiantera, ha anzi annunciato l'istituzione di un gruppo di studio per stabilire la percentuale di cesarei effettivamente necessari rispetto al dato complessivo.

Dalle indagini dei senatori è emersa anche una elevata parcellizzazione delle nascite, al punto di indurri a proporre, sul modello della Lombardia, la progressiva chiusura dei punti-nascita con meno di 500 parti l'anno.

Un impulso allo snellimento delle pratiche legate alla nascita di rileva anche dalla richiesta di una minore medicalizzazione dei parti, abbandonando la linea della defensive medicine a tutti i costi, e valutando, caso per caso, l'effettiva necessità di ogni intervento invasivo sulla donna, anche a fronte di sue pressanti richieste di ulteriori esami.

Dimissioni per tipologia parto e tipologia istituto (valori %) - 2002

Tipologia parto	Azienda ospedaliera	Ospedale a gestione diretta	Policlinico universitario	IRCCS	Ospedale classificato o assimilato	Casa di cura privata	Ist. Qualificato presidio USL	Valori%	Totale Valori assoluti
Cesareo	31,90	33,20	46,17	32,18	33,07	54,79	38,65	35,67	189.025
Spontaneo	64,10	63,10	51,89	65,32	64,72	44,05	59,94	60,95	323.005
Operativo	4,00	3,80	1,94	2,50	2,21	1,15	1,41	3,37	17.879
TOTALE (valori %)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
TOTALE (valori assoluti)	169.112	247.430	12.088	7.710	26.664	64.067	2.838		529.909

Fonte: elaborazioni su dati SDO 2002

Monuril® JO1XX Fosfomicina trometamolo

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO 1.DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE: MONURIL® 2.COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA: MONURIL® Pediatrico 2g - una busta contiene: Principio attivo Fosfomicina trometamolo g 3,754 (pari a fosfomicina g 2,0) Eccipienti: Aroma mandarino mg 70, Aroma arancio mg 60, Saaccarina mg 16, Saccarosio mg 2100 MONURIL® 3 g - una busta contiene: Principio attivo Fosfomicina trometamolo g 5,631 (pari a fosfomicina g 3,0) Eccipienti: Aroma mandarino mg 70, Aroma arancio mg 70, Saaccarina mg 16, Saccarosio mg 2213 3.FORMA FARMACEUTICA Buste di granulato per uso orale 4.INFORMAZIONI CLINICHE MONURIL® è stato impiegato su ampia casistica (bambini, adulti, soggetti anziani e donne gravide) costituita da pazienti affetti da infezioni delle basse vie urinarie nelle quali risulta vantaggioso il trattamento antibatterico di breve durata (una o due somministrazioni) ad alte dosi. Sterilizzazione persistente delle urine, associata a 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 antibatterica in vivo del MONURIL® non viene modificata da ampie variazioni del pH urinario. MONURIL® per le sue peculiari caratteristiche, è particolarmente adatto al trattamento (profilassi-terapia) di breve durata (una o due dosi) delle infezioni acute "non complicate" delle basse vie urinarie. È stato dimostrato che questo approccio terapeutico assicura i seguenti vantaggi: è semplice e di efficacia pari alla terapia prolungata, ben tollerato, non presenta il rischio di interruzione precoce della terapia da parte del paziente al momento della scomparsa dei sintomi clinici: rischio 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 cistiti batteriche recidivanti, sindrome uretro-vescicale acuta batterica, uretrite batterica aspecifica. Batteriuria significativa asintomatica (gravidanza). Infezioni urinarie post-operatorie. 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 3 g (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 2 g (come principio attivo) una sola volta (MONURIL® Pediatrico). I sintomi clinici generalmente scompaiono dopo 2-3 giorni. Nelle infezioni acute delle basse vie urinarie (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 pregressa flogosi. 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. Nella 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 bicchiere di acqua (50-75 ml) od altra bevanda gradita al paziente e somministrata subito dopo la sua preparazione. 4.3 Controindicazioni Ipsensibilità 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 nella primissima 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, pirosi, diarrea) e rash cutanei regrediti 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) è sufficiente favorire l'eliminazione urinaria del principio attivo mediante adeguata somministrazione di liquidi. 5.PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche MONURIL® (mono (2-ammonio-2-idrossimetil-1,3-propandiolo) (2R-cis)-(metilossiranil) fosfonato) è un antibatterico ad ampio spettro attivo nelle infezioni delle vie urinarie, derivato dall'acido fosfonico. Esplica un'elevata attività battericida per blocco metabolico della sintesi della parete batterica con meccanismo peculiare (inibizione specifica dell'enzima enolpiruviltransferasi), da cui l'assenza di resistenze crociate verso altri antibatterici 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 penicillinosi ed i germi di più frequente isolamento nelle infezioni delle vie urinarie (E. Coli, Protei, Klebsielle, Enterobacter, Pseudomonas, stafilococchi ecc.) anche se resistenti ad altri antibatterici. 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 antibatteriche 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 immutato principalmente attraverso l'emuntorio renale. Il T_{1/2} sierico è di circa 3 ore e non è dipendente dalla dose. 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 antibatterica 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 delle vie urinarie. Nel soggetto anziano con ridotta funzionalità renale l'emivita sierica appare lievemente prolungata; le concentrazioni urinarie tuttavia subiscono solo trascurabili modificazioni, rispetto all'adulto normale, tali da non suggerire aggiustamenti posologici. Il tris-idrossi metilaminometano 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 a carico delle funzioni e delle strutture dei diversi organi ed apparati nel corso delle prove di tossicità sub-acuta nel ratto e cronica nel cane. MONURIL® non ha azione mutagenica. Gli studi di teratogenesi (ratto, coniglio), della fertilità (ratto) e della tossicità peri e post-natale (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 preparato va assunto una volta allestita la soluzione. 6.4 Speciali precauzioni per la conservazione Nessuna particolare. 6.5 Natura e contenuto del contenitore Buste in accoppiato triplo carta-alluminio-politene. MONURIL® Pediatrico scatola da 2 buste da 2 g. MONURIL® scatola da 2 buste da 3 g. 6.6 Istruzioni per l'uso Si veda il punto 4.2 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 MONURIL® Pediatrico buste da 2 g - AIC n° 025680012 - MONURIL® buste da 3 g - AIC n° 025680024 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



Zambon Italia

Il nuovo contratto di lavoro

Carminè Gigli
Presidente Coordinatore Fesmed

Il nuovo Ccnl, che sino all'approvazione definitiva viene definito "Ipotesi di contratto collettivo nazionale di lavoro, dell'area della dirigenza medico-veterinaria del servizio sanitario nazionale, parte normativa quadriennio 2002/2005 e parte economica biennio 2002-2003", è stato siglato dalle Organizzazioni sindacali di categoria, il 12 maggio 2005 ed è stato approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 15 luglio 2005.

L'iter procedurale prevede una nuova firma delle Organizzazioni sindacali presso l'Aran, dopo la quale il Contratto dovrà passare al vaglio della Corte dei Conti, prima della sua approvazione finale



È stata una trattativa lunga e difficile, che ha richiesto alla classe medica diverse giornate di sciopero e più di una manifestazione pubblica per poter giungere alla conclusione. La pesante fase economica che sta attraversando il nostro Paese e le trasformazioni che si registrano sul mercato di lavoro della classe medica hanno richiesto alle Organizzazioni sindacali una profonda riflessione sui livelli di priorità da attribuire alle proprie richieste. Questo ha ostacolato sino all'ultimo minuto il raggiungimento di un'intesa soddisfacente su entrambe le parti della trattativa: normativa ed economica.

Con questo Ccnl viene sancito, anche in termini economici, l'effettivo ruolo dirigenziale che il medico ricopre nel Servizio sanitario. Infatti, viene finalmente riconosciuto a tutti i dirigenti medici lo stipendio tabellare previsto per la dirigenza della pubblica amministrazione, pari a 38.198,00 euro annui lordi. Questo risultato è stato possibile anche attraverso il riassorbimento di alcune voci stipendiali.

Il Ccnl verrà pubblicato nella sua forma definitiva, solo dopo la sua approvazione finale. Nell'attesa, esamineremo le innovazioni che verranno introdotte ed alcuni degli aspetti più significativi del nuovo contratto.

TRATTAMENTO ECONOMICO

L'aumento del 5,66%, previsto per il contratto, è stato utilizzato per raggiungere l'equiparazione al tabellare della dirigenza del pubblico impiego. In pratica, lo stipendio tabellare (stipendio base), uguale per tutti, passerà da circa 24mila euro a 38.198 euro lordi per anno. Per consentire quest'operazione verranno conglobate nel tabellare alcune voci stipendiali.

L'ulteriore aumento dello 0,32%, garantito dalle Regioni, è stato destinato invece ad incrementare altre voci, come la guardia, lo straordinario ecc.

I 38.198 euro del nuovo stipendio tabellare sono stati raggiunti applicando gli aumenti previsti alle se-

guenti voci ed inglobandole nel tabellare: 23.975,86 euro del vecchio tabellare, 7.169,97 euro dell'indennità integrativa speciale, 5.806,93 euro della retribuzione di posizione, 1.245,24 euro di retribuzione di risultato. Poiché per i medici con meno di cinque anni di anzianità professionale la retribuzione di posizione valeva solo 4.746,21 euro, sono stati utilizzati 1.060,61 euro della retribuzione individuale di anzianità (Ria).

La Tabella "Aumenti 2002-2003" (vedi pagine 10-11), riporta gli aumenti mensili sul vecchio stipendio tabellare, prima del conglobamento, sulla retribuzione di posizione minima contrattuale, l'aumento complessivo lordo mensile, l'aumento complessivo lordo per anno (13 mensilità) e gli arretrati che risultano già stati maturati, alla data del 1° luglio 2005. Gli aumenti corrispondenti a queste voci vengono riportati in relazione alla graduazione delle funzioni svolte ed al tipo di rapporto di lavoro (esclusivo, non esclusivo ed a tempo definito).

Lo 0,32% del monte salari messo a disposizione delle Regioni, è stato utilizzato per finanziare i seguenti istituti.

Indennità per turni notturni e festivi. L'indennità per il lavoro notturno è rideterminata in euro 2,74. L'indennità per lavoro festivo è rideterminata in euro 17,82 lordi, nella misura intera, e in euro 8,91 lordi, nella misura ridotta.

Indennità di Ufficiale di polizia giudiziaria. Indennità mensile lorda, del valore annuo di euro 723,04.

Lavoro straordinario. La retribuzione oraria per il lavoro straordinario dei dirigenti, maggiorata del 15%, è fissata in euro 19,13. In caso di lavoro notturno o festivo, la tariffa, maggiorata del 30%, è pari ad euro 21,60 ed in caso di lavoro notturno festivo, maggiorata del 50%, è pari ad euro 24,96. È previsto che i fondi temporaneamente destinati al lavoro straordi-

nario, saranno utilizzati nel 2° biennio economico per una diversa remunerazione dei servizi di guardia.

IL COORDINAMENTO REGIONALE ASSUME COMPITI DI INDIRIZZO

Senza nulla togliere all'autonomia contrattuale delle aziende, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del contratto, le Regioni possono emanare delle linee generali di indirizzo, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie del Ccnl (art. 9). Se le Regioni dichiareranno esplicitamente che non intendono avvalersi della facoltà di emanare dette linee di indirizzo, le materie indicate dall'art. 9 potranno essere oggetto delle relazioni sindacali aziendali, anche prima della scadenza dei 120 giorni previsti dal comma 1 dell'art. 9 (art.5).

LE MATERIE PER LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA AZIENDALE

Sono oggetto della contrattazione aziendale: le posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati dallo sciopero; le linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali dell'attività di formazione manageriale e formazione continua; le pari opportunità; i criteri generali su tempi e modalità di applicazione delle norme relative alla tutela in materia di igiene, ambiente, sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro; le implicazioni derivanti dagli effetti delle innovazioni organizzative, tecnologiche e dei processi di esternalizzazione, disattivazione o riqualificazione e riconversione dei servizi sulla qualità del lavoro, sulla professionalità e mobilità dei dirigenti; i criteri generali per la definizione dell'atto per la disciplina e l'organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria e per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti interessati (Art. 4).



**Bruciori?
Prurito?
Piccole perdite?
Fastidi intimi?**

Euclorina®



NOVITÀ

La tua difesa delicata contro le infezioni.

Euclorina Soluzione disinfettante,

la soluzione che cercavi per combattere le infezioni delle parti intime appena si manifestano con prurito, secrezioni e bruciore. La nuova formulazione liquida è più pratica e semplice da dosare, per avere sempre disponibile una difesa delicata, ma efficace contro batteri, virus, funghi e germi. Particolarmente indicata per la disinfezione dei genitali esterni, Euclorina Soluzione dona un immediato sollievo dai sintomi fastidiosi e il lento rilascio di Cloramina T protegge con effetto prolungato.

È un medicinale a base di cloramina. L'uso prolungato può indurre sensibilizzazione. Leggere attentamente il foglio illustrativo. Depositato presso il Ministero della Salute il 5 luglio 2004.

VIENE ISTITUITO IL COMITATO PARITETICO SUL MOBING

Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del contratto devono essere istituiti degli specifici comitati paritetici presso ciascuna azienda o ente con i seguenti compiti: raccogliere dati sul fenomeno del mobbing nei confronti dei dirigenti in relazione alle materie di propria competenza; individuazione delle possibili cause del fenomeno, con particolare riferimento alla verifica dell'esistenza di condizioni di lavoro o fattori organizzativi e gestionali che possano determinare l'insorgere di situazioni persecutorie o di violenza morale; formulazione di proposte di azioni positive in ordine alla prevenzione e alla repressione delle situazioni di criticità, anche per realizzare misure di tutela del dirigente interessato; formulazione di proposte per la definizione dei codici di condotta (Art.7).



EFFETTI DEL PASSAGGIO ALLA NON ESCLUSIVA E VICEVERSA

Il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo non preclude il mantenimento o il conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa o semplice, ma comporta i seguenti effetti: non compete più la retribuzione di risultato, mentre la retribuzione di posizione è attribuita con i valori indicati nel contratto; è inibita l'attività libero-professionale intramuraria; cessa di essere corrisposta l'indennità di esclusività che costituisce risparmio aziendale. Il ritorno all'esclusiva prevede che la relativa indennità sia nella stessa misura già percepita all'atto dell'opzione per il passaggio a rapporto di lavoro non esclusivo con oneri a carico del bilancio (Art.12).

RAPPORTI DI LAVORO A ESAURIMENTO

Per i titolari di rapporto di lavoro a "tempo definito" ed ex condotti è prevista la possibilità di restare in servizio a esaurimento, salvo il passaggio al rapporto di lavoro a orario unico (Art.13).

ORARIO DI LAVORO - MEZZ'ORA PER LE LISTE D'ATTESA

È confermato in 38 ore settimanali più quattro per aggiornamento, Ecm, ricerca ecc. L'azienda può utilizzare 30 minuti settimanali, delle quattro ore dedicate all'aggiornamento, per un totale massimo di 26 ore l'anno, prioritariamente per contribuire alla riduzione delle liste di attesa o per il perseguimento di obiettivi assistenziali e di prevenzione (Art.14).

Ove per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti quelli negoziati, sia necessario un impegno aggiuntivo, l'azienda, sulla base delle linee di indirizzo regionali può concordare con l'equipe interessata l'applicazione dell'istituto previsto dall'art. 55, comma 2 del Ccnl 8 giugno 2000 (l'esercizio dell'attività libero professionale). La misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è di euro 60,00 lordi.

SERVIZIO DI GUARDIA - SI POSSONO CONTRATTARE I TURNI OLTRE L'ORARIO

Sino all'entrata in vigore del contratto nazionale relativo al II^ biennio economico 2004-2005, le guardie espletate al di fuori dell'orario di servizio possono es-

sere assicurate con il ricorso al lavoro straordinario (Art.16). Qualora tra i servizi istituzionali da assicurare rientrino i servizi di guardia notturna, le prestazioni aggiuntive richieste dall'Azienda potranno essere concordate in regime libero-professionale (art.55, comma 2), nel rispetto delle linee di indirizzo regionali che definiranno la disciplina delle guardie e la loro durata. Tetto massimo delle guardie retribuibili con il ricorso al comma 2, non superiore al 12% delle guardie notturne complessivamente svolte in azienda. La tariffa per ogni turno di guardia notturna è fissata in euro 480,00 lordi (Art.18).

ORARIO DI LAVORO DEI DIRIGENTI DI STRUTTURA COMPLESSA

I direttori di struttura complessa assicurano la propria presenza in servizio per garantire il normale funzionamento della struttura cui sono preposti. I direttori di struttura complessa comunicano preventivamente e documentano - con modalità condivise con le aziende ed enti - la pianificazione delle proprie attività istituzionali, le assenze variamente motivate (ferie, malattie, attività di aggiornamento, etc.) ed i giorni ed orari dedicati alla attività libero professionale intramuraria.

EFFETTI DEL PROCEDIMENTO PENALE SUL RAPPORTO DI LAVORO

L'articolo 19 non introduce delle novità, ma si limita a riunire una serie di norme che regolano gli effetti del procedimento penale sul rapporto di lavoro, già previste da leggi diverse, da codici e da contratti pubblici. Un approfondimento sui contenuti di questo articolo verrà pubblicato sul prossimo numero di "Ginecologia forense".

VINCOLI PIÙ STRINGENTI PER IL COMITATO DEI GARANTI

Per il recesso, il parere del comitato che deve essere espresso improrogabilmente e obbligatoriamente entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta. L'azienda può procedere al recesso solo decorso inutil-

mente detto termine. Il parere è vincolante per l'azienda ed è richiesto una sola volta al termine delle procedure. Il dirigente può richiedere un'audizione presso il comitato dei garanti da attuarsi entro il termine di emanazione del parere, del cui esito in ogni caso il dirigente deve essere obbligatoriamente informato (Art. 20).

COPERTURA ASSICURATIVA - DIVENTA UN OBBLIGO PER L'AZIENDA

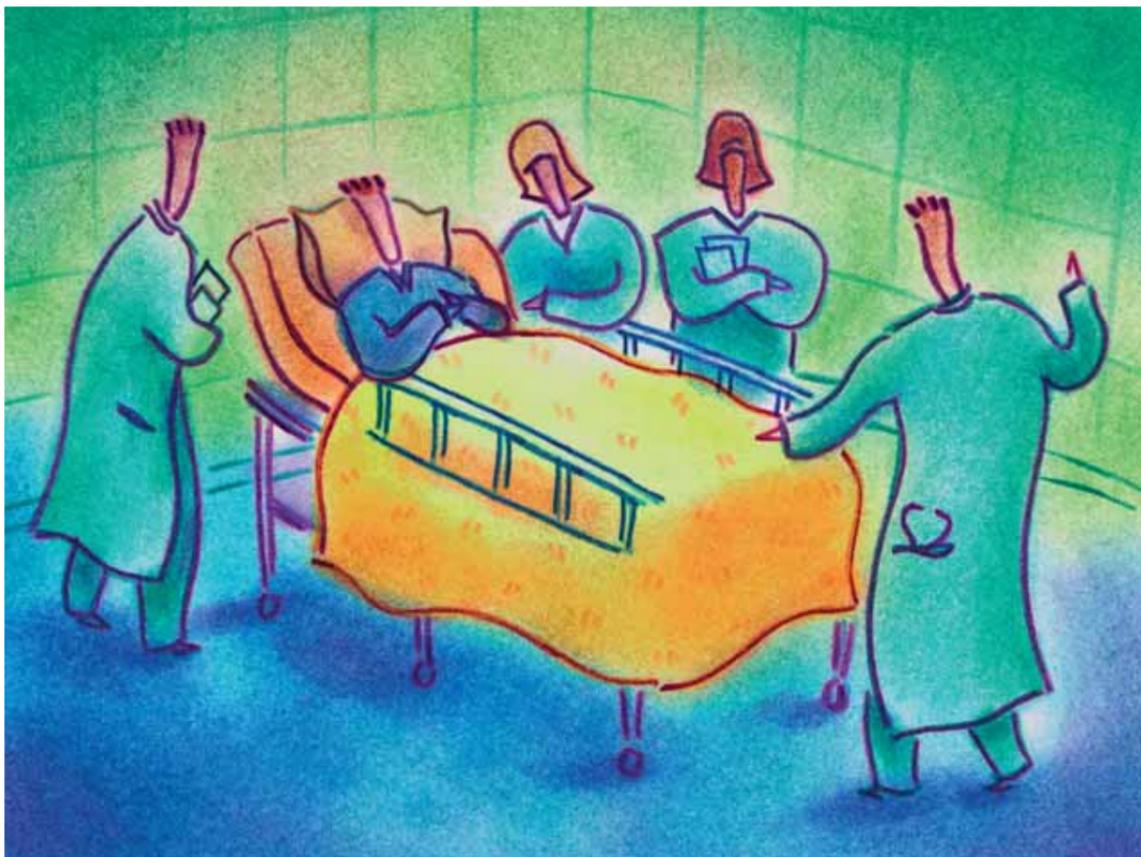
In questo contratto si afferma, per la prima volta, che "le aziende garantiscono un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 del Ccnl del 8 giugno 2000, per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave". Ed inoltre, la "copertura degli oneri di cui al comma 1 con le risorse destinate a tal fine nei bilanci, incrementate con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di euro 26 mensili (già previsti dall'art. 24, comma 3 del Ccnl del 8 giugno 2000) ad un massimo di euro 50, posta a carico di ciascun dirigente per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale. La trattenuta decorre dall'entrata in vigore della polizza con la quale viene estesa al dirigente la copertura assicurativa citata" (art. 21). L'espressione "ulteriori rischi" del comma 2 può significare tanto la copertura da parte del dirigente - mediante gli oneri a suo carico - di ulteriori rischi professionali derivanti dalla specifica attività svolta quanto la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per colpa grave.

NUOVI VINCOLI PER LA MOBILITÀ

Il dirigente ammesso a particolari corsi di formazione o di aggiornamento individuati nei relativi piani di investimento dell'azienda, anche nell'ambito dell'Ecm, deve impegnarsi a non accedere alla mobilità volontaria se non siano trascorsi due anni dal termine della formazione. In caso di carenza di organico, il dirigente neo-assunto non può accedere alla mobilità se non siano trascorsi due anni dall'assunzione. Queste norme entrano in vigore il 30 settembre 2005, la clausola scadrà comunque il 31 dicembre 2006 (Art.22).

ECM - PENALIZZAZIONI SOLO SE I CORSI VENGONO GARANTITI

L'azienda e l'ente garantiscono l'acquisizione dei crediti formativi da parte dei dirigenti interessati con le scadenze previste dalle vigenti disposizioni. I dirigenti che vi partecipano sono considerati in servizio a tutti gli effetti ed i relativi oneri sono a carico dell'azienda o ente. Qualora l'Azienda non rispetti la garanzia prevista, circa l'acquisizione nel triennio del minimo di crediti formativi da parte dei dirigenti interessati, le stesse aziende ed enti non possono intraprendere iniziative unilaterali di penalizzazione per la durata



del presente contratto. Alle Regioni spetta il compito di definire, nelle linee generali di indirizzo, programmi di formazione annuali e pluriennali che, all'interno dell'azienda o dell'ente, saranno concretizzati in appositi progetti formativi (Art.23).

NORME PIÙ CHIARE PER LA VERIFICA E VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

La valutazione dei dirigenti punta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità ed è caratteristica essenziale e ordinaria del loro rapporto di lavoro.

La valutazione avviene annualmente e al termine dell'incarico e i risultati finali sono riportati nel fascicolo personale. I giudizi conseguiti annualmente sono par-

te integrante degli elementi di valutazione per la conferma o il conferimento di qualsiasi tipo di incarico (Art. 25).

Gli organismi incaricati sono il Collegio tecnico e il nucleo di valutazione.

Il **Collegio tecnico** valuta:

- tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico in relazione alle attività professionali e ai risultati;
- i dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- i dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusiva.

Il **Nucleo di valutazione**, invece, valuta:

- i risultati di gestione del dirigente di struttura semplice e complessa;

Tabella 1 - Aumenti 2002-2003 (in euro)

DIRIGENTI CON RAPPORTO DI LAVORO ESCLUSIVO

Dirigente incarico struttura complessa
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000
Dirigente equiparato
Dirigente < 5 anni

DIRIGENTI CON RAPPORTO DI LAVORO NON ESCLUSIVO

Dirigente incarico struttura complessa
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000
Dirigente equiparato
Dirigente < 5 anni

DIRIGENTI MEDICI A TEMPO DEFINITO

Dirigente già incarico struttura complessa
Dirigente già incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000
Dirigente equiparato

b) i risultati raggiunti da tutti i dirigenti sugli obiettivi affidati, anche per la retribuzione di risultato (Art. 26). L'esito positivo della valutazione affidata al Collegio tecnico alla scadenza dell'incarico realizza la condizione per la conferma nell'incarico già assegnato o per il conferimento di altro della medesima tipologia di pari o maggior rilievo (Art. 28).

L'azienda o ente può disporre la revoca dell'incarico prima della sua scadenza, mediante anticipazione della verifica e valutazione da parte del Collegio tecnico ai sensi dell'art. 31, solo a partire dalla seconda valutazione negativa consecutiva (Art.30).

segue dalla prima

Un buon contratto, ma non basta

di interagire efficacemente nelle scelte e nelle decisioni strategiche dei dipartimenti in cui operiamo? In altre parole, si sono create le condizioni affinché il governo clinico in sanità si possa realmente affermare?

La risposta, lo so, non può essere univoca. È un fatto però che, tolte poche eccezioni dove la partecipazione del medico alle decisioni strategiche ha avuto effettivamente un suo reale sviluppo nelle strutture sanitarie del Ssn, ancora oggi, ad anni di distanza dall'affermazione della dirigenza medica quale nuovo status giuridico del medico ospedaliero, c'è molta strada da fare per ribaltare schemi e approcci mentali e comportamentali dell'amministrazione sanitaria tradizionale. Il nuovo contratto fa luce su alcune di queste questioni. Su altre non può che

arrendersi dinanzi alla carenza di leggi nazionali e regionali che diano finalmente le risposte adeguate ad un'esigenza, quella della responsabilità e dell'autonomia professionale e decisionale del medico, che non può essere ulteriormente rinviata, pena la progressiva disaffezione di un'intera categoria di professionisti al servizio dei cittadini.

Consentitemi, in conclusione, una sorta di "comunicazione di servizio". Sul numero scorso di Gyneco abbiamo pubblicato ampi estratti delle linee guida predisposte dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) per la tutela della salute della donna. Tali linee guida discendono dal lavoro svolto dalla stessa Agenzia nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida, istituito con decreto del Ministero della Salute del

giugno 2004. I documenti pubblicati, come del resto avevamo sottolineato nell'editoriale di quello stesso numero di Gyneco, al di là degli specifici contenuti tecnici, si prestano ad una riflessione più ampia che concerne la stessa funzione delle linee guida in medicina. Non ci ha quindi stupito che alcuni autorevoli esponenti della nostra Associazione abbiano rilevato l'esigenza di approfondire la materia, anche attraverso l'aggiornamento delle "nostre" linee guida in materia al fine di rendere queste raccomandazioni sempre più stringenti rispetto alle reali necessità e agli ambiti strutturali in cui opera il ginecologo del Ssn.

Gyneco seguirà costantemente tale lavoro avendo cura di informare i propri lettori con l'abituale tempestività ed esaustività.

Aumenti mensili sullo stipendio tabellare a partire dal		Aumenti mensili della retribuzione di posi- zione minima contrattuale dal		Aumento complessivo	Aumento complessivo	Arretrati maturati sino
1° gen 02	1° gen 03	1° gen 02	1° gen 03	lordo MENSILE	lordo per ANNO 13 mensilità	al 1° luglio 2005
70,40	82,50	105,00	157,90	415,80	5.405,40	15.585,80
70,40	82,50	57,9	87,10	297,90	3.872,70	11.200,70
70,40	82,50	37,1	55,70	245,70	3.194,10	9.259,90
70,40	82,50	37,1	55,70	245,70	3.194,10	9.259,90
70,40	82,50	37,1	55,70	245,70	3.194,10	9.259,90
70,40	82,50	75,00	100,00	327,90	4.262,70	12.383,00
70,40	82,50	56,67	82,50	292,07	3.796,87	10.998,00
70,40	82,50	40,97	65,63	259,50	3.373,50	9.751,77
70,40	82,50	50,97	76,75	280,62	3.648,11	10.557,84
70,40	82,50	40,97	65,63	259,50	3.373,50	9.751,77
44,35	51,98	33,33	41,67	171,33	2.227,29	6.492,44
44,35	51,98	16,67	25,00	138,00	1.793,96	5.209,11
44,35	51,98	16,67	25,00	138,00	1.793,96	5.209,11
44,35	51,98	16,67	25,00	138,00	1.793,96	5.209,11

Bando di concorso Borsa di studio “Ugo Tropea”

L'Aogoi bandisce un Concorso per l'assegnazione di n. 2 Borse di Studio (anno 2004/2005) di € 2.500,00 ciascuna intitolate al professor Ugo Tropea da assegnare a due Ginecologi Specialisti o Specializzandi nella Disciplina che intendano perfezionare presso una Struttura Ospedaliera o Universitaria con obbligo di frequenza.

A tal fine i candidati dovranno precisare l'Istituto presso il quale intendono effettuare il perfezionamento e l'argomento o tecnica di cui intendono occuparsi, previa dichiarazione di gradimento del Primario o Direttore del rispettivo Istituto prescelto dai candidati.

I titoli per partecipare al Concorso sono i seguenti:

- Età non superiore ai 35 anni alla data di scadenza del presente bando
- Certificato di Specializzazione o di Iscrizione alla Specializzazione nella Disciplina Ginecologica
- Cittadinanza Italiana.

Le domande corredate dai documenti di seguito elencati dovranno pervenire alla Segreteria Nazionale Aogoi, Via Abamonti 1, 20129 Milano, entro il 31 agosto 2005.

Nella domanda i concorrenti dovranno indicare:

- Cognome, nome, luogo e data di nascita, indirizzo e numero telefonico
- L'Istituto presso il quale intendano fruire della Borsa di Studio
- L'argomento o tecnica di cui intendono occuparsi.

La domanda dovrà essere corredata da:

- 1) Certificato di Laurea
- 2) Certificato di Specializzazione o di iscrizione ad una Scuola di Specializzazione nella Disciplina Ginecologica
- 3) Certificato di gradimento del Primario o Direttore della Struttura Sanitaria presso cui si intende fruire della Borsa di Studio
- 4) Curriculum vitae
- 5) Ogni altro Titolo che si intenda produrre.

L'inizio dell'attività inerente la Borsa di Studio dovrà avvenire entro sei mesi dall'assegnazione.

La corresponsione è subordinata all'Attestazione scritta della avvenuta frequenza del candidato da parte del Primario o Direttore dell'Istituto prescelto dal borsista.

A tale scopo il borsista ha l'obbligo di presentare alla Segreteria Nazionale dell'Aogoi una certificazione scritta del Primario o Direttore della Struttura presso cui ha fruito della borsa, attestante l'attività svolta e la regolare frequenza del candidato.

Il candidato, se strutturato, dovrà frequentare, ai fini della fruizione della borsa un Istituto diverso da quello del quale risulta dipendente.

La Commissione Giudicatrice sarà composta dal Presidente Nazionale Aogoi, dal Segretario Nazionale Aogoi e dal prof. Pierfrancesco Tropea.

Il giudizio della Commissione è insindacabile.

La proclamazione dei vincitori delle due Borse di Studio avverrà in occasione del Congresso Nazionale Aogoi-Sigo (Bologna, settembre 2005).

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. Denominazione del medicinale Gaviscon Advance. Sospensione orale aroma menta **2. Composizione qualitativa e quantitativa** Ogni dose da 10 ml contiene sodio alginato 1000,0 mg e potassio bicarbonato 200,0 mg. 1 ml contiene sodio alginato 100,0 mg e potassio bicarbonato 20,0 mg. Per gli eccipienti, vedere 6.1 **3. Forma farmaceutica** Sospensione orale. Sospensione viscosa, biancastra.

4. Informazioni cliniche 4.1 Indicazioni terapeutiche Trattamento dei sintomi legati al reflusso gastro-esofageo, quali reflusso acido, pirosi, indigestione dovuta ad un reflusso del contenuto gastrico, ad esempio dopo chirurgia gastrica, come conseguenza di ernia iatale, nel corso della gravidanza o in concomitanza con esofagite da reflusso.

4.2 Posologia e modo di somministrazione Adulti e bambini da 12 anni in su: 5-10 ml dopo i pasti e la sera prima di andare a letto (da uno a due cucchiaini dosatori da 5 ml). Bambini al di sotto dei 12 anni: deve essere somministrato solo su consiglio medico. Anziani: non è necessario modificare le dosi per questa fascia d'età.

4.3 Controindicazioni (ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti, compresi gli esteri degli idrossibenzoati (parabeni)). **4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego** Ogni dose da 10 ml presenta un contenuto di sodio pari a 106 mg (4,6 mmol) ed un contenuto di potassio pari a 78 mg (2,0 mmol). Ciò deve essere tenuto in considerazione nei casi in cui sia raccomandata una dieta particolarmente povera di sale, ad esempio in alcuni casi di insufficienza cardiaca congestizia e compromissione renale o nel caso di assunzione di farmaci che possono aumentare i livelli di potassio nel plasma. Ogni 10 ml contiene 200 mg (2,0 mmol) di calcio carbonato. Si deve prestare attenzione nel trattare pazienti affetti da ipercalcemia, nefrocalcolosi e calcoli renali ricidivi contenenti calcio. In pazienti con livelli molto bassi di acido gastrico c'è possibilità di efficacia inferiore. Il trattamento di bambini di età inferiore ai 12 anni non è generalmente raccomandato, eccetto in caso di consiglio medico. Se i sintomi non migliorano dopo sette giorni, il quadro clinico deve essere rivalutato. Questo medicinale contiene metil-idrossibenzoato e propil-idrossibenzoato, che possono causare reazioni allergiche (possibilmente ritardate).

4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione Nessuna nota. **4.6 Gravidanza ed allattamento** Uno studio aperto, non controllato su 146 donne in gravidanza non ha dimostrato alcun effetto indesiderato significativo di Gaviscon Advance sul corso della gravidanza o sullo stato di salute del feto/neonato. Sulla base di questa e di precedenti esperienze, Gaviscon Advance sospensione orale aroma menta può essere utilizzato durante la gravidanza e l'allattamento.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari Non pertinente. **4.8 Effetti indesiderati** Molto raramente (<1/10.000) i pazienti sensibili agli eccipienti possono sviluppare manifestazioni allergiche, quali orticaria o broncospasmo. **4.9 Sovradosaggio** In caso di sovradosaggio, si deve ricorrere a trattamento sintomatico. Il paziente può segnalare distensione addominale. **5. Proprietà farmacologiche**

5.1 Proprietà farmacodinamiche Categoria farmacoterapeutica: Altri farmaci per il trattamento di ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo (GORD) **Codice atc:** A02BX. La sospensione, quando viene ingerita, reagisce con l'acido gastrico per formare una copertura di gel di acido alginico con un pH quasi neutro e che galleggia sul contenuto dello stomaco impedendo in modo efficace il reflusso gastroesofageo. In casi gravi, la stessa copertura di gel può refluire nell'esofago invece di rimanere sul contenuto dello stomaco ed esercitare un effetto emolliente.

5.2 Proprietà farmacocinetiche Il meccanismo d'azione del medicinale è fisico e non dipende dall'assorbimento nella circolazione sistemica. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Non è stato riportato alcun risultato preclinico di rilievo per il prescrittore. **6. Informazioni farmaceutiche** **6.1 Elenco degli eccipienti** Calcio carbonato, carbomer, metil-idrossibenzoato E218, propil-idrossibenzoato E216, saccarina sodica, aroma menta, sodio idrossido per l'aggiustamento del pH, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 2 anni. Validità dopo apertura: 2 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Non refrigerare. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Flaconi di vetro ambrato con tappo sagomato in polipropilene, munito di sigillo di sicurezza per l'apertura e rivestito con un tampone di polietilene espanso. Le confezioni sono da 200 o 500 ml di sospensione. **6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Limited, Danson Lane, Hull, HU8 7DS, Regno Unito. Concessionaria per l'Italia: Novartis Consumer Health S.p.A., Origgio (VA). **8. Numeri di autorizzazioni all'immissione in commercio** Flacone da 200 ml di sospensione orale: A.I.C. n. 034248346/M. Flacone da 500 ml di sospensione orale: A.I.C. n. 034248346/M. **9. Data della prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** Novembre 2004. **10. Data di revisione del testo** Agosto 2004.

1. Denominazione del medicinale Gaviscon Advance. Sospensione orale. **2. Composizione qualitativa e quantitativa** Principi attivi: Sodio alginato 1000 mg/10ml, Specifica PhEur; Potassio bicarbonato 200 mg/10ml, Specifica PhEur. Per gli eccipienti, vedere 6.1 **3. Forma farmaceutica** Sospensione orale. Sospensione viscosa, biancastra. **4. Informazioni cliniche 4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento dei sintomi legati al reflusso gastro-esofageo, quali rigurgito acido, pirosi, indigestione dovuta ad un reflusso del contenuto gastrico, ad esempio dopo chirurgia gastrica, in conseguenza di ernia iatale, nel corso della gravidanza o come fenomeno che accompagna il reflusso esofageo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini sopra i 12 anni: 5-10 ml dopo i pasti e la sera prima di andare a letto. Bambini al di sotto dei 12 anni: deve essere somministrato solo sotto controllo medico. Anziani: non è necessario modificare le dosi. **4.3 Controindicazioni** (ipersensibilità verso i componenti del prodotto, compresi gli esteri degli idrossibenzoati (parabeni)). **4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego** Ogni dose da 10 ml presenta un contenuto di sodio pari a 106 mg (4,6 mmol) ed un contenuto di potassio pari a 78 mg (2,0 mmol). Tali contenuti devono essere presi in considerazione nei casi in cui sia raccomandata una dieta altamente iposodica, ad esempio nel caso di insufficienza cardiaca congestizia ed insufficienza renale o nel caso di assunzione di farmaci che aumentano i livelli di potassio nel plasma. Ogni 10 ml di prodotto contengono 200 mg (2,0 mmol) di carbonato di calcio. Si raccomanda cautela in pazienti affetti da ipercalcemia, nefrocalcolosi e calcoli renali ricidivi contenenti calcio. In pazienti con livelli molto bassi di acido gastrico l'efficacia del prodotto potrebbe risultare ridotta. Il trattamento è generalmente sconsigliato in bambini di età inferiore ai 12 anni, a meno che non sia espressamente indicato dal medico. Se i sintomi non migliorano dopo sette giorni si raccomanda di eseguire una nuova valutazione clinica. **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione** Nessuna. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Uno studio aperto, non controllato su 146 donne in gravidanza non ha dimostrato alcun effetto indesiderato significativo di Gaviscon Advance sul corso della gravidanza o sullo stato di salute del feto/neonato. Sulla base di questa e di precedenti esperienze, Gaviscon Advance può essere utilizzato durante la gravidanza e l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Molto raramente i pazienti sensibili ai componenti possono sviluppare manifestazioni allergiche, quali orticaria o broncospasmo. **4.9 Sovradosaggio** In caso di sovradosaggio, si dovrà ricorrere a trattamento sintomatico. Il paziente potrà notare distensione addominale. **5. Proprietà farmacologiche 5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: A02E A01 Farmaci antireflusso. La sospensione, quando viene ingerita, reagisce con l'acido gastrico e forma una copertura di gel di acido alginico con caratteristiche di pH quasi neutro che galleggia sopra al cibo nello stomaco impedendo in modo efficace il reflusso gastroesofageo. In casi gravi, la copertura di gel, e non il cibo nello stomaco, può essere rigurgitata nell'esofago ed esercitare un effetto emolliente. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** La modalità di azione di Gaviscon Advance è fisica e non dipende dall'assorbimento nella circolazione sistemica. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Non è stato riportato alcun risultato preclinico di rilievo. **6. Informazioni farmaceutiche 6.1 Elenco degli eccipienti** Calcio carbonato, carbomer, metil-idrossibenzoato, propil-idrossibenzoato, saccarina sodica, aroma di finocchio, sodio idrossido e acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** Due anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Non refrigerare. **6.5 Natura e contenuto della confezione** Flacone di vetro ambrato con tappo sagomato in polipropilene, munito di sigillo di sicurezza per l'apertura del flacone rivestito con polietilene espanso, contenente 200 o 500 ml di sospensione. **6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione e per lo smaltimento** Da assumere per via orale. Agitare bene prima dell'uso. Controllare che il sigillo sia intatto prima di assumere il prodotto per la prima volta. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Limited, Danson Lane, Hull, HU8 7DS, Inghilterra. Concessionaria per l'Italia: Novartis Consumer Health S.p.A., Largo U. Boccioni 1 - Origgio (VA). **8. Numero di autorizzazione all'immissione in commercio** Flacone da 200 ml di sospensione orale: A.I.C. n. 034248043/M. Flacone da 500 ml di sospensione orale: A.I.C. n. 034248068/M. **9. Data della prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** 31.10.1999. **10. Data di revisione del testo** Ottobre 2004.

GAVISCON[®]

ADVANCE

SOSPENSIONE ORALE A02BX13

Acido Alginico + Potassio Bicarbonato

NUOVO
AROMA
MENTA



CLASSE A
200 ml
500 ml

Dep. Alfa 5/04/05

www.gaviscon.it

NOVARTIS
Novartis Consumer Health S.p.A.

Contro il reflusso gastroesofageo RADDOPPIA LA SCELTA

GAVISCON ADVANCE svolge un'azione meccanica di barriera, specifica e prolungata contro tutti i tipi di reflusso. Da oggi GAVISCON ADVANCE, disponibile al **nuovo aroma alla menta**:

AMPLIA la possibilità di scelta

OFFRE un'alternativa al paziente

MIGLIORA la compliance al trattamento.

GAVISCON ADVANCE. FERMA IL REFLUSSO, NON SOLO L'ACIDO.

Test genetici per la diagnosi prenatale di sesso

Recentemente i media hanno dato grande risalto al “Baby Early Gender Mentor”, un test messo a punto negli Stati Uniti per conoscere il sesso del nascituro fin dalla 5a settimana di gravidanza, con un semplice prelievo venoso. Per effettuare questa diagnosi prenatale non invasiva e precoce basterebbe un semplice Kit da 275 dollari acquistabile su internet. Ma a cosa può andare incontro la coppia/donna che decida di utilizzare questa tecnica per finalità non mediche, senza un necessario, e competente, counselling?

Giovanni Monni
Vice Presidente Aogoi
Membro Consiglio Direttivo EAPM
(European Association of Perinatal Medicine)



In questi ultimi anni enormi sono stati i progressi nel campo della Medicina Fetale e in quello più specifico della Diagnostica Prenatale Invasiva e non Invasiva delle patologie genetiche.

Per quanto riguarda la Diagnosi Prenatale Invasiva le tecniche di prelievo ostetriche sono diventate sempre più sicure e precoci grazie all'esperienza e manualità del ginecologo e all'utilizzo di apparecchiature ecografiche sempre più sofisticate.

Allo stesso tempo le ricerche in citogenetica e in biologia molecolare con la mappatura del genoma umano hanno fornito maggiori conoscenze sulle patologie genetiche per cui è molto elevato il numero di queste patologie che possono essere diagnosticate in utero con alta sensibilità e efficacia.

Le tecniche di Diagnosi Prenatale Invasiva più conosciute e diffuse, Villocentesi alla 10-12a settimana di gravidanza e Amniocentesi alla 15-18a settimana offrono alta affidabilità e efficacia diagnostica e in mani esperte e in Centri di Riferimento hanno un rischio di aborto dello 0,5-1% e di errore diagnostico inferiore all'1%.

La possibilità di eliminare questo piccolo, se pur minimo rischio di abortività legato a queste due ultime procedure invasive ha spinto i ricercatori allo studio di analisi prenatali non invasive utilizzando cellule fetali presenti nel sangue materno con un semplice prelievo venoso dal “braccio materno”.

Queste diagnosi non invasive al momento sono considerate ancora sperimentali e quindi non utilizzate nella pratica clinica in quanto non presentano la stessa affidabilità diagnostica della Villocentesi e dell'Amniocentesi. Vengono inoltre eseguite sperimentalmente a scopi di ricerca tra la 10a e la 20a settimana di gravidanza.

In questi ultimi anni i giornali e i magazines insieme alle Tv americane stanno dando molto risalto al cosiddetto “Baby Early Gender Mentor” e cioè alla Diagnosi Prenatale non Invasiva fin dalla 5a settimana di gravidanza per conoscere il sesso del nascituro con

un semplice prelievo venoso “dal braccio materno” e analisi del Dna.

Questa notizia porta ad alcune considerazioni scientifiche ed etiche.

Le possibilità di successo della diagnosi al 99,9%, come annunciato e propagandato dai media americani se questa percentuale venisse confermata, è sicuramente un grosso risultato scientifico per la diagnosi prenatale di alcune malattie genetiche legate al sesso quali: Emofilia, Distrofia Muscolare di Duchenne, Sindrome di Lesch-Nyhan, di Hunter, di Lowe, di Rett, Sindrome Oro-Facciale-Digitale, Retinite Pigmentosa e Sindromi Neurologiche ereditarie, per citare le più diffuse.

L'epoca gestazionale dell'esame alla 5a settimana è tuttavia troppo precoce, in questo periodo non possiamo essere sicuri che la gravidanza sia in evoluzione, se la gravidanza è in utero e se è singola o multipla, per cui il risultato della diagnosi sul sesso potrebbe essere non accurata.

Ma molto diverse sono le problematiche così come riferite in America se questa diagnosi è effettuabile direttamente su Internet con l'acquisto di un kit da 275 dollari e con una semplice aspirazione di alcune gocce di sangue dal dito della gravida fin dalla 5a settimana di gravidanza e con la individuazione del sesso entro 48 ore.

La ditta che offre il kit precisa che qualora la diagnosi fosse errata si avrebbe il diritto ad un risarcimento pari al 200%.

Quale uso potrebbe essere fatto di questa tecnica?

Il fatto che la coppia possa avere accesso a questa tecnica senza il necessario e competente “counselling”, che è indispensabile prima di ogni esame che riguardi la gravidanza, può essere estremamente dannoso. Può essere paragonato all'uso indiscriminato della letteratura medica presente su Internet senza una guida che ne stabilisca l'evidenza clinica, oppure alla commercializzazione di immagini ecografiche tridimensionali o di filmati come purtroppo si verifica in

nazioni oltreoceano.

La gravidanza è un momento di estrema delicatezza e vulnerabilità per la coppia/donna.

La ricerca della conoscenza del sesso del nascituro per motivi non medici, ma soltanto per curiosità, in un'epoca così precoce della gravidanza quando le probabilità di aborto spontaneo sono alte (5-10%), può creare un artificioso “bonding” cioè legame affettivo tra la madre e l'embrione. Il feto con la definizione del sesso (più o meno accurata) diventa più “reale” e meno immaginario per la madre e viene superato quell'insieme di meccanismi di protezione che la natura stessa ha creato per difendere la madre dal dolore di una precoce perdita fetale.

Tutte le società scientifiche internazionali e nazionali come anche l'Aogoi hanno sempre affermato che la diagnosi prenatale viene effettuata per la conoscenza e prevenzione delle patologie genetiche e non esclusivamente per conoscere il sesso del nascituro, a meno che questo non riguardi alcune malattie genetiche legate al sesso come descritto sopra.

Anche il decreto Ministeriale Bindi del 1998 precisava quali dovevano essere le indicazioni alla diagnosi prenatale per le patologie cromosomiche (da cui si evidenziano anche i cromosomi del sesso X e Y) nei centri pubblici, e tra queste non c'era sicuramente la diagnosi finalizzata alla ricerca del sesso del nascituro (ma le seguenti: età materna uguale o superiore a 35 anni, precedente figlio affetto da patologia cromosomica, genitori portatori di riarrangiamento, malformazioni evidenziate ecograficamente, malattie infettive insorte in gravidanza, familiarità per patologie genetiche, test di screening alterati...)

Pertanto la richiesta di diagnosi prenatale, senza preventiva informazione ginecologica e genetica e per di più commercializzabile su Internet sembrerebbe al momento attuale una vera forzatura che soddisfa più la curiosità e i desideri che le finalità diagnostiche e terapeutiche legati alla diagnosi prenatale delle anomalie genetiche.

**LA LIBERTA' DI SAPERE
E' UN DIRITTO DI OGNI DONNA**

* OGGI LA NEGATIVITA' E' **pap+hc2**

 **DNAPAP™** (hc2) *by*  **DIGENE**

**L'UNICO TEST
PER LA RICERCA DEL PAPILOMAVIRUS
APPROVATO DALLA FOOD AND DRUG ADMINISTRATION**

La costituzione del rapporto di lavoro

Come è cambiato il rapporto del medico con il Ssn a seguito dell'istituzione del ruolo dirigenziale e della "privatizzazione" delle logiche del pubblico impiego. La via seguita è quella dell'armonizzazione tra settore pubblico e privato. Ma il federalismo sanitario porterà ulteriori novità

Nicola Gasparro
Direttore U.O. Affari Generali e Legali Azienda Sanitaria n. 2 - Castrovillari (Cs)

A seguito della privatizzazione del pubblico impiego, si è tentato attraverso la contrattazione collettiva conseguente (1996 e 2000) di dare un nuovo volto al ruolo dirigenziale ridisegnandone i caratteri, anche, e soprattutto, con riferimento alla costituzione del rapporto di lavoro.

Questo processo di armonizzazione tra settore pubblico e privato è stato impostato comparando e trasformando vari istituti pubblici, ma anche tenendo conto delle logiche e dei principi che sorreggono i medesimi nell'ambito privatistico, limitando il mantenimento delle diversità alle materie oggetto di riserva di legge, ai sensi dell'art. 97 Cost. che non sono nelle disponibilità delle fonti negoziali a quelle oggettivamente derivanti dalla differenza degli ambiti di operatività dei contratti o dalla limitazione delle risorse.

Molto di quello che è stato fatto sarà comunque ulteriormente oggetto di modifica quando entrerà pienamente in vigore il federalismo, attraverso il quale il ruolo delle Regioni verrà maggiormente enfatizzato.

La costituzione del rapporto di lavoro dei medici dirigenti passa necessariamente e sicuramente attraverso la stipulazione del contratto individuale di lavoro regolamentato dall'art. 2 del D.Lgs. 29/93 (ora 165/2001).

Il comma 3 del predetto articolo stabilisce che i rapporti individuali di lavoro sono regolati dai contratti collettivi e dai contratti individuali nella stipulazione dei quali le amministrazioni devono garantire ai propri dipendenti parità di trattamento contrattuale in presenza delle medesime condizioni operative, e comunque, trattamenti non inferiori ai minimi dei contratti collettivi.

Il contratto suddetto ha insiti in sé due profili separati: l'instaurazione del rapporto di lavoro e del conferimento dell'incarico. Questo a differenza del settore privato dove i due aspetti sono coincidenti.

Si distingue, pertanto, la tipologia del rapporto di lavoro, che può essere a tempo indeterminato, dal conferimento dell'incarico che è sempre a termine.

Ovviamente il presupposto necessario ed indefettibile di ogni contratto individuale di lavoro nell'ambito della pubblica amministrazione è la procedura concorsuale pubblica sancita costituzionalmente dall'art. 97 Cost. e ribadita più volte dalla Corte di Cassazione con plurime sentenze.

Ne consegue che la fase di costituzione del rapporto di lavoro sta a valle del procedimento pubblico di selezione. In tale momento le scelte organizzative a carattere pubblicistico sono già state effettuate dall'amministrazione, pertanto, i poteri di gestione del personale rientrano tra poteri di carattere privato che l'azienda è legittimata ad esercitare in virtù della privatizzazione del pubblico impiego.

In questo contesto di poteri si inserisce la stipulazione

del contratto individuale di lavoro, regolato da disposizioni nazionali, comunitarie e dei contratti collettivi, che richiede la forma scritta, nonché l'indicazione della data d'inizio ed il termine finale nei contratti a tempo determinato, il periodo di prova ove previsto, la sede di assegnazione e l'area e la disciplina di appartenenza, gli obiettivi generali da conseguire in relazione all'incarico e le modalità di effettuazione delle verifiche e valutazioni dei dirigenti nonché i soggetti a questo deputati, il trattamento economico complessivo corrispondente al rap-



porto di lavoro e all'incarico conferito, elementi tutti considerati essenziali ai fini della validità del contratto individuale.

Il contratto individuale si stipula in due casi: all'atto dell'assunzione e in caso di cambiamento del rapporto di lavoro in seguito al conferimento di incarico di direzione di struttura complessa.

Il conferimento dell'incarico è l'occasione per esprimere la privatizzazione del rapporto di lavoro definendone tutti gli altri elementi che lo compongono non riscontrabili nell'atto di nomina.

Esso ha durata quinquennale con facoltà di recesso al compimento del triennio.

Tra le forme di flessibilità introdotte con la privatizzazione del settore pubblico sono da annoverare le assunzio-

ni per contratto a tempo determinato (ex art. 36 D.Lgs. n. 29/93 ora D.Lgs. n. 165/01 ora sostituiti con il D.Lgs. 368/2001).

In ogni caso si ritiene che il D.Lgs. n. 368 non abbia modificato la disciplina delle assunzioni a tempo determinato prevista dall'art. 15 septies del D.Lgs. n. 502 poiché tali assunzioni sono contemplate da disposizioni di legge non menzionate nelle abrogazioni operate dal D.Lgs. n. 368.

L'art. 15 septies prevede due ipotesi di contratto a tempo determinato:

1. il direttore generale stipula tali contratti per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza ed interesse strategico, riferibili ai dirigenti di struttura complessa. Tale facoltà è ammessa nel limite del due per cento della dotazione organica e con riferimento a laureati di particolare e comprovata qualificazione che abbiano svolto attività in organismi, enti o aziende, pubblici o privati con esperienza maturata per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali, o laureati che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale, scientifica o lavorativa desumibile dal curriculum;
2. l'Azienda ricorre a contratti a tempo determinato nel limite del cinque per cento della dotazione organica di tutta la dirigenza, esclusa quella medica.

Il trattamento economico è definito dai contratti collettivi, il dirigente che stipuli il primo tipo di contratto sopra enunciato conserva il precedente posto di lavoro.

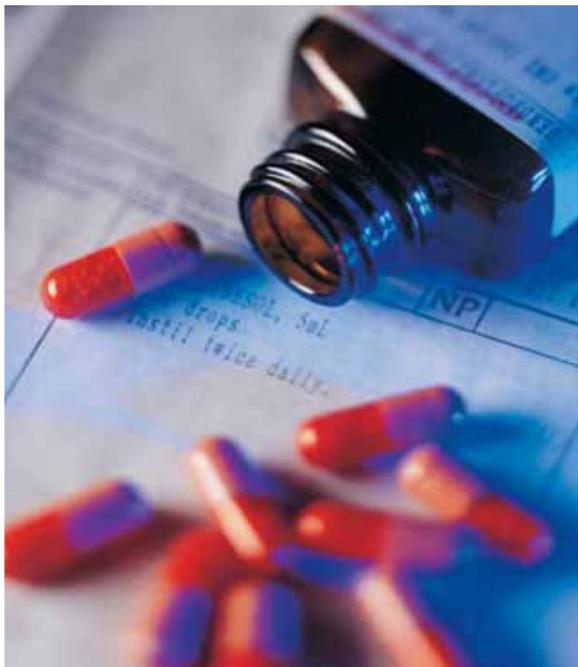
In tali contratti a tempo determinato preminente è il carattere privatistico nonché fiduciario.

Il rapporto instaurato è un vero e proprio rapporto di lavoro subordinato e non un rapporto di prestazione d'opera professionale autonomo con i caratteri della collaborazione e continuazione.

Volendo schematizzare le dinamiche di costituzione del rapporto di lavoro dirigenziale in sanità si possono evidenziare dei passaggi fondamentali:

1. con il pubblico concorso (D.P.R. 483/97 - D.P.R. 484/97) si costituisce il rapporto di lavoro dirigenziale, che integra a sua volta il pre-requisito indispensabile per la successiva attribuzione di incarichi a tempo;
2. nell'ambito dell'incarico a tempo vengono definiti, per il tramite di un atto di autonomia privata, obiettivi ed oggetto della prestazione;
3. che la prestazione dedotta all'interno dell'incarico non si sostituisce alla prima, e dunque, non è apprezzabile in termini di novazione oggettiva cosicché l'incarico si iscrive in un unitario rapporto di lavoro.

Ovviamente l'art. 2103 c.c. che regola lo svolgimento di mansioni superiori non si applica alle fattispecie sopra enunciate, il contrario comporterebbe una saturazione dell'istituto dell'incarico basato sostanzialmente sul carattere fiduciario nonché sui risultati conseguiti.



Leggere la letteratura scientifica per riflettere e confrontarsi

Un punto centrale delle autorevoli considerazioni qui espresse che toccano numerosi ambiti della ginecologia, riguarda “lo spazio d’azione del ginecologo” talora, purtroppo, ancora oggi minacciato dalla invadenza del chirurgo generale, specie in campo oncologico. Ma perché il ginecologo non potrebbe diventare, almeno in parte, autosufficiente?

Giovanni Brigato

Già Primario della Divisione Ostetrico Ginecologica, Padova

Chi come me, ha (purtroppo) acquisito esperienza dopo tanti anni di ricerca e di lavoro negli ospedali, penso possa esprimere dubbi o conferme su quanto si legge nelle riviste scientifiche e fare commenti che possono anche essere espressi, come riflessioni personali, per iscritto a vantaggio dei più giovani Colleghi. Personalmente ho vissuto le diatribe sull’utilità o meno della isteropessi (isteroendolegamentopessi di Revoltella, isteropessi di Cova, di Webster-Baldy, di Adams, di Acconci, di Czerny ecc.); sulla isterectomia totale o subtotale; sulla scelta fra la via vaginale e quella laparotomica; sulla resezione ovarica nei casi di PCOS e/o di amenorrea; sull’interventismo o attendismo nella cura chirurgica dei fibromiomi uterini; sulla validità degli interventi analgici tipo Cotte, Castano, Held. Qualche volta c’è stato un revival di tecniche abbandonate, magari rivedute. Ho assistito ad assegnazioni eponimiche errate, come ad esempio la isterectomia subfasciale di Pellizzari, attribuita ad Aldridge. Sono state esperienze che hanno disegnato una impostazione personale, specie sotto il profilo chirurgico. Ora mi sento di esprimervi alcune considerazioni personali.

Da diversi anni auspico, “fra me e me” la creazione di una figura particolare: quella del **perineologo**. Ho sempre prediletto la chirurgia vaginale, sia perché meno traumatica, sia perché, in mani esperte, più spedita, sia perché contraddistingue chiaramente lo spazio d’azione del ginecologo, talora purtroppo ancora oggi, minacciata dalla invadenza del chirurgo generale, specie in campo oncologico. Quando intervenivo su prolapsi genitali più o meno evidenti per via vaginale, mi capitava spesso di ottenere buoni risultati correttivi sull’apparato genitale, ma residuavano anomalie piuttosto evidenti sul perineo posteriore (prolapsi rettali, emorroidi, incontinenze fecali ecc.), che mi lasciavano scontento di un risultato che ritenevo incompleto. Tant’è che qualche volta chiedevo l’ausilio di un proctologo e, qualche altra, praticavo personalmente emorroidectomie o semplici legature. Vedo con molto piacere che l’attuale orientamento chirurgico ha preso in seria considerazione l’argomento, partendo dal presupposto che vescica, retto ed utero, insieme con il pavimento pelvico, rappresentano la patologia pelvica dominante ed anche, dobbiamo dirlo, la più impegnativa da trattare. Ma perché il ginecologo non potrebbe diventare, almeno in parte, autosufficiente? Partendo dal presupposto che la ginecologica urologica è di nostra pertinenza (su questo non c’è dubbio), e che la

chirurgia proctologica minore già la facciamo (vedi la correzione delle lacerazioni perineali da parto di III° grado complicate e le plastiche perineali di Lawson-Teit), perché non allargare la nostra competenza in materia, svincolandoci maggiormente da apporti esterni? Sarebbe a mio avviso gratificante. Facciamo il ginecologo anche perineologo?

Farmaci in gravidanza

Vedo con soddisfazione apparire continuamente pubblicazioni sull’uso adeguato dei farmaci in gravidanza. Non che prima le ricerche, già eseguite su questo argomento, fossero poco accurate; ma è ovvio che le conoscenze sulla farmacocinetica si approfondiscano sempre più e, soprattutto, vengano continuamente messi in commercio nuovi farmaci, sul cui uso in gravidanza non siamo sufficientemente informati. Allora ben vengano pubblicazioni aggiornate, per toglierci dai dubbi sulle nuove preparazioni farmaceutiche, senza abdicare alle ricerche precedenti, alle quali facciamo sempre riferimento di partenza.

Terapia ormonale sostitutiva

Dopo le ultime allarmistiche pubblicazioni (VHI, HERS, MWS, HABITS), la terapia ormonale in menopausa deve, a ragione o a torto, essere maggiormente monitorata, a scampo di sgradite controversie legali. In linea generale il ginecologo esegua uno screening che, attualmente a mio avviso, è diventato insufficiente. Personalmente credo che si debba porre maggiore attenzione al monitoraggio del seno, prescrivere ed esigere un eco-doppler carotideo, mentre nella richiesta di esami ematologici si dovrebbero aggiungere i seguenti accertamenti: dosaggio degli anticorpi antifosfolipidici (anticorpi anticardiolipina e lupus anticoagulante), dosaggio della proteina C, resistenza alla proteina C attivata, dosaggio della proteina S, valutazione della omocisteinemia, essendo la iperomocisteinemia espressione di stato trombotico. Con l’aumento della trigliceridemia, è raccomandabile, inoltre, il dosaggio dell’amilasi perché, in questa evenienza, la pancreatite è complicanza possibile in corso di TOS. Nei casi dubbi sarebbe opportuno richiedere una consulenza ematologica.

Sindrome dell’ovaio policistico

Nel trattamento della PCOS riservare maggiore attenzione allo studio del metabolismo glucidico, cosa anco-

ra poco consona alla preparazione medica del ginecologo. Liperinsulinemia non deve più essere sottovalutata e la terapia con metformina entrare adeguatamente nella ricetta del ginecologo. L’irsutismo, talora collegato alla sindrome, rappresenta sempre una problematica da non sottovalutare, anche perché, talora, i dosaggi ormonali rientrano nella norma, essendo il problema localizzato a livello del bulbo pilifero e legato a fattori enzimatici. Per questo il ginecologo dovrà prendere più dimestichezza con farmaci come il flutamide, potente antiandrogeno che compete, a livello recettoriale, con il diidrotestosterone; come il ciproterone acetato, inibitore competitivo del diidrotestosterone attraverso la riduzione della 5-alfa reduttasi cutanea; come il chetoconazolo che riduce la sintesi degli steroidi androgenici, bloccando la 17 alfa idrossilasi (enzima indispensabile per la sintesi degli androgeni); come il finasteride, potente inibitore della 5-alfa reduttasi; come il desametasone.

Isterectomia

A proposito della isterectomia vaginale anterograda subtotale sottofasciale, vorrei sottolineare, senza pretendere di stigmatizzare la tecnica e senza voler minimamente criticare l’ apprezzabile sforzo degli operatori, che si tratta di una semplice isterectomia vaginale subtotale che ho visto fare, subfasciale o intraistmica, qualche volta dal Prof. Vecchiotti negli anni ‘60 (e una volta ho fatto anch’io), ma che non ha trovato credito, perché allora non si dava sufficiente importanza alla funzione di sostegno delle strutture pericervicali nel mantenimento della statica pelvica. Si dava invece più rilevanza alla sindrome del moncone uterino residuo e all’eventuale insorgenza di neoplasie cervicali. Non per nulla si era abbandonata completamente la isterectomia subtotale riservata, si diceva, agli operatori meno abili.

Oncologia ginecologica

A proposito del trattamento chirurgico del carcinoma ovarico, prendo lo spunto da una recente bella pubblicazione del Centro Oncologico di Aviano e faccio riferimento a un mio volume pubblicato nel 1988 (Tumori delle gonadi per i tipi di Piccin Editore). In esso viene sottolineata l’opportunità di intervenire chirurgicamente anche negli stadi avanzati quando, ad esempio, esiste un interessamento epatico metastatico. La metastatizzazione epatica è più frequente nei tumori a partenza dal grosso intestino, ma l’ovaio, negli stadi avanzati, non è

alieno dal localizzarsi in quella sede. Essa non rappresenta una controindicazione assoluta all'intervento quando è stato attuato un debulking ottimale endocelomatico, quando la metastasi è localizzata (unica o multipla che sia) e occupa un'area limitata, quando si presumono soddisfacenti le condizioni anatomico-funzionali del parenchima residuo, quando le condizioni-età della paziente fanno presumere un certo ricupero. La resezione epatica, la termoablazione con radiofrequenza, l'ultracision, hanno dato buoni risultati agli oncologi di Aviano. Ma non solo a Loro; cito, per farne esempio, l'esperienza di Genari riportata su "Medicina Dossier" del maggio 1988. Anche la presenza di un versamento toracico non dovrebbe precludere l'intervento chirurgico: in due miei casi, dopo un riuscito debulking, abbiamo assistito ad una risoluzione pressoché completa del versamento. La conclusione? Personalmente apprezzo l'indirizzo attuale chirurgico conservativo in tutti i tumori come nel caso della mammella (si è passati dalla Halsted, alla Patey, alla Madden, fino alla quadrantectomia e alla tumorectomia, ovviamente associate alla dissezione del cavo ascellare); come nel caso della vulva (dalla Way si è passati alle incisioni inguinali separate per evitare le pericolose guarigioni (!?) per seconda intenzione, all'utilizzo del linfonodo sentinella allo scopo di limitare la linfadenectomia ecc.). Cito anche gli interventi personalizzati nel trattamento del carcinoma della cervice: Piver ha dato l'avvio. In tutto questo conservatorismo, nel pieno rispetto anche dello stato psicologico della donna, sono d'accordo. Sono invece perplesso quando parlia-

mo dell'ovaio, come si evince da quanto esposto sopra. È stato ampiamente dimostrato che, in questo tipo di patologia, la prognosi *quad vitam e valetudinem*, dipende in massima parte dalla radicalità del primo intervento.

Un'altra tematica vorrei sottoporre alla attenzione dei Colleghi ginecologi: quella della terapia chirurgica della mammella. A mio avviso, lo è sempre stato dal punto di vista diagnostico, la mammella è territorio riservato al ginecologo. Se è vero, come è vero, che in Piemonte la chirurgia mammaria viene indirizzata al ginecologo, in quasi tutte le altre sedi, o regioni, viene trattata dal chirurgo generale. I centri di senologia indirizzano al chirurgo. Non lo trovo corretto. È il ginecologo che segue lo sviluppo adolescenziale della giovane e ne vede i lineamenti corporei, quali segni dell'habitus ormonale; è il ginecologo che nella visita specialistica deve valutare la situazione mammaria, pena una consulenza incompleta; è il ginecologo che valuta la mammella durante la gravidanza e l'allattamento; è il ginecologo che rapporta l'habitus ormonale alla mammella; è il ginecologo che attua la prima consulenza; è anche il ginecologo che appartiene alla categoria dei chirurghi. E non vedo come debba abdicare all'atto chirurgico, dopo aver seguito l'iter diagnostico. Dobbiamo creare altri "Piemonti"? Per completezza e, per concludere queste mie riflessioni, vorrei raccontare una mia precedente esperienza. Quando, dopo pubblico concorso, presi la direzione della divisione Ostetrica dello Ospedale Civile di Padova, ebbi occasione di fare un intervento radicale sulla mammella. Ebbene, dopo pochi giorni,

venni chiamato dal direttore sanitario che mi espresse la sua contrarietà, dettata dalle proteste dei chirurghi. Per riprendere questo tipo di intervento dovetti, mio malgrado, attendere la conferma al posto di primario. Lo riferisco a riprova di quanto detto.

Leggo su "Ginecorama" dell'ottobre 2004 che la mastoplastica riduttiva diminuisce il rischio del tumore mammario. Perfettamente d'accordo. Si arriva anche, come altre volte proposto, a suggerire la mastectomia profilattica, specie nei soggetti con tendenza famigliare e portatori dei geni BRCA 1 e BRCA 2, markers riconosciuti di predisposizione genetica alla sviluppo precoce della neoplasia. Si dice anche, e giustamente, che la protezione è tanto più rilevante quanto maggiore risulta la quantità del tessuto asportato. Ma allora perché non prendere in considerazione la mastectomia sottocutanea, che, pur asportando tutto il parenchima ghiandolare, rispetta cute, areola e capezzoli risultando così molto meno traumatizzante dal punto di vista psicologico, anche perché non residuano inestetiche cicatrici cutanee? Vedi, a questo proposito, i lavori dello scrivente, pubblicati su "Ginec Clin 1-3-1980 e su Clinical and Experimental Obst-Gynec" V°-1-2 1978.

Infine mi sento gratificato nel vedere inserite fra le metodiche terapeutiche del piano perineale la chirurgia correttiva protesica che, personalmente, iniziai a fare nel 1988 (rinforzo protesico nella ricostruzione del pavimento pelvico dopo recidiva di prolasso nelle donne anziane; Ginec Clin e Oncol 129-130 XIX-1998) e che vorrei incoraggiare, perché la ritengo produttiva.

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 antifolici (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 Ipsersensibilità 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 anticonvulsivanti 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 deglutite 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, ipotensione 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 timidilato, 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, glutazione, mannite, metile p-idrossibenzoato, sodio idrossido. Una fiala di solvente contiene: acqua per preparazioni iniettabili. PREFOLIC® 50 Iniettabile Acido citrico, glutazione, mannite, metile p-idrossibenzoato, 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 - polietilene) 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.I.C.: n.024703124-5 flaconi di 15 mg + 5 fiale di solvente - A.I.C.: n.024703098 - 6 flaconi di 50 mg + 6 fiale di solvente - A.I.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 Italia

Il principio dell'affidamento nella prestazione sanitaria

di Pier Francesco Tropea

Già Direttore U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia Ospedali Riuniti "Bianchi, Melacrino, Morelli" Reggio Calabria

Chi si trova oggi ad operare in ambito medico sa bene che la Medicina moderna sempre più raramente riconosce l'opera ed il valore del singolo operatore ma valorizza, ai fini del raggiungimento di un risultato favorevole per il paziente, l'attività di una intera équipe, spesso di tipo pluridisciplinare. In campo chirurgico tale tendenza ha ridimensionato il ruolo del chirurgo operatore, correggendone quell'individualismo esasperato che lo portava a considerarsi l'unico protagonista dell'atto chirurgico, lasciando addirittura in ombra l'operato dell'anestesista. Dunque, un giusto riconoscimento dell'attività medica svolta in équipe, alla quale è in definitiva da ascrivere il felice o cattivo esito della prestazione sanitaria.

La letteratura giurisprudenziale, che in questi ultimi anni si va arricchendo di sempre più numerosi contributi in ragione dell'incremento esponenziale del contenzioso giudiziario in ambito medico, si è dovuta conseguentemente occupare dello svolgimento dell'attività medica in équipe, allo scopo di individuare e definire gli eventuali profili di responsabilità dei diversi operatori che a vario titolo hanno avuto una parte nello svolgimento della prestazione in esame. Infatti l'identificazione e la conseguente chiamata in giudizio del chirurgo operatore, cui è certamente affidata la responsabilità della conduzione di un intervento chirurgico, non impedisce di dover procedere ad individuare i singoli componenti dell'équipe, spesso protagonisti di tappe significative nello svolgimento dell'atto chirurgico.

È ben noto ai giuristi che la materia è regolata dal principio dell'affidamento, in virtù del quale ciascun componente del gruppo di lavoro risponde nell'ambito della propria specifica mansione, il che comporta che "ogni consociato può confidare che ciascuno si comporti adottando le regole precauzionali normalmente riferibili al modello di agente proprio dell'attività in questione" (Tiramontano).

Tuttavia, permane l'obbligo dei vari componenti dell'équipe di attivarsi per integrare o correggere l'operato altrui, ove ci sia una necessità scaturita da una difettosa condotta altrui.

Ciò vale nel caso in cui i componenti dell'équipe, afferendo a discipline diverse, siano in possesso di una propria autonomia derivante da una specificità di disciplina medica. Viceversa, nel caso di vari componenti di una équipe della stessa specialità ma di differente livello gerarchico, il capo-équipe che affida una mansione ad altro operatore conserva l'obbligo della sorveglianza del singolo componente dell'équipe stessa, sia esso medico o paramedico, con eventuali profili di responsabilità che si possono configurare in una "colpa in vigilando".

È appena il caso di rammentare che, ove un tipo di attività chirurgica o un singolo intervento vengano praticati da un operatore che, pur strutturato, non possiede un ruolo apicale nella struttura, ma che sia stato abilitato dal Primario ad effettuare quella o quelle prestazioni, in caso di contenzioso giudiziario, ferma restando la responsabilità personale dell'operatore, sarebbe ipotizzabile anche un coinvolgimento del Primario sotto il profilo del-

la "colpa in eligendo" in ordine alla scelta di un collaboratore non all'altezza di espletare i compiti affidatigli. Infatti, nel momento in cui si instaura un rapporto tra il paziente che richiede una prestazione sanitaria ed il medico chiamato ad effettuarla, quest'ultimo assume una "posizione di garanzia" che può essere trasmessa anche ad altri componenti dell'équipe, la cui scelta rimane affidata al capo o al responsabile dell'équipe stessa, donde gli eventuali profili della "colpa in eligendo" cui si è fatto cenno sopra. Prescindendo da tali aspetti particolari della problematica qui trattata, è certo che la regola dell'affidamento rappresenta un principio cardine nell'attuale ordinamento cui si fa costante riferimento da parte della giurisprudenza nel valutare le eventuali colpe nello svolgimento dell'attività sanitaria in équipe.

In epoca recente, i Giudici del Tribunale di Massa-Carrara (17 gennaio 2004), hanno ripreso il tema dell'affidamento analizzando il comportamento colposo rispettivamente di un medico e di un'infermiera la quale aveva ricevuto dal sanitario l'ordine di somministrare un farmaco rivelatosi poi letale per il paziente.

L'infermiera, a propria difesa, aveva eccepito di aver ricevuto dal medico la disposizione della somministrazione per via endovenosa della sostanza da lei iniettata, senza l'aggiunta delle istruzioni del caso (nella fattispecie, la necessità assoluta di diluizione del farmaco), con ciò richiamando il principio dell'affidamento in virtù del quale l'infermiera avrebbe ritenuto che il medico, nel disporre l'utilizzo del farmaco aveva informato il proprio comportamento professionale a precise regole di diligenza e perizia. In sostanza, nel rivendicare la propria innocenza, l'infermiera sosteneva di aver confidato nel corretto adempimento da parte del medico delle norme professionali di diligenza, perizia e prudenza, con ciò appellandosi alla nota regola dell'affidamento.

I Giudici di merito, pur confermando la colpa del Medico che non aveva curato di precisare all'infermiera con quali modalità ed accortezze andava somministrato il farmaco, hanno condannato l'imputata in quanto le inadempienze del medico non possono in alcun modo giustificare la condotta imprudente e negligente dell'infermiera la quale, prima di somministrare il farmaco, avrebbe dovuto conoscerne le modalità di utilizzo o prendere

visione delle istruzioni per l'uso, trattandosi di farmaco mai prima di allora adoperato dall'imputata in sede terapeutica.

Con questa pronuncia si conferma dunque che l'affidamento non serve ad escludere l'impiego della propria diligenza da parte di chi, nell'ambito di un'équipe, ritiene di poter confidare sul comportamento corretto degli altri componenti dello stesso gruppo di lavoro. Nella fattispecie, (hanno affermato i Giudici) l'infermiera, pur non avendo ricevuto quelle precise istruzioni che il medico colposamente aveva mancato di fornirle, non ha adoperato quel minimo di diligenza e prudenza rapportate al grado medio di cultura e capacità professionale connesse con il suo ruolo, il che avrebbe certamente evitato il tragico evento dannoso. Nel giudizio del Tribunale di Massa-Carrara vi è dunque un forte richiamo alla responsabilità del singolo operatore sanitario, il quale, indipendentemente dall'adesione dei singoli componenti del gruppo di lavoro a corrette norme di comportamento, è tenuto ad agire con la massima diligenza e prudenza nell'esercizio della sua attività. In analogia con quanto più sopra analizzato, è opportuno segnalare l'esistenza di un'altra importante pronuncia della Corte di Cassazione (Cass. Pen. Sez. IV, novembre 1999) nella quale i Giudici, con preciso riferimento all'osservanza dei predetti canoni di comportamento (e ciò indipendentemente dal livello gerarchico di appartenenza dei singoli), chiamati ad esprimersi in un caso di errore colposo commesso da un medico specializzando, hanno stabilito che "anche colui che espleta mansioni chirurgiche in qualità di specializzando, e quindi sotto diretta responsabilità del docente, assume direttamente una posizione di garanzia nei confronti del paziente, condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce, sicchè anche su di lui incombe l'obbligo dell'osservanza delle *leges artis*, che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito ovvero dell'aumento del rischio".

In concreto, per la Suprema Corte, il fatto di agire per direttive impartite da un medico gerarchicamente più elevato non esime da responsabilità il sanitario che pur non riveste una posizione autonoma in seno alla struttura, in capo al quale permane l'obbligo, non soltanto di assolvere nel migliore dei modi le disposizioni a lui impartite dai superiori, ma anche il dovere di procedere con la massima diligenza e prudenza al fine di preservare la salute del paziente a lui affidato.

<p>GYNECO AOGOI</p> <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 Cesare Fassari</p>	<p>COORDINAMENTO REDAZIONALE Arianna Alberti email: redazione@ihg.it PUBBLICITÀ Publiem srl Centro Direzionale Colleoni Palazzo Perseo 10 20041 Agrate (Milano) Tel. 039/6899791 - Fax 039/6899792</p> <p>EDITORE IEP ITALPROMO ESIS PUBLISHING 00147 Roma Via Vittore Carpaccio, 18</p> <p>Testata associata A.N.E.S. GIORNALISMO ITALIANO SOCIETÀ PERIODICA S.p.A.</p>	<p>PROGETTO GRAFICO Glancarlo D'Orsi VIDEOIMPAGNAZIONE Barbara Rizzuti STAMPA Tecnostampa srl Via Le Brece 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: luglio 2005 Tiratura 5.000 copie</p>
--	--	---

AOGOI ABRUZZO

Di Nisio riconfermato Segretario regionale

Il 5 marzo 2005 si è tenuta, presso l'ospedale "S. Massimo" di Penne (Pe), l'Assemblea dei soci Aogoi della Regione Abruzzo. Dopo aver ascoltato la relazione del Segretario regionale uscente, Quirino Di Nisio, sull'attività svolta nell'ultimo biennio, l'assemblea elettorale, presieduta dal dottor Carmine Gigli nella veste di rappresentante del Presidente nazionale dell'Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani, ha riconfermato alla

carica di Segretario regionale il dottor Di Nisio.

Nel corso dei lavori che hanno preceduto la votazione, sono state presentate e dibattute le seguenti relazioni: Il contenzioso medico-legale in Ostetricia e Ginecologia (Q. Di Nisio); Il programma M.A.M.M.A. AOGOI - Movement Against Medical Malpractice and Accident (C. Gigli); Il Clinical Risk Management (M. Scimia); Le iniziative legislative in corso (F. Tredese)

AOGOI SICILIA

Le iniziative e le attività di formazione per il biennio 2005/06

Il 1° marzo scorso si è svolta a Caltanissetta, presso la sala convegni dell'ospedale S. Elia, la riunione regionale dei Soci Aogoi che ha visto per la prima volta riuniti ginecologi ospedalieri e consultoriali e ostetriche con lo scopo di realizzare dei gruppi di studio ed elaborare e programmare delle attività congiunte. Presenti tutti i segretari provinciali Aogoi, i referenti Fesmed, i referenti provinciali dei consultori, nominati nella riunione svoltasi a Catania nell'ottobre 2004, e i presidenti dei Collegi delle Ostetriche di tutte le province siciliane.

Durante il meeting regionale è stato discusso il programma scientifico preliminare del Congresso regionale, previsto per il prossimo 10-12 novembre 2005 a Catania. I corsi Ecm in programma verteranno su: contraccezione, menopausa, consulenza genetica e incontinenza urinaria, mentre le tematiche affrontate saranno incentrate su: endometriosi, benessere e sicurezza della gravidanza e personalizzazione del parto, epilessia e donna.

È stata prevista anche l'organizzazione di congressi provinciali propedeutici al congresso regionale, affidata ai vari segretari provinciali, con lo scopo di incentivare il coinvolgimento scientifico del maggior numero di soci nonché nuove iscrizioni.

Per quanto attiene le attività formative, è stato previsto, per ogni provincia, un corso Ecm per infermieri e ostetriche di sala operatoria.

Sono stati inoltre proposti dei Gruppi di Studio allo scopo di incentivare la collaborazione interprofessionale e interdisciplinare, coinvolgendo in particolare dei giovani ginecologi, e produrre documenti e iniziative con ricadute scientifiche, organizzative, assistenziali e sociali. Il lavoro dei gruppi di studio - che verterà sui seguenti temi: Diventare Donna (adolescenti e teenager); Sempre Donna (donne in climaterio, menopausa e post-menopausa); Uroginecologia; Benessere e sicurezza della gravidanza e personalizzazione del parto; La mammella ed il ginecologo; Endoscopia ginecologica - si tradurrà nella realizzazione di vari "Eventi Aogoi" in Sicilia nell'arco del bennio 2005/06.

La riunione si è infine conclusa con la discussione sui tre progetti Web Aogoi Sicilia: *cuorepuntocuore*, portale web e database sulle cardiopatie congenite; *reset*, registro siciliano per l'endometriosi, in collaborazione con Segi; *aogoi-sicilia-web*, area utenti e area medici.

AOGOI EMILIA ROMAGNA

Di Donato riconfermato Segretario regionale

In occasione del Congresso regionale, svoltosi a Pieve di Cento (Fe) il 18 marzo scorso, si è tenuta l'assemblea regionale dei soci Aogoi, presieduta dal Vicepresidente nazionale Nunzio Antonio Giulini.

Dopo le relazioni del Vicepresidente e

del Segretario nazionale Antonio Chiantera, il segretario uscente Piero Di Donato ha esposto una rendicontazione sull'attività svolta durante il suo mandato, riproponendo la sua candidatura. L'assemblea lo ha riconfermato per acclamazione per il biennio 2005-2007.

PROGETTO MENOPAUSA ITALIA

Riunione delle SPAC dell'Umbria

Si è svolta a Perugia, l'8 aprile 2005, la riunione delle Spac dell'Umbria. Ha introdotto i lavori il dottor Donati Sarti il quale, dopo aver portato i saluti della Direzione nazionale Aogoi e del Board del Progetto Menopausa Italia, ha illustrato l'andamento e l'evoluzione del Progetto Menopausa Italia.

Donati Sarti ha sottolineato l'importanza del Pmi quale strumento di rilevazione di dati che consentono indagini epidemiologiche su un vasto campione di popolazione femminile in età menopausale, con la possibilità di condurre studi clinici osservazionali e comparare le informazioni con quelle della letteratura internazionale e ha informato i partecipanti che, al fine di superare i limiti nazionali, sono stati attivati collegamenti con altri Stati esteri in cui riprodurre il modello del Pmi e realizzare un network telematico europeo che, per la raccolta dei dati, utilizzi la stessa scheda informatica e lo stesso software.

Per superare le difficoltà e le limitazioni dell'attuale sistema di trasferimento dei dati via modem sono state presentate le nuove modalità di comunicazione in rete via Internet; il nuovo sistema di gestione per l'archiviazione è stato proposto dal dottor Giovanni Migliore.

La situazione del Progetto nella regione Umbria, dove sono state assegnate sei SPAC, è stata successivamente illustrata dalla dottoressa Mincigrucci, che ha presentato una recente indagine conoscitiva dal titolo: "Obiettivo Benessere Donna. Il parere e le esigenze della donna in climaterio e terza età". La ricerca è stata realizzata per rilevare le

caratteristiche socio-culturali della donna in età climaterica, le conoscenze e le opinioni rispetto all'evento menopausa, la percezione del proprio stato di salute (fisica, psichica e relazionale), l'atteggiamento nei confronti dei diversi approcci terapeutici, il giudizio sui servizi assistenziali, la necessità di informazione. Lo studio è stato condotto su un campione di 780 donne afferenti nei presidi sanitari (Poliambulatori, Centri di Salute, Consultori, Centri Menopausa) del territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Usl n. 2 dell'Umbria. Le informazioni sono state desunte dalla compilazione di specifici questionari e i dati sono stati elaborati dalla consulente informatica Barbara Radaelli che ha esposto ai partecipanti i risultati dell'indagine. La riunione è proseguita con un dibattito sul Progetto e, più in generale, sull'approccio alle problematiche menopausali in ambito clinico ed organizzativo dal quale è emersa l'importanza della funzione delle strutture territoriali rispetto alla prevenzione ed alla promozione della salute della donna in età climaterica ed il ruolo più strettamente specialistico (di II livello) dei Centri della Menopausa ospedalieri.

L'incontro si è concluso con una presentazione delle più recenti linee di comportamento rispetto all'impiego della terapia ormonale sostitutiva, delineate dall'European Medicine Evaluation Agency (EMA) e dal Comitato Esecutivo della International Menopause Society, da cui è scaturita un'accesa e partecipata discussione.



convegni e corsi

convegni 2005

9 settembre

Monfalcone (Go)
XI CORSO DI FORMAZIONE AOGOI LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA IN POSTMENOPAUSA E TERZA ETÀ
Segreteria organizzativa
 A.O.G.O.I. - Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano - Tel. 02.29525380
 Fax 02.29525521
aogoi@aogoi.it

9/10 settembre

Brescia
I PROCESSI DI EVOLUZIONE DELLA DISCIPLINA OSTETRICA - METODOLOGIE ED ESPERIENZE A CONFRONTO
Segreteria organizzativa
 Symposia Srl
 Via R. Psaro 17 - 25128 Brescia
 Tel.: 030.3099308
 Fax 030.3397077
info@symposiacongressi.it

9 settembre

Cerisano (Cs)
I MEETING SULLE PATOLOGIE DEL PAVIMENTO PELVICO - CONGRESSO REGIONALE S.I.C.C.R.
Segreteria organizzativa
 Meeting e Convegni Pandosia
 Via Pasquali 177/179 - 87040 Mendicino (Cs)
 Tel. 0984.632827
 Fax 0984.632825
viaggipandosia@tin.it

10 settembre

Codroipo (Ud)
INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE: CAUSE E RIMEDI
Segreteria organizzativa
 The Office Srl
 Via San Nicolò 14
 34121 Trieste
 Tel.: 040.368343
 Fax 040.368808
theoffice@theoffice.it

15/16 settembre

S. Monte di Varallo (Vc)
3° CORSO RESIDENZIALE DI ELETTROCHIRURGIA BIPOLARE ISTEROSCOPICA
Segreteria organizzativa
 A.B. Engineering
 Via Novara 46 28078 Romagnano Sesia (Vc)
 Tel. 0163.834495

16 settembre

Genova
XII CORSO DI FORMAZIONE AOGOI - LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA IN POSTMENOPAUSA E TERZA ETÀ
Crediti: 5
Segreteria organizzativa
 A.O.G.O.I.
 Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano
 Tel. 02.29525380 - Fax 02.29525521
aogoi@aogoi.it

20/24 settembre

Bologna
81° CONGRESSO NAZIONALE SIGO 46° CONGRESSO NAZIONALE A.O.G.O.I. 13° CONGRESSO NAZIONALE A.G.U.I.
Segreteria organizzativa
 I & C Srl
 Via A. Costa 2 - 40134 Bologna
 Tel. 051.6144004 - Fax 051.6142772

21/24 settembre

Zagreb - Croatia
7TH WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE
Segreteria organizzativa
 HKO Medical Systems
 Lascinska 94 00000 Zagreb - HR ES
 Tel/Fax +3851.2347669
congress@hko.hr

1° ottobre

Aosta
XIV CORSO DI FORMAZIONE AOGOI LA TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA IN POSTMENOPAUSA E TERZA ETÀ
Segreteria organizzativa
 A.O.G.O.I.
 Via G. Abamonti 1
 20129 Milano
 Tel. 02.29525380
 Fax 02.29525521
aogoi@aogoi.it

1/4 ottobre

Catania
XIX CORSO DI ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA E DELLA RIPRODUZIONE
Crediti:18
Segreteria organizzativa
 Fondazione Confalonieri Ragonese
 Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano
 Tel. 02.29525380
 Fax 02.29525521
aogoi@aogoi.it

3/7 ottobre

Altomonte (Cs)
CORSO BIENNALE A.O.G.O.I. DI PERFEZIONAMENTO "DIAGNOSTICA ECOGRAFICA IN GINECOLOGIA"
Segreteria organizzativa
 A.O.G.O.I.
 Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano
 Tel. 02.29525380 - Fax 02.29525521
aogoi@aogoi.it

6/8 ottobre

Lecce
XV CONGRESSO NAZIONALE A.I.U.G.
Segreteria organizzativa
 Euro Conventions
 Via Torricella 14 - 29100 Piacenza
 Tel. 0523.335732
 Fax 0523.334997
info@euroconventions.it

15 ottobre

Firenze
ISTEROSCOPIA - CHIRURGIA AMBULATORIALE E RESETTOSCOPIA
Segreteria organizzativa
 Quid Communications Srl
 Via Vanini 5 - 50129 Firenze
 Tel. 055.4633701
 Fax 055 - 4633698
info@quidcom.com

22 ottobre

Ascoli Piceno
LE BASI SCIENTIFICHE DELLA CONOSCENZA MEDICA: ASPETTI DI EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA
Segreteria organizzativa
 Non Solo Meeting
 Via C. Battisti 31- 65122 Pescara
 Tel. 085.295166
n.nonsolomeeting@tin.it

24/26 ottobre

San Daniele del Friuli (Ud)
CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA PER INFERMIERI PROFESSIONALI DI SALA OPERATORIA
Segreteria organizzativa
 Dott. Giovanni Del frate
 Viale Trento Trieste 33 - 33038 San Daniele del Friuli (Ud)
 Tel. 0432.949219
 Fax 0432.949280
osgi@ass4.sanita.fgv.it

28/29 ottobre

Bari
LA VULVA: ASPETTI MEDICI E SOCIOLOGICI
Segreteria organizzativa
 C.I.C. Sud
 Via Camillo Rosalba TRAV. 47.E 28
 70124 Bari
 Tel. 080.5043737
 Fax 080.5043736
cicsud@mclink.it

11/14 novembre

Milano
XVII CORSO DI ECOGRAFIA OSTETRICA E GINECOLOGICA
Segreteria organizzativa
 Fondazione Confalonieri Ragonese
 Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano
 Tel. 02.29525380
 Fax 02.29525521
aogoi@aogoi.it

12 novembre

Firenze
ISTEROSCOPIA - CHIRURGIA AMBULATORIALE E RESETTOSCOPIA
Segreteria organizzativa
 Quid Communications Srl
 Via Vanini 5 - 50129 Firenze
 Tel. 055.4633701
 Fax 055.4633698
info@quidcom.com

19/22 novembre

Milano
XX CORSO DI ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA E DELLA RIPRODUZIONE
Segreteria organizzativa
 Fondazione Confalonieri Ragonese
 Via G. Abamonti 1
 20129 Milano
 Tel. 02.29525380
 Fax 02.29525521
aogoi@aogoi.it

21/23 novembre

San Daniele Del Friuli (Ud)
CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA
Segreteria organizzativa
 dott. Giovanni Del frate
 Viale Trento Trieste 33 - 33038 San Daniele del Friuli
 Tel. 0432.949219
 Fax 0432.949280
osgi@ass4.sanita.fgv.it



convegni 05/06

27/29 novembre

Saint Vincent (Ao)
**2° CORSO NAZIONALE AOGOI
 DI CHIRURGIA LAPAROSCOPICA
 E VAGINALE NELLA
 PATOLOGIA GINECOLOGICA**
 Segreteria organizzativa
 BC Congressi Srl
 Via XX Settembre 144
 16121 Genova
 Tel. 010.5957060

Fax 010.5958548
 segreteria@bccongressi.it

25/27 gennaio 2006

Reggio Emilia
**2° CORSO RESIDENZIALE
 DI ENDOSCOPIA GINECOLOGICA**
 Segreteria organizzativa
 Ufficio Comunicazione Ausl
 di Reggio Emilia
 Tel. 0522.335380 Fax 0522.33512

10/14 maggio 2006

Milano
**THE WORLD MEETING
 ON GYNECOLOGICAL PELVIC
 PAIN AND ENDOMETRIOSIS**
 Segreteria organizzativa
 Bluevents Srl
 Via L. Bodio 57 00191 Roma
 Tel. 06.36382038
 Fax 06.97276290
 info@bluevents.it

17/19 giugno 2006

Dubrovnik - Croatia
**3° CONGRESS
 ON ULTRASOUND IN OBSTETRICS
 AND GYNECOLOGY
 OF THE MEDITERRANEAN AREA**
 Segreteria organizzativa
 H.K.O.d.o.o.
 Srebrnjak 57 10000 Zagreb Es
 Tel. +385.1.2441.758
 Fax +385.1.2441.756

Ginecologi in Africa: l'impegno di Medici con l'Africa

Medici con l'Africa è la più grande organizzazione sanitaria italiana per lo sviluppo indipendente e autonomo delle popolazioni africane. Attiva dal 1950, realizza interventi di lungo periodo, anche in aree teatro di guerre e emergenze umanitarie. Interviene ai diversi livelli del sistema sanitario, dalle cliniche mobili alle università, fornendo servizi di qualità, accessibili a tutti. Attualmente opera in Angola, Etiopia, Kenya, Mozambico, Rwanda, Tanzania e Uganda con interventi che sviluppano una presenza basata su attività ospedaliere e territoriali fortemente integrate nel tessuto sanitario e sociale del paese.

Per sostenere i programmi in corso e per potenziare i futuri, Medici con l'Africa Cuamm sta reclutando specialisti e specializzandi in Ginecologia e Ostetricia:

- gli specialisti vengono inseriti in progetti di supporto al reparto di ginecologia di ospedali pubblici o privati non profit;
- per gli specializzandi esiste un'apposita iniziativa, denominata Junior Project Officer, che offre l'opportunità di svolgere un periodo di Specialità in Africa inserendosi in un progetto sotto la supervisione di un medico senior dell'organismo.

Prima del periodo all'estero, gli interessati sono chiamati a svolgere un percorso formativo volto ad agevolarne l'inserimento nei sistemi e nei servizi sanitari africani.

Per informazioni e per presentare la propria candidatura è possibile visitare il sito www.cuamm.org o contattare Medici con l'Africa Cuamm – Settore Risorse Umane (tel: 049.8751279)

L'iniziativa "junior project officer" per gli specializzandi

L'iniziativa "Junior project officer" si rivolge agli specializzandi in Ginecologia e Ostetricia fornendo l'opportunità di svolgere fino a un anno di Specialità in Africa a quanti siano interessati ad approfondire le competenze e le abilità teorico-pratiche legate alla propria specializzazione, anche in vista di un eventuale impiego futuro nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale.

L'iniziativa prevede:

- un percorso formativo di base volto a fornire alcuni strumenti per comprendere la realtà dei sistemi e dei servizi sanitari africani
- la stesura di un "piano di formazione e lavoro" in linea con gli obiettivi della Scuola di specializzazione e concordato tra Medici con l'Africa, il Direttore della Scuola e lo specializzando
- lo svolgimento di un periodo di formazione teorico-pratica all'interno di un progetto di Medici con l'Africa, con attività in ambito clinico sotto la supervisione di un medico senior dell'organizzazione.

Una decina di specializzandi – provenienti dalle Università di Ferrara, Padova, Parma e Trieste – hanno già concluso l'esperienza e nel 2004 l'iniziativa è stata accolta favorevolmente anche dalle Università di Bologna, Modena, Firenze, Milano Bicocca, Siena e Torino.

Per informazioni: Medici con l'Africa Cuamm – Settore Risorse Umane (tel: 049.8751279, www.cuamm.org) . Referente per l'iniziativa è la dottoressa Lucia Forte

Euclointima®

alla calendula

Detergente liquido
rinfrescante
per l'igiene intima
quotidiana



Euclointima è un detergente liquido rinfrescante per l'igiene intima quotidiana che assicura una piacevole e duratura sensazione di freschezza.

Euclointima, grazie al suo pH fisiologico, svolge un'azione detergente e rinfrescante senza alterare la flora batterica.

La calendula ha un effetto emmolliente e protettivo sulla cute e sulle parti intime.

DETERGENTE

Euclointima svolge una delicata azione detergente senza alterare la fisiologia e le difese naturali della pelle e delle mucose.

RINFRESCANTE

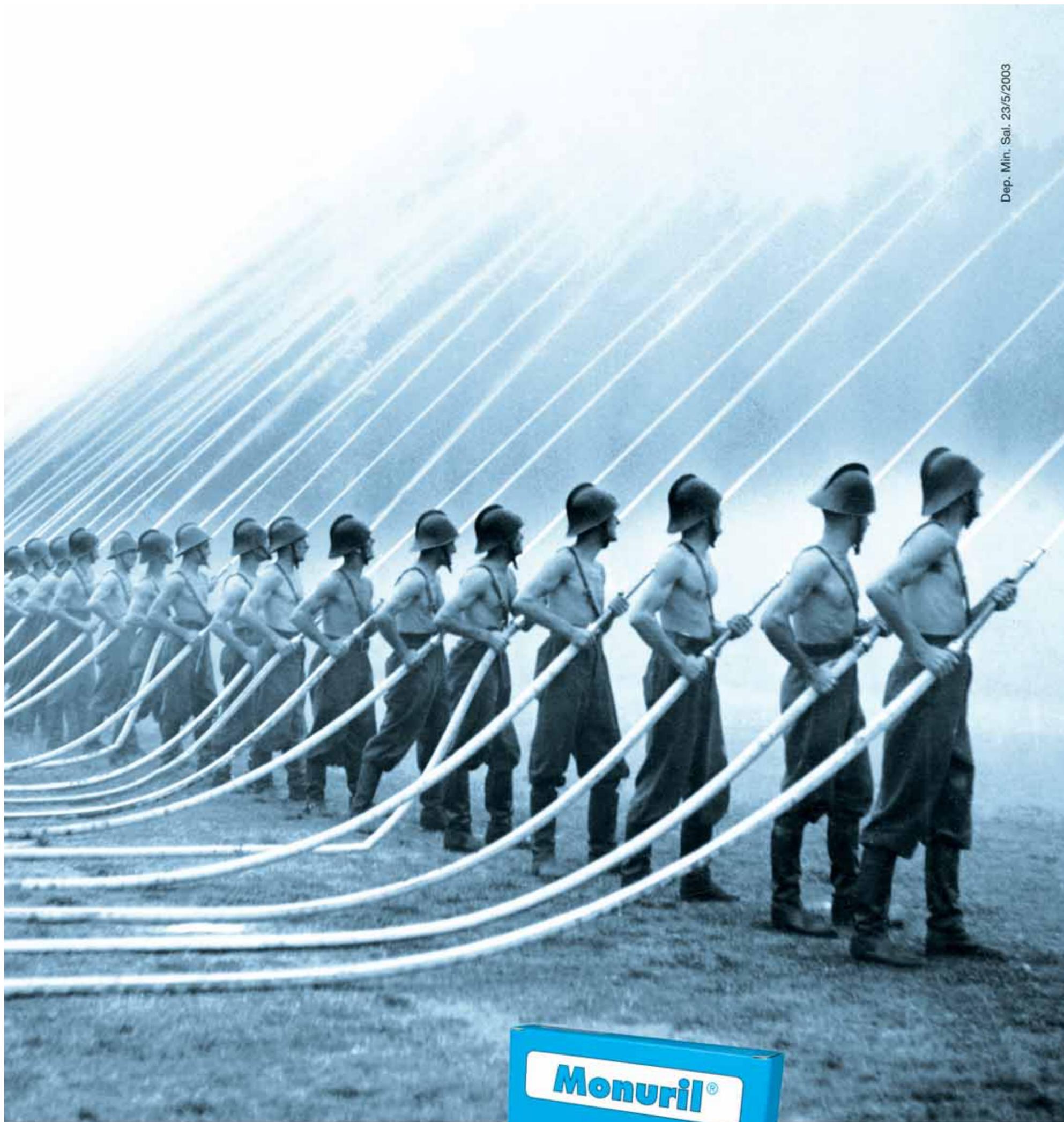
La speciale formulazione con l'impiego di appropriati detergenti al pH fisiologico della cute e la presenza dell'acido lattico assicurano ad Euclointima un'azione rinfrescante e deodorante duratura.

PROTETTIVA

La presenza dell'acido lattico consolida le capacità di difesa delle mucose e dell'epidermide aiutando a mantenere la loro acidità fisiologica.



THE IMAGE OF INNOVATION



Monuril®

J01XX

Fosfomicina trometamolo




Zambon Italia