



**BEATRICE LORENZIN
È IL NUOVO MINISTRO DELLA SALUTE**

“Serve una nuova riforma della sanità”

■ SIGO 2013

“A Napoli, per dare più forza e visibilità alla ginecologia italiana”. L'invito del presidente Aogoi alla più ampia partecipazione al congresso nazionale di ottobre

■ FONDO PATRIMONIALE

È uno strumento giuridico adatto a proteggere il patrimonio del medico qualora venga condannato al risarcimento del danno per responsabilità professionale?

■ VIOLENZA SULLE DONNE

Affinare le nostre sensibilità e competenze per favorire l'emersione e il contrasto di questo drammatico fenomeno. L'impegno dei ginecologi italiani



levofolene[®]

Calcio Levofolinato Pentaidrato



ALFA WASSERMANN



Sigo 2013

13



Vito Trojano

Il congresso di Napoli sarà anche un momento di bilanci in quanto verranno rinnovate le cariche sociali, e sia l'Aogoi che la Sigo eleggeranno un nuovo presidente e un nuovo Direttivo

PRIMO PIANO

- 4 **“Il modello organizzativo e strutturale del Ssn va rivisto. Ma basta tagli alla sanità”**
Sintesi dell'intervento del neoministro della Salute Beatrice Lorenzin al Congresso nazionale della Cisl Medici
- 7 **I nuovi componenti delle Commissioni sanità di Camera e Senato**
- 8 **Ferite e infezioni in ospedale. Da maggio operativa direttiva Ue**
- 9 **Ospedali: poca attenzione alle raccomandazioni e ai protocolli assistenziali**
Nuovo Rapporto sugli eventi sentinella
- 11 **Le nuove regole per il test di ammissione a Medicina**
- 11 **Ocse: le prime Linee guida per la valutazione del “benessere soggettivo” dei cittadini**
- 17 **Si può separare la Direzione clinica da quella gestionale?**
Carmine Gigli
- 18 **Responsabilità professionale: il caso della contraccezione d'emergenza**
Francesco Scaglione, Vania Cirese
- 22 **Carcinoma ovarico: dalla genetica alla pratica clinica**
XXI Riunione Nazionale del Gruppo Cooperativo MITO
- 23 **Un punto di osservazione privilegiato per l'emersione e il contrasto della violenza sulle donne**
Valeria Dubini
- 24 **E se si iniziasse a lavorare a 40-50 anni?**
Carlo Sbiroli
- 25 **I giovani e la salute sessuale e riproduttiva: il nuovo progetto formativo dell'AIO**
- 26 **E la corsia diventa galleria d'arte**

SIGO 2013

- 13 **A Napoli, per dare più forza e visibilità alla ginecologia italiana**
Vito Trojano, Presidente Aogoi

Rilanciare la Ginecologia italiana verso nuove prospettive di crescita
Nicola Surico, Presidente Sigo

PROFESSIONE

- 14 **Fondo patrimoniale: uno strumento adatto a proteggere il proprio patrimonio?**
Francesca Seralvo, Andrea Raffaelli
- 16 **Verso una disciplina della responsabilità professionale di stampo europeo**
Presentato all'europarlamentare Andrea Cozzolino il progetto Aogoi di una “task force europea” sulla responsabilità medica

RUBRICHE

- 27 **Meditazioni**
Giuseppe Gragnaniello
- 27 **Libri**
Carlo Sbiroli
- 29 **Fatti&Disfatti**
Carlo Maria Stigliano

Comitato Scientifico

Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Felice Repetti
Carlo Sbiroli
Carlo Maria Stigliano
Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoaogoi@hcom.it
Pubblicità
Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461, Fax 06 59446228

Editore

Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228

Ufficio grafico

Daniele Lucia
Barbara Rizzuti

Stampa

Union Printing
Viterbo

Abbonamenti

Annuo: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa - Spedizione in
abbonamento postale - D.L. 353/03
(Conv. L. 46/04) Art. 1, Comma 1

Roma/Aut. n. 48/2008

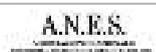
Finito di stampare: maggio 2013
Tiratura 8.000 copie. Costo a copia: 4 euro

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

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Beatrice Lorenzin,
nuovo ministro della Salute

Lorenzin

“Il modello organizzativo e strutturale del Ssn va rivisto. Ma basta tagli alla sanità”

di Luciano Fassari

L’impegno comune deve essere quello di riformare il sistema” perché ormai in virtù della “riforma del titolo V, dei cambiamenti sociali e demografici, dell’evoluzione scientifica e tecnologica della scienza medica, l’invecchiamento della popolazione e delle cronicità, l’evidente necessità di un contenimento della spesa sanitaria, rendono non più procrastinabile ripensare il nuovo modello organizzativo e strutturale del Ssn”. Non c’è che dire, la neo Ministra della

L’intervento al Congresso nazionale della Cisl Medici. “Basta a competizione tra Regioni, il modello Italia deve competere con l’Europa”. Ma “ulteriori riduzioni di risorse alla sanità non appaiono compatibili”. Sì alla proroga dell’intramoenia. Spinta alla riforma delle cure primarie e nodo ticket.

Salute Beatrice Lorenzin nel corso del suo primo intervento pubblico nel corso del III congresso nazionale della Cisl medici, ha subito mostrato la volontà di non voler essere un ministro dello sta-

tus quo. Un progetto, quello di riforma del Ssn, non certo nuovo e richiesto ormai da molti addetti ai lavori dopo dieci anni e rotti di regionalismo sanitario, ma per la Lorenzin fino ad oggi

“non abbiamo avuto ancora il coraggio di modificare radicalmente il nostro modello di assistenza”. Un messaggio forte che parte dal paradigma che “non è più possibile pensare ad un model-

lo orientato a rendere competitivi tra loro i singoli sistemi regionali, ma dobbiamo preoccuparci di rendere competitivo il modello italiano in Europa”. E il riferimento in questo caso è al-

Tutti i nodi per il neo ministro

Dal ticket ai nuovi Lea

Prima di tutto la spesa sanitaria da tenere sotto controllo. Poi la partita con le Regioni (Patto salute, Lea, ecc.). E ancora i contratti e le convenzioni con il personale e le farmacie.

Non c'è dubbio che al primo posto delle preoccupazioni del neo ministro Beatrice Lorenzin vi sarà la questione economica. E sì, perché nonostante la sanità italiana abbia ormai raggiunto livelli di spesa inferiori alla maggior parte dei suoi partner europei (- 34% nei confronti dell'Europa a dieci), è inutile nascondersi dietro questo dato. Se l'aria che tira è quella che, dal premier Letta al neo ministro dell'Economia Saccomanni, passando per gran parte dell'Esecutivo, sembra confermarsi in un "taglio obbligatorio" alla spesa pubblica per recuperare risorse per il rilancio dell'economia, è fuor di dubbio che, poca o tanta che sia, la spesa sanitaria rischia di entrare nel tritacarne dei tagli.

Se poi aggiungiamo che bisognerà trovare subito le

coperture per la riforma dell'Imu (non sappiamo ancora in che misura ma un intervento è certo) si capisce bene che, solo per fare un esempio, appare molto in salita la strada di un "congelamento" definitivo dei **nuovi ticket sanitari** (2 miliardi dal gennaio 2014) per ora fermi per lo stop alle modalità di applicazione imposto dalla sentenza della Corte Costituzionale del 16 luglio scorso ma che ci vorrebbe ben poco per riattivare. Anche se il Ministro ha annunciato che i 2 miliardi di ticket per il 2014 saranno coperti nella legge di bilancio.

Quindi la prima grana per Lorenzin sarà fare i conti con tutto ciò, partendo comunque da un taglio attorno ai **30 miliardi di euro fino al 2015**, operato già dal combinato disposto delle manovre Tremonti-Monti, e contro il quale le Regioni, tutte, si sono sempre dichiarate ostili tanto da bloccare il rinnovo del Patto per la salute e qualsiasi altro accordo importante in materia sanitaria tra Governo e Regioni.

In questo scenario si aggira poi il fantasma dei **nuovi Livelli di assistenza** ancora una volta bloccati dall'Economia per incertezza sui saldi derivanti dall'aggiustamento del paniere del Ssn messo a punto da Balduzzi a fine anno ma non ancora licenziato da via XX Settembre. E poi gli **standard ospedalieri**, che dovrebbero regolare il taglio dei posti letto per portare l'indice al 3,7 per mille abitanti come stabilito dalla Spending Review montiana, introducendo anche

► **Segue a pagina 7**

Chi è Beatrice Lorenzin il nuovo ministro della Salute

Romana, 42 anni, è con Berlusconi dal 1996 quando aderì al movimento giovanile di Forza Italia. In Parlamento dal 2008 è stata membro della Commissione Affari Costituzionali.

Beatrice Lorenzin è la quinta "ministra" della Salute dopo Tina Anselmi, Maria Pia Garavaglia, Rosy Bindi e Livia Turco. Ha iniziato la sua attività politica aderendo al movimento giovanile di Forza Italia nel Lazio nel 1996.

Nell'ottobre 1997 viene eletta nella lista di Forza Italia, al Consiglio del XIII Municipio di Roma. Nell'aprile 1999 è Coordinatore Regionale del Lazio del movimento giovanile di Forza Italia. Nel maggio 2001 è eletta Consigliere comunale di Roma. Unica donna nella coalizione di centrodestra, è Vicepresidente della commissione Donne Elette e Vicepresidente del Gruppo consiliare di Forza Italia. Tra la fine del 2004 e la metà del 2006 è Capo della Segreteria Tecnica di Paolo Bonaiuti, Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri per l'informazione e l'editoria nel governo Berlusconi. Nel maggio del 2005 è nominata Coordinatore Regionale di Forza Italia per il Lazio. Dal settembre 2006 al marzo 2008 ha ricoperto il ruolo di Coordinatore Nazionale di Forza Italia - Giovani per la Libertà. Eletta alla Camera dei Deputati nelle elezioni politiche del 2008 nella lista PdL, per la XVI Legislatura. Membro del Consiglio Direttivo del gruppo PdL alla Camera e della commissione Affari Costituzionali della Camera, della Commissione Bicamerale per l'Attuazione del Federalismo Fiscale, della Commissione Parlamentare per l'Infanzia. Nel 2013 è inizialmente candidata alla presidenza della Regione Lazio, ma lascia in seguito il posto a Francesco Storace, già presidente della Regione Lazio dal 2000 al 2005. Alle elezioni politiche del 24-25 febbraio 2013 viene riconfermata deputata alla Camera dei Deputati nelle liste del PdL.

Chi è Paolo Fadda, sottosegretario alla Salute

Sottosegretario alla Salute è stato insediato Paolo Fadda (Pd). Nato a Villa San Pietro, in provincia di Cagliari, il 26 giugno 1950, Fadda ha ricoperto, tra i vari incarichi, quello di presidente della USL 20 di Cagliari, dal 1982 al 1985, e di assessore regionale all'Igiene e Sanità e all'Assistenza Sociale dal 1995 al 1999. Dal 1999 al 2004 è stato capogruppo Ppi e poi della Margherita, vice-presidente del Consiglio regionale, dal 2004 al 2006, e successivamente segretario della Commissione attività produttive.



Fesmed a Lorenzin: "Sicurezza punti nascita e contenzioso medico siano in cima all'agenda"

■ Il presidente della Federazione **Carmine Gigli** in una lettera inviata al neo ministro della Salute chiede che i due temi, su cui la Fesmed ha anche proclamato uno sciopero lo scorso 12 febbraio, siano posti tra le priorità del nuovo Ministro.

La Fesmed scrive al neo ministro della Salute Beatrice Lorenzin e nell'augurale buon lavoro auspica che i temi della messa in sicurezza dei punti nascita e i provvedimenti legislativi necessari per il superamento del contenzioso medico-legale in campo sanitario siano posti in cima all'agenda del neo Ministro. Temi caldi su cui la Fesmed ha proclamato lo sciopero del 12 febbraio a cui hanno aderito tutte le associazioni della ginecologia e molte altre sigle professionali.

"Le offro sin da ora la massima collaborazione della Fesmed - scrive il presidente Carmine Gigli - e delle società scientifiche

ad essa collegate, per cercare la soluzione a questi scottanti problemi, che spero vorrà mettere ai primi posti della sua agenda".



la direttiva Ue sull'assistenza transfrontaliera. Ma nell'attesa di scoprire se al coraggio delle parole corrispondano i fatti, la neo Ministra non si è limitata alle strategie organizzative, anzi è entrata nello 'specifico' su molte tematiche stringenti che riguardano da vicino la sanità e chi vi lavora. Così ha subito scacciato l'ombra di nuovi tagli: "Alla luce dei dati e delle osservazioni che in questi giorni sto raccogliendo dalle direzioni ministeriali competenti e dagli operatori, ulteriori riduzioni di risorse alla sanità non appaiono compatibili". L'auspicio è piuttosto quello di "avviare un metodo più proficuo per concordare preventivamente con le Regioni una modalità di risparmio che tenga conto delle differenti capacità

organizzative e culturali e degli sforzi e dei successi già ottenuti negli anni dalle singole realtà regionali".

Sul tema delle risorse la Lorenzin, rispondendo a una nostra specifica domanda sui nuovi ticket che incombono per il 2014, ha ribadito l'intento di mettere mano alla questione sulla quale il Governo è molto sensibile tanto che ci sarà un "titolo" a parte, ma non ha voluto dire di più. Ma come dicevamo la Ministra è andata oltre, affrontando il tema dell'intramoenia su cui ha affermato di essere favorevole ad un proroga di sei mesi dell'avvio del sistema disegnato dal suo predecessore. Altro tema caldo toccato da Lorenzin è stato

► **Segue a pagina 7**



Bio-Oil® è l'olio dermatologico che aiuta a migliorare visibilmente cicatrici, smagliature e a uniformare il colorito della pelle in caso di discromie. Bio-Oil® è a base di oli naturali, vitamine e contiene l'innovativo ingrediente PurCellin Oil™. Per informazioni dettagliate sul prodotto e i risultati dei test clinici, visiti il sito www.bio-oil.com o contatti Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722. Bio-Oil® è il prodotto specializzato nel trattamento di cicatrici e smagliature **N° 1** in 11 paesi nel mondo*. €11,95 (60 ml).

► Segue da pagina 5

anche quello delle cure primarie (il 10 maggio è scaduto il termine entro cui Regioni e Sindacati medici avrebbero dovuto implementare le nuove norme della Legge Balduzzi nelle convenzioni. Da dopo quella data, la norma prevede che sia il Ministro della Salute di concerto con l'Economia e dopo aver sentito le Regioni e i sindacati ad emanare un decreto ad hoc). Ebbene la Ministra ha rimarcato come prima di "giungere all'adozione di interventi sostitutivi, occorra compiere ogni sforzo per favorire l'apertura delle trattative". Altro tema su cui sarà impegnata la nuova inquilina di Lungotevere Ripa sarà poi quello della responsabilità professionale. "Le novità introdotte recentemente non risolvono il problema, tuttavia attuarle rapidamente con l'approvazione del regolamento sulla copertura assicurativa significa dare risposte concrete e preparare la strada per possibili futuri interventi". Un particolare focus è stato poi dedicato ad alcuni temi specifici che riguardano i sanitari e in particolare a giovani. Il primo aspetto riguarda il precariato: "Nel 2011 i dati parlano di 35.200 precari nel Ssn, di cui circa 7.000 medici e 11.000 infermieri. Nel 2012 la legge 189/2012 ha eliminato per il personale sanitario la durata massima dei tre anni e il vincolo di unicità della proroga. È un primo passo ma l'obiettivo rimane il superamento del pre-

cariato". Ma il ministro è entrato ancora più addentro alla questione ricordando come già nella scorsa legislatura si era aperto un confronto sul tema con i sindacati. Ed è da qui che per la Lorenzin bisogna ripartire: regolazione dei professionisti assunti a tempo determinato; superamento delle assunzioni a tempo determinato e introduzione delle norme sugli standard minimi delle strutture sanitarie. Sulla questione precari incide parecchio il blocco del turn over nelle Regioni in Piano di rientro. Sul punto la Lorenzin ha evidenziato come il Ministero "giocherà fino in fondo il suo ruolo affiancante per supportare un percorso virtuoso delle politiche di assunzione". Ma oltre al problema del lavoro che non si trova, c'è quello della formazione specialistica (anche alla luce della riduzione degli stanziamenti: quest'anno il numero dei contratti di formazione specialistica è sceso da 5 mila a 4500 per il primo anno di corso). "È mia intenzione avviare un confronto costruttivo con il ministero dell'Istruzione, l'Economia e le Regioni per trovare soluzioni idonee ad assicurare un adeguato numero di contratti già a partire dal prossimo anno accademico". Infine la Lorenzin ha delineato il nuovo percorso che deve intraprendere il Ministero della Salute: "Deve riprendere il suo ruolo di garanzia dell'unità del Ssn, per assicurare uguaglianza di trattamento e rispetto del diritto alla salute a tutti i cittadini". **Y**

► Segue da pagina 5

Dal ticket ai nuovi Lea

nuovi criteri di organizzazione e valutazione degli ospedali, anch'essi al palo per il mancato accordo con le Regioni che, se non si risolve la partita economica generale della sanità, non vogliono sentir parlare d'altro, come abbiamo visto. Poi ci sarà da gestire la partita dei **pagamenti dei debiti di Asl e ospedali**, facendo fruttare bene i 14 miliardi messi a disposizione dal decreto Grilli, considerando però che l'ammontare reale di tali debiti sappiamo sfiorare i 40 miliardi, tant'è che Regioni e aziende sanitarie hanno già messo le mani avanti sulla reale portata del provvedimento ai fini del rilancio di questo settore dell'economia. E poi la grande partita, di cui si parla ancora poco, ma che prima o poi dovrà pur avviarsi, del

rinnovo di contratti e convenzioni con i settecentomila operatori del Ssn cui vanno aggiunti tutti gli accordi con gli altri attori del sistema. Prime tra tutti le **farmacie**, in attesa anch'esse della nuova convenzione e soprattutto della riforma del sistema di retribuzione che non dovrebbe più basarsi sulla sola percentuale derivante dalla vendita dei farmaci. E poi per Lorenzin c'è ancora aperta la questione **intramoenia**, sempre in agenda nonostante l'ennesima riforma Balduzzi, insieme a quella, ancor più complessa, della riorganizzazione delle **cure primarie** (anch'essa oggetto di un nuovo intervento del suo predecessore) che deve ancora accendere i motori. Cosa farà Lorenzin? È ovviamente troppo presto per dirlo. Ma è certo che per lei non sarà comunque una passeggiata.

Presidenza Commissioni

Vargiu (Scelta civica) all'Affari Sociali



De Biasi (Pd) all'Igiene e Sanità



Alla Camera, a presiedere la Commissione Affari Sociali sarà Pierpaolo Vargiu, medico, 56 anni di Cagliari.

Vice presidenti, Eugenia Roccella (Pdl) e Daniela Sbrollini (Pd). Segretari Benedetto Francesco Fucci (Pdl) e Silvia Giordano (M5S).

Al Senato sarà invece Emilia Grazia De Biasi, dirigente di partito, 55 anni di San Severo (Fg) a presiedere la Commissione Igiene e Sanità.

Vice presidenti, Maria Rizzotti (Pdl) e Maurizio Romani (M5S). Segretari Manuela Granaiola (Pd) e Serenella Fucksia (M5S).

Camera

I 46 membri della Commissione Affari Sociali

Ecco la lista completa dei membri della XII Commissione Affari Sociali della Camera

Partito Democratico (21)

Amato Maria
Argenti Ileana
Beni Paolo
Biondelli Franca
Bragantini Paola
Burtone Giovanni Maria
Salvino
Capone Salvatore
Carnevali Elena
Casati Ezio Primo
D'Incecco Vittoria
Fossati Filippo
Gelli Federico
Grassi Gero
Iori Vanna
Lenzi Donata
Miotto Anna Margherita
Murer Delia
Patriarca Edoardo
Piccione Teresa
Sbrollini Daniela (Vicepresidente)
Scuvera Chiara

Movimento 5 Stelle (8)

Baroni Massimo Enrico
Cecconi Andrea
Dall'Osso Matteo
Di Vita Giulia
Giordano Silvia (Segretario)

Grillo Giulia
Lorefice Marialucia
Mantero Matteo

Popolo della libertà (7)

Brambilla Michela Vittoria
Calabrò Raffaele
D'Alessandro Luca
Fucci Benedetto Francesco (Segretario)
Marti Roberto
Roccella Eugenia (Vicepresidente)
Savino Elvira

Scelta Civica per l'Italia (4)

Binetti Paola
Gigli Gian Luigi
Monchiero Giovanni
Vargiu Pierpaolo (Presidente)

Sinistra ecologia e libertà (3)

Aiello Ferdinando
Nicchi Marisa
Piazzoni Ileana Cathia

Gruppo misto (2)

Lo Monte Carmelo (Centro democratico)
Borghese Mario (Movimento associativo italiani all'estero)

Lega Nord e Autonomie (1)

Rondini Marco

Senato

I 27 membri della Commissione Igiene e Sanità

Ecco la lista completa dei membri della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato

Partito democratico (9)

Bianco Amedeo
De Biasi Emilia Grazia (Presidente)
Dirindin Nerina
Granaiola Manuela (Segretaria)
Mattesini Donella
Micheloni Claudio
Maturani Giuseppina
Padua Venera
Silvestro Annalisa

Popolo della Libertà (7)

Aiello Piero
Lettieri D'Ambrosio Luigi
D'anna Vincenzo
Scilipoti Domenico
Rizzotti Maria (Vicepresidente)
Viceconte Guido
Zuffada Sante

Movimento 5 stelle (5)

Fattori Elena
Fucksia Serenella (Segretaria)
Romani Maurizio (Vicepresidente)
Simeoni Ivana
Taverna Paola

Scelta civica per l'Italia (2)

De Poli Antonio
Romano Lucio

Lega Nord (1)

Calderoli Roberto

Gruppo autonomie e libertà (1)

Bianconi Laura

Autonomie (1)

Laniece Albert

Gruppo misto (1)

Petraglia Alessia (Sel)

di Laura Berardi

È un problema di cui non si parla molto e sul quale in Italia non esistono ancora dati ufficiali, ma che in Europa sarà presto regolato da una direttiva (la 2010/32/UE), stilata due anni fa e che dovrà essere recepita da ogni Stato membro entro l'11 maggio 2013: si tratta della prevenzione e dell'eliminazione del rischio di infezione per gli operatori sanitari, e l'obiettivo da raggiungere è quello della massima sicurezza possibile dell'ambiente di lavoro, evitando ai lavoratori sanitari ogni possibile esposizione al rischio biologico. In Italia avvengono ogni anno in ambito sanitario ed ospedaliero oltre 130.000 infortuni che comportano un'esposizione al sangue o ad altre sostanze biologiche potenzialmente infette. Circa il 75% di queste ferite è di tipo percutaneo, ovvero si verifica quando l'operatore si ferisce con un tagliente contaminato, ad esempio con un ago, una punta, una lama. Le punture accidentali con aghi utilizzati rappresentano la modalità di esposizione più frequente e pericolosa: sono, infatti, oltre quaranta gli agenti patogeni trasmissibili attraverso il sangue nel corso di una puntura accidentale, tra i quali il virus dell'immunodeficienza umana (HIV), il virus dell'epatite B (HBV) ed il virus dell'epatite C (HCV). Oltre i due terzi degli operatori sanitari esposti sono infermieri (in larga maggioranza donne) seguiti dai medici e da altre categorie professionali. L'obiettivo sicurezza per gli operatori sanitari è difficile ed ambizioso, e può essere raggiunto solo attraverso un'attenta analisi dei rischi, l'introduzione di protocolli operativi più sicuri, l'adozione di dispositivi medici protetti (es. aghi e siringhe con dispositivi di sicurezza anti-puntura), la formazione e sensibilizzazione degli operatori esposti, il monitoraggio continuo dei processi, la messa in opera di un sistema di controllo capillare che non rinunci a sanzionare il mancato rispetto delle regole.

Abbiamo chiesto a **Vincenzo Puro** dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma, di parlarci di questo problema, anche come membro del Gruppo di Studio PHASE (People for Healthcare Administration, Safety and Efficiency), team interdisciplinare a carattere culturale composto e rappresentato da professionisti del mondo sanitario, istituzionale, universitario, giuridico ed industriale, che

Ferite e infezioni in ospedale

Da maggio operativa direttiva Ue

è stato costituito nell'aprile del 1999 proprio con l'intento di rendere disponibili uno spazio e un tempo di confronto dedicato alle tematiche della sicurezza in ambito sanitario.

Cosa prevede la Direttiva 2010/32/UE del Consiglio dell'Unione Europea?

La Direttiva definisce una strategia globale di prevenzione delle esposizioni occupazionali in ambito sanitario soprattutto da puntura con ago o lesione da tagliente, che tenga conto della tecnologia, dell'organizzazione del lavoro, delle condizioni di lavoro, dei fattori psico-sociali legati all'esercizio della professione e dell'influenza dei fattori legati all'ambiente di lavoro. Individua anche gli strumenti necessari per il raggiungimento di questo obiettivo, tra i quali la valutazione dei rischi; l'informazione, la sensibilizzazione e la formazione dei lavoratori, la definizione ed attuazione di procedure di utilizzo e di eliminazione sicure, la soppressione dell'uso non necessario di aghi e altri taglienti e la fornitura di dispositivi medici incorporanti meccanismi di protezione. Appare evidente come sostanzialmente il Legislatore europeo abbia ritenuto necessario mettere sotto una potente lente di ingrandimento quanto in realtà già contenuto in generale nei precedenti disposti comunitari in tema di sicurezza sul lavoro, focalizzandolo sulla prevenzione degli infortuni dovuti a dispositivi medici (aghi, bisturi ecc). In particolare, la vera "novità", è il chiaro riferimento ai dispositivi medici incorporanti meccanismi di prevenzione quali componenti del-

In Italia avvengono ogni anno in ambito sanitario e ospedaliero oltre 130.000 infortuni. L'obiettivo ambizioso è quello della massima sicurezza dell'ambiente di lavoro per mettere al riparo gli operatori sanitari da ogni possibile esposizione al rischio biologico. Ne abbiamo parlato con Vincenzo Puro dell'ospedale Spallanzani di Roma e membro del Gruppo di Studio PHASE

la strategia globale.

Cosa prevede la legislazione italiana a riguardo?

In Italia il citato Decreto Legislativo 81/2008 già prevede quanto la Direttiva mette maggiormente a fuoco. Nell'Articolo 15 individua tra le Misure generali di tutela "l'eliminazione dei rischi e, ove ciò non sia possibile, la loro riduzione al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico" e la "sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è, o è meno pericoloso"; nell'Articolo 272 richiede che

"in tutte le attività per le quali la valutazione evidenzia rischi per la salute dei lavoratori il datore di lavoro attua misure tecniche, organizzative e procedurali, per evitare ogni esposizione

Oltre i due terzi degli operatori sanitari esposti sono infermieri (in larga maggioranza donne) seguiti dai medici e da altre categorie professionali.

ne degli stessi ad agenti biologici" ed in particolare "progetta adeguatamente i processi lavorativi, anche attraverso l'uso di dispositivi di sicurezza atti a proteggere dall'esposizione accidentale ad agenti biologici". È in ottemperanza a questi disposti di legge che anche in Italia diverse strutture sanitarie, essenzialmente pubbliche, hanno già introdotto questi dispositivi "in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico" completando la loro strategia preventiva. Stando ai dati dell'industria manifatturiera, ad oggi, in Italia, circa il 40% dei prelievi venosi, il 20% dei prelievi arteriosi e il 25% dei posizionamenti di cateteri endovenosi sono eseguiti utilizzando aghi e dispositivi di sicurezza. Le organizzazioni sanitarie (ospedali, laboratori, ambulatori, ecc.), soprattutto del Ssn pubblico, che hanno adottato questi presidi ed introdotto pratiche operative più sicure, hanno mediamente ridotto le punture accidentali di oltre l'80%. In molte altre però si è ancora molto indietro.

Si può essere fiduciosi rispetto all'applicazione della Direttiva 2010/32/UE del Consiglio dell'Unione Europea? Questo è un aspetto importante. Sono fiducioso che i conte-



Nuovo rapporto sugli eventi sentinella

Ospedali: poca attenzione alle raccomandazioni e ai protocolli assistenziali

Il ministero della Salute ha pubblicato un nuovo rapporto sugli eventi sentinella, ossia quegli eventi avversi, particolarmente gravi, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente. Nel periodo considerato (settembre 2005 - dicembre 2011) sono pervenute 1723 segnalazioni, di cui 1442 valide ai fini della produzione della reportistica.

La "Morte o grave danno per caduta di paziente", con 321 segnalazioni, rappresenta l'evento più frequentemente segnalato, con una percentuale di casi pari al 22,3% rispetto al totale degli eventi sentinella.

La seconda categoria per numerosità di segnalazioni (226 eventi, corrispondenti al 15,67% del totale) è rappresentata dall'evento "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale". L'evento "ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente" rappresenta la terza categoria segnalata con 207 segnalazioni pari al 14,36%.

Il tasso di mortalità tra tutti gli eventi segnalati, è del 36,8%. Nel 14,4% è stato riscontrato un trauma maggiore conseguente alla caduta di paziente e nel 10,3% è stato necessario un reintervento chirurgico.

Il 38,4% degli eventi sono accaduti nel reparto di degenza, mentre il 19,6% si è verificato in sala operatoria e le discipline maggiormente interessate sono

Publicato il nuovo rapporto del ministero sugli eventi avversi in ospedale potenzialmente evitabili. Segnalati 1723 episodi. Cadute e tentati suicidi al top tra gli "eventi sentinella". Il 38,4% degli eventi durante la degenza e il 19,6% in sala operatoria. E nel 36,8% dei casi il paziente è deceduto. Colpa della poca attenzione alle raccomandazioni e ai protocolli assistenziali

Medicina Generale, Ostetricia e ginecologia, Chirurgia generale, Psichiatria e Ortopedia e traumatologia. Riguardo al numero di segnalazioni il ministero evidenzia un sostanziale equilibrio per gli anni 2010 e 2011 (407 segnalazioni nel 2010 e 370 nel 2011) mentre si osserva un aumento rispetto al 2009 (280 segnalazioni); ciò potrebbe essere in relazione alla emanazione del Decreto dell'11 dicembre 2009, che istituisce il sistema informativo per il monitoraggio degli Eventi sentinella - Simes. Nonostante i buoni risultati raggiunti, tuttavia, la sottosegnalazione rimane un problema rilevante, evidenziando che le motivazioni culturali e organizzative alla base del fenomeno sono ancora forti e diffuse.

Il rapporto sottolinea anche l'estrema variabilità del numero e tipologia delle segnalazioni tra le diverse Regioni/P.A. così come tra le diverse strutture sanitarie; in molti casi si registra la totale assenza di segnalazione, mentre alcune realtà sanitarie, si caratterizzano per una attenzione mirata solo a specifici eventi sentinella (es. suicidio, cadute, atti di violenza a danno di

operatore). Gli eventi non ascrivibili alle categorie predefinite risultano pari al 14,36%, con il miglioramento di un punto percentuale rispetto al precedente rapporto in cui "Altro" rappresentava il 15,4%, ma tuttavia rimane ancora un dato significativamente elevato. Il 68,93% (994/1442) degli eventi sono stati analizzati attraverso le metodologie indicate nel protocollo, con un miglioramento del 9,73% rispetto al precedente rapporto. Nel 62,76% dei casi è stato individuato un piano di azione per prevenire il ripetersi dell'evento, mentre nel precedente rapporto di monitoraggio la percentuale era del 55,1%.

In continuità con il precedente rapporto, c'è una elevata frequenza, tra i fattori contribuenti, della "mancanza, inadeguatezza ed inosservanza di Linee guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure", da cui deriva l'esigenza di rendere disponibile sul proprio sito web una sezione dedicata dove possono essere reperite le raccomandazioni già elaborate sulla base delle criticità emerse e delle esperienze internazionali. **Y**

Tipologia di eventi sentinella segnalati (settembre 2005 - dicembre 2011)

| | N° | % |
|---|-------------|------------|
| Morte o grave danno per caduta di paziente | 321 | 22,26 |
| Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale | 226 | 15,67 |
| Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente | 207 | 14,36 |
| Atti di violenza a danno di operatore | 130 | 9,02 |
| Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure | 125 | 8,67 |
| Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico | 101 | 7 |
| Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita | 69 | 4,79 |
| Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica | 58 | 4,02 |
| Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO | 57 | 3,95 |
| Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto | 42 | 2,91 |
| Errata procedura su paziente corretto | 26 | 1,8 |
| Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso | 22 | 1,53 |
| Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte) | 22 | 1,53 |
| Procedura in paziente sbagliato | 13 | 0,9 |
| Porte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di Trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) | 12 | 0,83 |
| Violenza su paziente in ospedale | 11 | 0,76 |
| Totale eventi | 1442 | 100 |

Frequenza degli eventi sentinella: le prime 5 discipline/aree di assistenza maggiormente interessate

| | N° | % |
|---------------------------|-----|------|
| Medicina generale | 187 | 13 |
| Ostetricia e ginecologia | 162 | 11,2 |
| Chirurgia generale | 158 | 11 |
| Psichiatria | 113 | 7,84 |
| Ortopedia e traumatologia | 91 | 6,31 |

nuti della Direttiva siano totalmente e chiaramente recepiti dalla nostra legislazione in continuità con quella già esistente. Il percorso successivo, cioè quello della applicazione dovrà però essere governato con attenzione. È inutile nascondere che uno dei principali motivi di discussione sull'introduzione dei dispositivi incorporanti meccanismi di sicurezza è considerato l'impatto sul budget che essa potrebbe comportare, argomento indubbiamente rilevante nell'attuale situazione economica. Senza trascurare i risvolti umani, si deve però tener conto anche dei costi (gestionali, assicurativi, risarcitori, ecc.) degli infortuni stessi. Alcune analisi di costo efficacia suggeriscono che il costo di un intervento efficace mirato alla riduzione degli infortuni e delle infezioni che ne possono derivare rientra nella media di altre iniziative in ambito sanitario. Inoltre, con la promulgazione della Direttiva 2010/32/EU e l'implementazione dell'uso obbligatorio di questi dispositivi nei 27 Paesi dell'Unione Europea, il costo dei dispositivi sul mercato è destinato a diminuire progressivamente. Oltre al problema dei costi, potrebbero sussistere problemi nella scelta del dispositivo adatto e della strategia migliore da adottare per la sua implementazione in uso. Per quanto riguarda il primo punto è assolutamente essenziale che la definizione di "dispositivo incorporante meccanismi di protezione" non si presti ad ambiguità e che siano acquisite ulteriori evidenze sulla efficacia dei dispositivi disponibili sul mercato.

Quali sono le misure da intraprendere dal punto di vista dell'informazione/comunicazione?

Se si vuole che i contenuti della Direttiva rappresentino un nuovo impulso ad una più decisa e completa azione di prevenzione nelle strutture sanitarie, che trascini anche quelle strutture che sono tuttora molto indietro, essi andranno divulgati e supportati da un adeguato programma di implementazione. Il target dovrà essere ampio e comprendere tutti gli attori di un tale processo dai Direttori Generali, i policy maker delle aziende sanitarie, ai lavoratori direttamente coinvolti. Un'opportunità in tal senso è rappresentata dalla formazione obbligatoria prevista anche in questo campo dal Decreto Legislati-

vo 81/2008 ed in particolare da quella normata dai recenti accordi della Conferenza Stato Regioni sulla formazione inerente la sicurezza del dicembre 2011. Il processo di trasposizione in legge nazionale è stato avviato e credo, o almeno spero, che sarà portato a compimento in breve tempo, qualsiasi sia la modalità che sarà scelta per il recepimento. Nel nostro Istituto, in collaborazione con Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive dell'Università La Sapienza di Roma e con il finanziamento del Ministero della Salute per la Ricerca Finalizzata, abbiamo avviato un progetto che intende valutare le implicazioni cliniche (efficacia, indicazioni d'uso), economiche, organizzative, etiche, giuridiche, sociali e culturali dell'implementazione dei dispositivi di sicurezza in Italia, usando la metodologia della Valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment, HTA) e fornire una valutazione globale di impatto i cui risultati possano essere usati per implementare la Direttiva Europea nella sanità italiana, così come in altri Paesi membri.

Di tutto questo si è discusso anche a luglio scorso alla Conferenza "Il Diritto alla sicurezza: prevenzione, protezione ed eliminazione del rischio di infezione per gli operatori sanitari", tenutasi a Roma alla presenza di numerosi esperti del settore che hanno riassunto in un documento congiunto le loro autorevoli raccomandazioni per un rapido recepimento ed un'efficace attuazione della direttiva 2010/32/UE nel nostro Paese (Position paper: prevenzione dell'esposizione occupazionale al rischio biologico derivante da lesione percutanea accidentale - puntura, ferita, taglio - nel settore ospedaliero e sanitario). Il Gruppo PHASE ha collaborato alla Conferenza e contribuito a stilare il Position Paper, ha invitato i dirigenti ospedalieri ad essere consapevoli delle responsabilità che avranno con l'implementazione della direttiva europea 2010/32 ed iniziare ad attuare un piano di gestione e pianificazione delle strutture sanitarie, valutando i benefici dei dispositivi di sicurezza (conosciuti come Needlesticks Prevention Devices o NPDs) atti a prevenire le punture accidentali. **Y**

Ferroguna



Documentata efficacia nelle carenze di ferro in gravidanza*

* Studio clinico multicentrico, aperto, randomizzato,
controllato a gruppi paralleli, condotto per 12 settimane su 49 pazienti
- A. Roncuzy et Al. "Efficacia e tollerabilità di Ferroguna versus ferro solfato nel trattamento
dell'anemia sideropenica in gravidanza: studio controllato di non inferiorità".
Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia Vol.XXXIV - n.6 Novembre-Dicembre 2012

- **aumento della concentrazione di emoglobina**
- **aumento della ferritina e sideremia**
- **elevata tollerabilità e sicurezza**



Confezione
da 28 bustine.



**1 bustina fornisce,
Ferro Fumarato,
polpa del frutto del Baobab,
Rame e Vitamina C**

il nostro laboratorio è a
Impatto Zero®

GUNA S.p.a. aderisce al progetto
Impatto Zero® di LifeGate.
Compensate le emissioni di CO₂
con la creazione di nuove foreste.



GUNA S.p.a.

Via Palmanova 71 - 20132 Milano



AZIENDA CON SISTEMA
DI GESTIONE QUALITÀ
UNI EN ISO 9001:2008
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

Università

Le nuove regole per il test di ammissione a Medicina

Il ministero dell'Istruzione ha pubblicato il decreto che stabilisce le nuove modalità con le quali si svolgeranno i test di ammissione alle facoltà a numero chiuso programmate a livello nazionale: Medicina, Odontoiatria, Veterinaria, Architettura e alle Professioni sanitarie. Diverse le novità introdotte, dal 'peso' del voto del diploma alle domande del test di ammissione, fino all'istituzione di una graduatoria nazionale. La prova di ammissione ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia e in odontoiatria e protesi dentaria consisterà nella soluzione di 60 quesiti che presentano cinque opzioni di risposta così suddivisi per argomento: cinque (5) quesiti per l'argomento di cultura generale, venticinque (25) di ragionamento logico, quattordici (14) di biologia, otto (8) di chimica e otto (8) di fisica e matematica. Diminuisce dunque il numero complessivo che fino ad oggi era fissato in 80 domande. Ma diminui-

Il voto del diploma contribuirà alla valutazione per le facoltà a numero chiuso e occorrerà conseguirlo con un voto di almeno 80/100. Le domande del test scenderanno da 80 a 60, ma diminuirà anche il tempo a disposizione: 90 minuti invece di 120. Al via anche una graduatoria nazionale



I posti per Medicina e chirurgia sono in leggero calo: 152 in meno rispetto ai 10.173 dello scorso anno

sce anche contestualmente il tempo a disposizione per la risoluzione dei quesiti: non più 120 minuti ma 90. Cambiano anche le modalità di valutazione delle domande: le risposte corrette varranno 1,5 punti e per ogni risposta errata è prevista una penalizzazione di 0,4 punti. L'anno scorso, ogni risposta corretta valeva un punto e ogni risposta errata -0,25. Da quest'anno poi, il voto del diploma contribuirà alla valutazione del test di ingresso alle facoltà a numero chiuso nazionale. Il voto avrà un peso non su-

periore al 10%, ma occorrerà conseguire la maturità con almeno 80/100. Per l'assegnazione di un punteggio che varierà tra 4 e 10 punti, il Ministero si è affidato alla statistica: l'assegnazione di 4,6,8 o 10 punti sarà legata ai percentili relativi ai voti di diploma

del singolo istituto conseguiti dagli studenti nel corso del 2011/2012. Per comprendere la corrispondenza, diversa da istituto a istituto, tra voto del diploma e bonus aggiuntivo (4,6,8 o 10 punti) sul test di ammissione all'università occorrerà aspettare che il ministero pubblichi sul proprio sito i relativi punteggi. Il tutto, entro il 31 maggio. Alle domande del test di ammissione saranno invece riservati al massimo 90 punti. Il punteggio finale per l'ammissione a Medicina e alle altre facoltà a numero chiuso si otterrà dalla somma del punteggio conseguito nel test e dall'eventuale punteggio aggiuntivo legato al diploma. Come prima accennato, il ministero ha inoltre optato per la graduatoria nazionale, che evita sperequazioni tra ateneo e ateneo. Se uno studente non rientra nel numero dei posti previsto per l'ateneo in cui sostiene l'esame, ma col suo punteggio rientra nel numero dei posti totali a livello nazionale, si 'prenota' per un posto in un altro ateneo. Infine, i posti per Medicina e chirurgia sono in leggero calo: 152 in meno rispetto ai 10.173 dello scorso anno. Meno posti anche per gli aspiranti veterinari, che dovranno spartirsi 825 posti. In leggero aumento (23 in più), invece, i posti per Odontoiatria: 954 in totale. **Y**

Ocse

Le prime Linee guida per la valutazione del "benessere soggettivo" dei cittadini

Per poter comprendere se la popolazione "sta bene" ed eventualmente migliorare il benessere dei cittadini, governi e policy maker devono avere dei dati solidi da cui partire. Per questo l'Ocse ha pubblicato in questi giorni le prime Linee guida per misurare il benessere soggettivo all'interno di una nazione, che permetteranno di valutare se e quanto i cittadini di ogni paese ritengono di condurre una vita "soddisfatta".

Il documento prodotto è una sorta di canovaccio per esperti e ricercatori, ed è stato sviluppato all'interno dell'iniziativa "Better Life" dell'Ocse, un progetto lanciato nel 2011 allo scopo di misurare il progresso della società non con la semplice fotografia dell'economia, ma con undici diversi indicatori che spaziano dal reddito all'occupazione, dalla salute al diritto all'abitare, dall'impegno civico all'ambiente. In questo quadro ha

Misurare il benessere: questa la sfida. E per vincerla ecco le indicazioni su come raccogliere i dati sulla percezione del benessere individuale. Non una misura della "felicità", ma un tentativo di prendere in considerazione tutti i fattori che fanno dire a ognuno di noi di essere soddisfatto o meno della propria vita

rilievo anche proprio il benessere soggettivo, ovvero quello che ogni persona percepisce di provare nella propria vita. Un obiettivo che è già condiviso dall'Italia, che all'interno delle Indagini Multiscopo redatte dall'Istat ha già inserito la "soddisfazione per la propria vita" come indicatore fondamentale per valutare la società.

Naturalmente, specificano dall'Ocse, non si tratta di un tentativo di misurare la "felicità" della popolazione, ma lo slancio in questa direzione racchiude la necessità di inserire nella valutazione e nella messa in atto di strategie politiche a lungo termine per la crescita di ogni paese anche aspetti della vita personale dei cittadini che

lo abitano, degli affetti, ma anche - ad esempio - delle aspettative per il futuro e in generale dello status psicologico della popolazione.

La grandezza è tuttavia difficile da misurare, non solo perché bisogna coinvolgere campioni grandi e rappresentativi della popolazione, ma anche e soprattutto perché raccogliere i dati in maniera uniforme e consistente nello spazio e nel tempo è più difficile con grandezze così poco quantificabili. Proprio perché si tratta in un certo senso di misure che derivano dall'autovalutazione o da indagini a campione, l'indicatore del benessere soggettivo dipende molto dalla metodologia con cui si raccolgono i da-

ti. Ecco perché le Linee Guida cercano proprio di fornire delle indicazioni per avere dati confrontabili e in una certa misura standardizzati: come sviluppare le domande delle indagini in modo che siano più oggettive, come evitare o limitare al massimo la parzialità o lo sbilanciamento delle informazioni raccolte, ma anche come presentare i dati in modo che siano comprensibili e più facilmente utilizzabili dai policy maker.

Il benessere della popolazione è infatti sicuramente influenzato da un ampio range di contingenze, comprese quelle relative a tutti gli altri indicatori misurati nella Better Life Initiative. Ma non solo: anche le capacità di recupero personali di fronte alle avversità, o potenziali influenze culturali e linguistiche difficili da quantificare, hanno un ruolo importante nel modo in cui ogni cittadino percepisce e valuta la pro-

pria vita. Per questo i dati rilevati devono essere sempre considerati insieme ad altri dati più oggettivi. "La misura del benessere soggettivo funziona da complemento ad altri indicatori già usati per monitorare e confrontare la qualità della vita in ogni paese e possono essere utili perché le politiche locali dei governi siano basate su dati reali", ha spiegato **Martine Durand**, capo del dipartimento statistico dell'Ocse. "Tuttavia si tratta solo di una parte della fotografia, che va esaminata insieme a dati più quantificabili".

In ogni caso, spiegano gli esperti proprio nelle Linee Guida, "come ogni nuova area statistica che viene presa in considerazione anche questa avrà bisogno di successivi assestamenti e migliorie". Insomma, c'è ancora molto da imparare, e "man mano che impareremo dovremo aggiornare queste indicazioni", specificano. Concludendo poi: "Tuttavia, è importante anche riconoscere gli importanti passi in avanti fatti negli ultimi anni, di cui le Linee Guida sono espressione: il primo tentativo di fornire una metodologia organica e omogenea in tutti i paesi". **Y**

L'UNIVERSO FEMMINILE: UN INFINITO DA ESPLORARE

88° Congresso Nazionale SIGO

53° Congresso Nazionale AOGOI

20° Congresso Nazionale AGUI

Napoli 6-9 Ottobre 2013

EXPO CENTRO CONGRESSI
Molo Angioino, Stazione Marittima



PRESIDENTI

Giuseppe De Placido
Carmine Nappi
Fabio Sirimarco

Segreteria Organizzativa



Adria Congrex Srl
Via Sassonia, 30 - 47922 Rimini

Tel. 0541.305821
Fax. 0541.305842

sigo@adriacongrex.it
www.adriacongrex.it

2012

A Napoli, per dare più forza e visibilità alla ginecologia italiana

Carissimi colleghi,

tra qualche mese Napoli accoglierà il più importante appuntamento annuale per i ginecologi italiani, sotto il profilo formativo, culturale e della vita associativa. È un momento privilegiato di incontro per tutte le componenti della ginecologia, rappresentate anche dalle nostre società affiliate, che avranno l'occasione di confrontarsi sulle esperienze acquisite e sugli argomenti all'avanguardia in campo clinico, scientifico e della ricerca, nonché sui problemi che riguardano la qualità della nostra vita professionale e della nostra assistenza. Come il contenzioso in ostetricia e ginecologia, la sicurezza dei punti nascita, l'organizzazione delle strutture e la protezione degli operatori: temi che abbiamo clamorosamente portato all'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica con il nostro primo sciopero nazionale del 12 febbraio, che tanto consenso ha riscosso in tutto il mondo medico.

Inoltre, come di consueto, il Congresso Nazionale ci permetterà di aprire un confronto con le altre Scuole di ginecologia e ostetricia: l'incontro con i colleghi stranieri è sempre una grande opportunità per scambiare esperienze e acquisizioni nei vari e differenziati campi della nostra specialità. Non dimentichiamo che la qualità dei congressi nazionali Sigo-Aogoi-Agui e il confronto scientifico internazionale che abbiamo costantemente promosso negli anni sono stati gli elementi chiave del successo del FIGO 2012, il congresso Mondiale di ginecologia che abbiamo avuto l'onore di ospitare a Roma lo scorso ottobre!

Per dare continuità a questa straordinaria esperienza ci siamo impegnati al meglio per sviluppare un programma scientifico di alto profilo. SIGO 2013 pone l'accento sulle nuove tecnologie e la diagnosi precoce, riservando particolare spazio ai temi più delicati dell'uro-ginecologia, dell'ostetricia, della medicina della riproduzione, della diagnosi prenatale e dell'oncologia ginecologica. Un obiettivo che non perderemo mai di vista nella discussione e nel confronto che animerà le varie sessioni sarà quello della "sicurezza dei punti nascita". Finché non riusciremo a rendere più sicura ed efficiente la rete materno infantile, sia sotto il profilo strutturale che della dotazione di organico, l'Aogoi proseguirà con tenacia la sua battaglia.

Il congresso di Napoli sarà anche un momento di bilanci in quanto verranno rinnovate le cariche sociali, e sia l'Aogoi che la Sigo eleggeranno un nuovo presidente e un nuovo Direttivo.

L'armonia e la collaborazione tra Aogoi, Sigo e Agui in questo ultimo triennio ci ha permesso di dare un'immagine della ginecologia italiana coesa e autorevole. E dunque più forte, anche nel rapporto con le istituzioni e il mondo politico, che abbiamo voluto coinvolgere anche in questa occasione.

Chi raccoglierà il nostro testimone avrà perciò il delicato compito di coltivare questo spirito di squadra: premessa indispensabile per affrontare i problemi della "GINECOLOGIA ITALIANA IN TEMPI DI CRISI", come recita il titolo di una delle sessioni congressuali.

Anche in questo nuovo appuntamento congressuale abbiamo cercato di dar spazio ai nostri giovani migliori, a loro è affidato il futuro della nostra specialità e la loro crescita professionale è stata una priorità a cui ho dedicato il massimo impegno in questi tre anni della mia presidenza. Nel segno della migliore tradizione Aogoi. Vi invito dunque a partecipare numerosi, per contribuire ad arricchire questo importante appuntamento e dare ancor più forza e visibilità alla ginecologia italiana.

Prof. Vito Trojano
Presidente AOGOI



Il congresso di Napoli sarà anche un momento di bilanci in quanto verranno rinnovate le cariche sociali, e sia l'Aogoi che la Sigo eleggeranno un nuovo presidente e un nuovo Direttivo

SIGO 2013: rilanciare la Ginecologia italiana verso nuove prospettive di crescita qualitativa e quantitativa

A Napoli si svolgerà il prossimo Congresso della SIGO, un appuntamento di grande importanza dopo il successo che la ginecologia italiana è riuscita ad ottenere dal FIGO 2012.

È proprio sulla scia dell'entusiasmo generato dalla partecipazione di circa 8000 delegati internazionali al Congresso di Roma che la società Italiana ha tratto le sue energie per organizzare al meglio un Congresso Nazionale che presenti al suo interno queste caratteristiche: qualità delle presentazioni, rigore scientifico e capacità di trasmettere messaggi educativi.

Il Comitato organizzatore ha infatti ricevuto mandato dal Consiglio Direttivo di strutturare un programma che tenesse conto di questa triade: qualità della ricerca, competenza scientifica, abilità didattica. Queste caratteristiche sono state il massimo comune denominatore del Programma scientifico, organizzato in modo da dare a tutti i soci Sigo che interverranno la percezione della continuità scientifica e organizzativa dal FIGO 2012 al SIGO 2013.

I vari temi che sono stati prescelti verranno pertanto trattati dai migliori esperti nazionali con l'obiettivo specifico di utilizzare il tempo delle relazioni per trasmettere il messaggio di novità, di update scientifico, e di ricadute cliniche pratiche utilizzabili concretamente da tutta la popolazione dei ginecologi italiani.

Una particolare attenzione è stata posta nel dare spazio ai migliori giovani emergenti in tutti i campi della nostra specialità, in modo tale da premiare con le loro presentazioni l'impegno assistenziale, la voglia di sperimentare, l'interesse scientifico concreto continuo che dal letto della paziente porta ai banchi della ricerca di laboratorio e viceversa.

Il congresso ha poi una notevole importanza per il rinnovo delle cariche sociali della SIGO. Il Consiglio Direttivo che ha avuto l'onore di guidare la società in questo triennio termina la sua funzione propulsiva e di stimolo per la vita societaria e l'elezione di un nuovo comitato direttivo avrà luogo a Napoli.

Di questo triennio di grande impegno, fatica e soddisfazioni resta una nuova e più moderna organizzazione societaria con particolare attenzione alla razionalizzazione delle spese e all'assicurazione di proventi indispensabili per la vita futura della Società nella prosecuzione del suo compito di aggregazione di tutte le componenti della ginecologia italiana in una grande "casa comune" trasparente, in cui tutti si possano riconoscere sentendosi egualmente e correttamente rappresentati.

Prof. Nicola Surico
Presidente SIGO



Qualità della ricerca, competenza scientifica, abilità didattica. Queste caratteristiche sono il massimo comune denominatore del Programma scientifico



di **Francesca Seralvo**
e **Andrea Raffaelli**

Avvocati,
Studio legale Raffaelli Segreti,
Milano

FONDO PATRIM

Uno strumento adatto a il proprio patrimonio?

I fondo patrimoniale è uno dei regimi che regolano la vita economica della famiglia e può essere costituito da ciascuno dei coniugi, da entrambi, o anche da un terzo, mediante un atto pubblico oppure mediante testamento. I coniugi possono devolvere nel fondo patrimoniale solo beni immobili, beni mobili registrati o titoli di credito: tali beni vengono assoggettati ad un regime particolare e destinati a far fronte ai bisogni della famiglia.

Tale regime particolare consiste nella creazione di un doppio vincolo atto a far sì che tali beni siano realmente destinati a far fronte ai bisogni della famiglia: un vincolo cosiddetto "interno" ed un vincolo c.d. "esterno". Quanto al vincolo interno, i beni diventano "relativamente indisponibili" in quanto l'alienazione ed ogni ulteriore atto sugli stessi è realizzabile solo con il consenso di entrambi i coniugi e, in presenza di figli minori, solo con l'autorizzazione giudiziale. Per quanto riguarda invece il cosiddetto vincolo "esterno", i beni devoluti nel fondo, qualora sussistano talune specifiche condizioni, non possono essere aggrediti liberamente dai creditori dei coniugi.

Appare dunque chiara la ratio dell'istituto in esame, che è quella di vincolare i beni della famiglia al soddisfacimento dei bisogni della stessa.

Con riferimento dunque ai creditori dei coniugi, la legge prevede che i beni del fondo e i relativi frutti non possano essere sottoposti ad esecuzione forzata "per debiti che il creditore conosceva essere stati contratti per scopi estranei ai bisogni della famiglia" (articolo 170 codice civile). Il fondo patrimoniale assicura dunque sui beni dello stesso un vincolo di inespropriabilità relativa, il quale ammette l'esecuzione forzata solo quando il debito è stato contratto per fronteggiare i bisogni familiari. Tuttavia la formulazione dell'articolo 170 codice civile ha generato non pochi dubbi circa la natura dei crediti che possono

Alla luce delle recenti pronunce giurisprudenziali e della scarsa offerta assicurativa nel mondo medico/sanitario, ci si chiede quali possano essere (e se esistono) strumenti giuridici adatti a proteggere il patrimonio del medico, che risulta sempre più esposto agli esiti, purtroppo spesso infausti, dei giudizi pendenti nei nostri tribunali. Lo strumento a cui frequentemente si ricorre è certamente il fondo patrimoniale, ma appare necessario capire se tale istituto possa o meno essere adatto a raggiungere lo scopo prefigurato. Ed è pertanto necessario indagarne natura e funzione



trovare soddisfazione sui beni del fondo e, in particolare, resta oggi priva di univoca soluzione la questione circa la possibilità o meno di sottoporre ad esecuzione i beni devoluti in un fondo patrimoniale per debiti derivanti da una sentenza di condanna per responsabilità professionale.

Nonostante la giurisprudenza non si sia mai pronunciata su tale specifico argomento, cerchiamo di fare chiarezza e di evidenziare quali siano i principi generali dettati dalle nostre corti.

Dottrina e giurisprudenza

La ratio di questo istituto è quella di assicurare una "garanzia" patrimoniale alla famiglia limitando l'azione dei creditori attraverso la creazione di un vincolo sui beni che fanno parte del fondo patrimoniale

maggioritaria (nonché più recente) ritengono che occorre innanzitutto valutare quale sia la natura del credito prima di stabilire se il creditore possa o meno soddisfarsi sul fondo patrimoniale.

Applicando tale principio, occorrerà accertare, volta per volta,

se il debito de quo possa dirsi contratto o meno per soddisfare i bisogni della famiglia; e tale accertamento è rimesso al giudice di merito e non è sindacabile in sede di giudizio di legittimità.

Inoltre, con specifico riferimento alle obbligazioni risarcitorie,

l'orientamento assunto dalla Suprema Corte statuisce che tali obbligazioni devono ritenersi comprese nella previsione dell'articolo 170 codice civile, con la conseguenza della piena responsabilità del fondo, ove la fonte e la ragione del rapporto obbligatorio abbiano inerza diretta ed immediata con le esigenze familiari.

Occorre dunque valutare quali siano gli atti che abbiano una effettiva connessione con le esigenze della famiglia e ciò dipenderà dalla definizione assegnata alla locuzione "bisogni della

ONIALE proteggere

famiglia". La Corte Suprema ha affermato che rientrano nella nozione di "bisogni della famiglia" le esigenze volte al pieno mantenimento, all'armonico sviluppo del nucleo familiare nonché al potenziamento della sua capacità lavorativa, con esclusione solo delle esigenze di natura voluttuaria o caratterizzate da interessi meramente speculativi (1). La Corte ha dunque adottato una definizione piuttosto ampia, pur non arrivando a definire con certezza se le obbligazioni nascenti dall'attività professionale del medico siano o meno volte al mantenimento della famiglia ed al soddisfacimento dei suoi bisogni. Ed infatti la giurisprudenza di merito ha, in diverse occasioni, sostenuto che tali obbligazioni (i.e. tutte le obbligazioni nascenti dall'attività lucrativa, imprenditoriale o professionale di un coniuge) sono sempre tendenzialmente volte al mantenimento della famiglia e al soddisfacimento dei suoi bisogni, con conseguente piena responsabilità dei beni costituiti nel fondo patrimoniale (2). Tuttavia, più di recente, la Corte di Cassazione ha

Seppure astrattamente non possa offrire una protezione certa ed assoluta, il fondo patrimoniale può rappresentare uno strumento utile per attuare una misura "difensiva" del proprio patrimonio

negato la sussistenza di un automatismo presuntivo secondo il quale per il solo fatto che un debito sia sorto nell'esercizio dell'impresa tale debito sia stato contratto al fine di soddisfare un'esigenza della famiglia (3). L'accertamento dovrà dunque essere effettuato caso per caso, adottando il criterio negativo che emerge dalla maggior parte delle sentenze della Suprema Corte, che escludono dal novero dei bisogni familiari solo i bisogni di natura voluttuaria o speculativa.

Si può dunque concludere che, pur non essendoci un indirizzo giurisprudenziale unanime, la giurisprudenza più recente e maggioritaria ha affermato i seguenti principi generali:

1. il fondo patrimoniale "risponde" per tutti i debiti derivanti da fatti che abbiano soddisfatto i bisogni della famiglia o abbiano conservato o incrementato il fondo medesimo;

2. la fonte e la ragione del rapporto obbligatorio devono avere inerenzia diretta ed immediata con i bisogni della famiglia;

3. l'individuazione di cosa debba intendersi per "bisogni della famiglia" è integralmente rimessa al giudice, ma la giurisprudenza e la dottrina ne accolgono un'interpretazione molto ampia, che può rischiare di svuotare la finalità protettiva dell'istituto in oggetto.

Alla luce di quanto sopra, non si può escludere a priori il diritto dei creditori di soddisfare i propri crediti sui beni facenti parte del fondo patrimoniale: tale diritto verrà eventualmente garantito o negato, caso per caso, dal giudice, a seconda dell'accertamento che effettuerà circa la sussistenza o meno di una relazione immediata e diretta tra lo scopo per cui è sorto il debito e le esigenze familiari.

In altre parole, l'esecuzione sui beni del fondo potrà essere ef-

fettuata da un creditore qualora il giudice ritenga che la fonte del rapporto obbligatorio sia direttamente ed immediatamente collegata con i bisogni della famiglia.

Astrattamente i creditori danneggiati non esiteranno dunque a tentare l'aggressione dei beni del fondo adducendo che il debito del medico sia sorto nell'esercizio dell'attività professionale (che è, di per sé, svolta al fine di soddisfare i bisogni della famiglia), al fine di evidenziare la sussistenza del collegamento diretto ed immediato tra la fonte dell'obbligazione risarcitoria e le esigenze familiari. Tuttavia, come abbiamo già precedentemente evidenziato, la Corte di Cassazione ha negato il

Fondo patrimoniale: vai all'approfondimento sul sito WWW.AOGOI.IT

La vicenda di un socio Aogoi ha offerto lo spunto alla nostra Associazione per approfondire la portata e i limiti della disciplina del "fondo patrimoniale", uno strumento di protezione del patrimonio familiare in larga diffusione negli ultimi anni, adottato soprattutto dai professionisti, medici e non, allo scopo di mettere al riparo determinati beni da eventuali azioni di risarcimento per danni arrecati nell'esercizio della propria attività professionale.

Ma come funziona questo istituto? E i beni compresi nel fondo patrimoniale di un medico possono essere soggetti ad esecuzione forzata da parte del giudice, a seguito di una condanna riportata in un procedimento penale o civile, al fine di indennizzare un paziente danneggiato? Il fatto che non ci siano figli minori da tutelare, può essere rilevante, visto che il fondo ha lo scopo di tutelare quelle esigenze volte al pieno mantenimento e allo sviluppo armonico della famiglia? Per rispondere a questi ed altri quesiti e approfondire i vari aspetti di questa disciplina la nostra Associazione ha attivato un pool di esperti che hanno maturato una grande esperienza nel settore sanitario. I loro pareri hanno dato vita a un interessante approfondimento sul Fondo patrimoniale che vi invitiamo a leggere sul sito www.aogoi.it.

■ Sul sito Aogoi i contributi degli avvocati Carlo Cincotti, Vania Cirese, Daniela Palmieri, Nyranne Moshi, degli studi legali Raffaelli Segreti e Tink&Link e del notaio Giancarlo Laurini. Completano l'approfondimento un'appendice normativa in materia e una ricerca giurisprudenziale



principio secondo cui per il solo fatto che un debito sia sorto nell'esercizio dell'impresa tale debito debba essere considerato come contratto al fine di soddisfare un'esigenza della famiglia.

In conclusione, si ritiene che lo strumento del fondo patrimoniale, seppure astrattamente non possa offrire una protezione certa ed assoluta ai beni costituiti nello stesso rispetto ad una aggressione da parte dei creditori per i debiti nascenti

da responsabilità professionale – soprattutto allorché posto in essere come "reazione" ad una sentenza di condanna o comunque all'insorgere di un rischio concreto di responsabilità professionale, giacché in tali casi l'esperibilità di un'azione revocatoria avrebbe elevate possibilità di successo – possa rappresentare, ad ogni modo, strumento utile ed utilizzabile per attuare una misura "difensiva" del proprio patrimonio. ■

NOTE

1. Così, ad esempio, Cass. Civ. Sez. I, 18 settembre 2001, n. 11683.
2. Così, ad esempio, Tribunale di Varese, 15 dicembre 2012 secondo cui "in tema di fondo patrimoniale, i beni ad esso appartenenti sono aggredibili solo in presenza di debiti contratti nell'interesse della famiglia e nella nozione di "bisogni della famiglia" vanno ricomprese non soltanto le esigenze volte al mantenimento e all'armonico sviluppo della famiglia ma anche quelle destinate a potenziarne le capacità economiche, con esclusione delle sole esigenze voluttuarie. Pertanto, nel caso di specie le obbligazioni nascenti dall'attività imprenditoriale individuale di uno dei coniugi non possono non essere intese come volte al mantenimento e allo sviluppo economico della famiglia".
3. Così Cass. Civ. Sez. III, 31 maggio 2006, n. 12998. In questo caso, la Suprema Corte, chiamata a pronunciarsi in tema di responsabilità del fondo per obbligazioni inerenti l'attività lavorativa di un coniuge, ha sancito che "diversamente opinando ogni esercizio di attività di impresa (e non solo) verrebbe per ciò stesso intrapresa e svolta per esigenze della famiglia e non potrebbero sussistere attività che non siano destinate a soddisfare i bisogni della famiglia stessa. Solo virtuale peraltro la possibilità della probatio diabolica della conoscenza da parte del creditore che il debito fosse contratto per scopi estranei ai bisogni della famiglia".

IN BREVE

Il punto: Il fondo patrimoniale costituisce uno strumento giuridico adatto a proteggere il patrimonio del medico qualora questo venga condannato al risarcimento del danno per responsabilità professionale?

Cos'è il fondo patrimoniale?

È un vincolo che viene costituito mediante un atto pubblico oppure mediante testamento (da ciascuno dei coniugi, da entrambi, o da un terzo) su beni immobili, beni mobili registrati o titoli di credito affinché tali beni siano destinati a far fronte ai bisogni della famiglia.

Il fondo patrimoniale può essere "attaccato" in caso di richieste risarcitorie?

- Non può darsi risposta certa alla questione circa la possibilità o meno di aggredire il fondo per debiti derivanti da una sentenza di condanna per responsabilità professionale.
- In linea di principio il fondo può essere aggredito dai creditori dei coniugi solo se i debiti sono stati contratti per fronteggiare i bisogni familiari.
- Con specifico riferimento alle obbligazioni risarcitorie, la Suprema Corte di Cassazione ha sancito la piena responsabilità del fondo, se la fonte e la ragione del debito siano in relazione diretta ed immediata con le esigenze familiari.
- Occorre valutare quali sono gli atti che hanno una effettiva connessione con le esigenze della famiglia e ciò dipende dalla definizione di "bisogni della famiglia".
- Non è chiaro se le obbligazioni nascenti dall'attività professionale del medico siano o meno volte al mantenimento della famiglia ed al soddisfacimento dei suoi bisogni.
- Il giudice dovrà dunque valutare se esiste una relazione diretta ed immediata tra la condotta del medico (condannato al risarcimento del danno) ed i bisogni della famiglia.

In conclusione: il fondo patrimoniale non costituisce una protezione certa ed assoluta al patrimonio del medico ma rappresenta comunque una valida misura "difensiva" dello stesso.

Presentato all'europarlamentare Andrea Cozzolino il progetto Aogoi di una "task force europea" sulla responsabilità medica

Verso una disciplina della responsabilità professionale di stampo europeo

Le criticità che investono la classe medica italiana in tema di responsabilità medica, copertura assicurativa delle strutture sanitarie, monitoraggio e gestione del rischio clinico, valutazione medico legale del danno al paziente non sono appannaggio esclusivo del nostro Paese. E per superarle è ormai necessario far convergere "in uno spazio sanitario europeo" gli sforzi e le soluzioni che i vari sistemi giuridici e sanitari nazionali europei hanno adottato o hanno allo studio. Muove da questa consapevo-

Promuovere una disciplina comunitaria in tema di responsabilità medica che armonizzi i vari modelli legislativi e giurisprudenziali in seno a uno "spazio sanitario europeo, di giustizia e sicurezza".

È questo l'obiettivo finale dell'ambizioso progetto a cui l'Aogoi sta lavorando e che i vertici dell'Associazione hanno presentato all'europarlamentare Andrea Cozzolino in un recente incontro, auspicando "di percorrere insieme l'iter che ci siamo proposti per raggiungere gli obiettivi individuati nell'interesse della classe medica italiana"

lezza il progetto Aogoi di costituire un Gruppo di lavoro internazionale finalizzato all'elaborazione di una Proposta di Direttiva europea che dia vita a una disci-

plina più omogenea della responsabilità sanitaria negli Stati Membri. Sono queste le premesse dell'incontro con l'europarlamentare Andrea Cozzolino, a cui il pre-

sidente Vito Trojano e il segretario nazionale Antonio Chiantera hanno illustrato le finalità del progetto Aogoi, con l'auspicio che possa rendersi partecipe dell'ini-

ziativa promuovendo e facilitando presso le istituzioni Ue l'iter per raggiungere questi obiettivi nell'interesse della classe medica italiana.

Nel corso dell'incontro, che si è svolto a Bari il 14 maggio scorso, presenti anche il segretario regionale Aogoi Puglia Pierluigi Sozzi, i sei segretari provinciali Aogoi e alcuni primari ospedalieri della regione, i vertici dell'associazione hanno consegnato all'europarlamentare una memoria che illustra il contesto e i contenuti dell'iniziativa.

Ecco il testo della lettera che il presidente e il segretario nazionale Aogoi hanno consegnato al vice-capodelegazione Pd al Parlamento Europeo, On. Andrea Cozzolino

Il fenomeno della "medical malpractice" ha oggi definitivamente assunto le dimensioni e la gravità di una pandemia. La problematica assicurativa inoltre sta assumendo un ruolo sempre più rilevante all'interno dell'attività professionale del medico.

Queste problematiche non affliggono solo il nostro Paese, anche altri Stati europei, al pari dell'Italia, si sono dovuti interessare dell'aumento del contenzioso medico-paziente. La crescente preoccupazione di porre rimedio agli "errori" in ambito sanitario, rendere più sicura l'erogazione delle cure e tutelare al massimo il paziente, al contempo offrendo un ambiente sereno ed efficiente all'operatore sanitario, sono divenuti temi sui quali i sistemi giuridici e sanitari nazionali europei hanno fatto convergere sforzi e soluzioni per favorire lo sviluppo migliorativo della qualità e pluralità di offerta di servizi sanitari erogati.

Inoltre si fa strada la consapevolezza che le Istituzioni dell'Ue, rimaste finora pressoché inerti sia sul piano legislativo che su quello delle proposte di sistemi operativi, debbano contribuire all'omogeneità dei sistemi di monitoraggio e reporting degli eventi avversi, nonché fornire linee guide, raccomandazioni, indicazioni comunitarie, per favorire la maggiore efficienza e sicurezza nell'erogazione delle cure al paziente. Sarebbe poi auspicabile oltre ad un omogeneo sistema di clinical risk-management, e assicurativo, anche un'uniformità di valutazione medico-legale negli stati membri dell'Ue.

La Corte Europea ha ribadito che dall'art. 2 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU) discende l'obbligo degli Stati membri di mettere in atto un quadro regolamentare che imponga agli ospedali sia pubblici che privati l'adozione di misure adeguate per assicurare la protezione della vita dei loro pazienti e sistemi che permettano di accertare le cause dei decessi o di danni gravi ai pazienti.

La Corte Europea (dec. 4/5/2000 n. 45305/99 Powell c/Regno Unito; dec. 21/3/2002 n. 65653/01 Mitecki c/Polonia) ha affermato che "non si può escludere che gli atti e le omissioni delle autorità nel campo dei servizi alla salute possano comportare la loro responsabilità ai sensi dell'art. 2 CEDU.

Nella convinzione che gli sforzi a livello europeo possano riuscire a incidere in futuro sulle diverse regolamentazioni a tutela sia dei medici che dei pazienti in uno **spazio sanitario europeo**, di giustizia e sicurezza, l'AOGOI propone la costituzione di una task force europea, attivando un gruppo di lavoro al fine della **Proposta di una Direttiva Europea** per:

1. una più omogenea disciplina della responsabilità sanitaria negli Stati Membri;
2. l'assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie negli Stati Membri per il risarcimento dei danni ai pazienti derivanti da condotte colpose dei sanitari o da fatto proprio dell'amministrazione (carenze strutturali e/o organizzative);



3. l'obbligatorietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi negli Stati Membri con la creazione di un'Agenzia Europea e agenzie nazionali e locali negli Stati Membri (sul modello del sistema anticiclaggio-antimoney laundering);

4. un network europeo degli Ostetrici-Ginecologi per la costante consultazione con le Istituzioni comunitarie, Parlamento Europeo, Consiglio d'Europa e DG della Commissione Europea d'interesse per gli Ostetrici-Ginecologi (si fa presente che il network europeo professioni sanitarie non mediche è attivo da 3 anni!);

5. responsabilità delle strutture sanitarie che non introducono sistemi di prevenzione dei rischi ed eventi avversi (v. L.231/2001);

6. responsabilità penale dei medici solo al superamento di una soglia di gravità della condotta.

Augurandoci di percorrere insieme questo iter che ci siamo proposti per raggiungere gli obiettivi individuati nell'interesse della classe medica italiana, Le porgiamo i nostri più distinti saluti e La ringraziamo per la Sua disponibilità.

Prof. Vito Trojano
Presidente Nazionale A.O.G.O.I.

Prof. Antonio Chiantera
Segretario Nazionale A.O.G.O.I.

Si può separare la Direzione clinica da quella gestionale?

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

Il blocco dei contratti rallenta inevitabilmente l'attività sindacale ma ci dà l'opportunità di riflettere su problemi di grande portata, a lungo trascurati, come quello degli incarichi professionali della dirigenza medica. Su questa materia si possono ipotizzare dei cambiamenti, sempre che la politica sia disposta a fare quel passo

indietro che chiediamo da tempo e che, benché più volte promesso, ancora non si intravede. A mio avviso, l'ottica in cui dovremmo muoverci è quella di favorire maggiormente gli stimoli professionali e creare i presupposti per un ambiente di lavoro più sereno per i medici e più soddisfacente per i cittadini-utenti

La situazione attuale

Com'è noto, il D.Lgs. 502/92 e s.m.i. oltre a stabilire per la dirigenza sanitaria un unico ruolo ed un unico livello, ha riconosciuto al medico dirigente una maggiore autonomia tecnico-professionale, rispetto alla legislazione precedente (DPR 761/79). Infatti, il decreto stabilisce che "l'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale". Nello stesso tempo, la legge ha conservato al dirigente con incarico di direzione di struttura complessa le specifiche competenze professionali, aggiungendovi le funzioni di direzione e organizzazione della struttura e la gestione delle risorse attribuite (vedi box).

Il riconoscimento dell'autonomia tecnico-professionale a tutti i medici è stata la naturale conseguenza dell'attribuzione del ruolo dirigenziale. Non è concepibile una dirigenza senza autonomia. Tuttavia alcuni hanno interpretato tout court l'autonomia al pari dell'indipendenza da qualsiasi autorità e controllo professionale, compreso quello del direttore della struttura e, in alcuni casi, i confini fra le competenze professionali del direttore e quelle dei dirigenti medici si sono praticamente annullati.

Come accade nel nostro paese, quando il legislatore non si esprime con la dovuta chiarezza, prima o poi il potere giudicante interviene per dettare le regole. La Cassazione penale, con la sentenza n. 47145/2005, è intervenuta sulle competenze del Direttore di struttura complessa, riattribuendogli tutte le responsabilità di ordine tecnico-professionale previste dal Dpr 128/1969, che molti ritenevano superate dal citato D.Lgs. 502/92. Successivamente, la Cassazione civile, con sentenza n. 24144/2010, ha confermato che il primario ospedaliero deve essere sempre a conoscenza delle condizioni clini-

che di tutti i degenti, perché ha la responsabilità dei malati della divisione e l'obbligo di definire i criteri diagnostici e terapeutici che gli assistenti devono seguire. Inoltre, deve vigilare sulla corretta impostazione delle terapie, prevenire errori e adottare tempestivamente i provvedimenti richiesti da eventuali emergenze. In pratica, quanto stabiliva il Dpr 128/1969.

Se a tutto questo aggiungiamo che al direttore di struttura complessa viene attribuita, con il contratto individuale, la responsabilità dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse, dobbiamo riconoscere che si chiede un po'

troppo ad una sola persona. Ed i fatti lo provano. Se andiamo a verificare i comportamenti tenuti nella pratica dai direttori di struttura complessa, ci accorgiamo che alcuni si occupano prevalentemente delle specifiche competenze professionali. Questo, per le branche chirurgiche, si traduce nel passare gran parte dell'orario di servizio in sala operatoria e delegare tutta la parte gestionale. Altri direttori, invece, privilegiano l'organizzazione della struttura e la gestione delle risorse, lasciando ai componenti dell'equipe la gestione cli-

nica dei pazienti. Fra questi due estremi osserveremo tutte le possibili varianti e solo in rari casi troveremo un direttore che riesca ad assolvere appieno le funzioni professionali insieme a quelle gestionali.

Proposta per il cambiamento

Partendo da queste basi, l'idea di scindere la funzione professionale da quella gestionale diventa degna di attenzione, specialmente se consideriamo le difficoltà che si incontrano per tenersi al corrente delle continue acquisizioni della scienza medica, aggiornare gli accreditamenti e le linee guida locali, seguire l'emissione delle nuove leggi, valutare le offerte del mercato sanitario, esaminare le nuove apparecchiature, etc.

Già alla fine degli anni '90 si era cominciato a discutere su questa possibilità ma, alla fine, venne

Nella pratica solo in rari casi troveremo un direttore che riesca ad assolvere appieno le funzioni professionali insieme a quelle gestionali, come prevede la legge



preferita l'organizzazione dipartimentale "edulcorata". In pratica, invece di razionalizzare i compiti affidandoli a due distinte figure professionali, si preferì aggiungere l'onere della gestione del dipartimento al direttore di struttura complessa. Senza nulla togliere a costui delle attribuzioni e delle responsabilità della stessa struttura complessa, compreso l'aspetto professionale. In qualche modo la cosa ha

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, N. 502

Cosa prevede l'Art. 15 ai commi 3 e 6

3. L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multi-professionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni

allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

6. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione.

funzionato, perché, nella maggior parte dei casi, questo incarico è stato svuotato di contenuti. In pratica, si è preferito elargire un emolumento aggiuntivo in cambio di un impegno solo formale. Intanto la gestione effettiva delle risorse, in termini di acquisti, assunzioni e scelte strategiche, è rimasta saldamente in mano ai rappresentanti del potere politico. In verità, ci sono state delle esperienze regionali nelle quali il direttore del dipartimento lascia la struttura complessa di provenienza per dedicarsi solo alla gestione del dipartimento ma sono stati casi rari e l'autonomia gestionale è rimasta modesta. Inoltre, in questi casi, non è stato regolamentato come dovrebbe avvenire il possibile rientro nella struttura di origine. In pratica, nessuno si è posto il problema di come si possano conservare le abilità proprie della professione e nello stesso tempo non esercitarla per un periodo prolungato. Nelle Aziende dove il direttore lascia la struttura per assumere il ruolo di responsabile di dipartimento la soluzione è stata trovata affidando l'incarico a direttori di provata fedeltà politica e prossimi alla fine della carriera. In pratica, costoro vengono avviati attraverso un percorso che li porterà a non esercitare più clinica.

È chiaro che, al di fuori di queste soluzioni che definirei sperimentali e dove la discrezionalità del direttore generale assume dei livelli non accettabili, la questione si potrebbe affrontare istituzionalizzando la separazione degli incarichi di direzione clinica da quella gestionale, già a livello di Unità Operativa. Questo consentirebbe ai medici più portati per gli aspetti gestionali, di acquisire nel tempo le competenze in campo economico, che sono necessarie per una corretta gestione delle risorse. Conoscenze che andrebbero ad aggiungersi alle conoscenze proprie della specialità. Quindi, non una carriera per medici-amministratori, con specializzazioni in igiene, tecniche sanitarie e simili, bensì: medici specialisti in una delle branche del dipartimento che dovranno gestire.

La presenza di una simile figura a livello delle singole strutture complesse liberebbe il direttore clinico da tutte le incombenze non assistenziali, consentendogli di dedicarsi esclusivamente alla cura dei pazienti e alla formazione dei giovani medici.

Chiaramente l'intesa fra queste figure dovrà essere massima e, in ogni caso, le rispettive competenze dovranno essere ben regolamentate, perché andranno anche a delimitare gli ambiti delle rispettive responsabilità.

Ovviamente, la mia non può essere una proposta definita ma solo uno spunto per aprire una discussione e, come per chi lancia un sasso in uno stagno, attendo le onde di ritorno, con suggerimenti, critiche e osservazioni, che saranno comunque benvenute (presidente@fesmed.it). **Y**

**Francesco Scaglione*,
Vania Cirese****

Responsabilità professionale. Il caso della contraccezione d'emergenza

La ricerca farmacologica porta frequentemente allo sviluppo di nuovi preparati per l'uso terapeutico. Il medico quindi si trova spesso a dover comparare e decidere di scegliere tra farmaci ben conosciuti, ma datati, e novità farmacologiche che possono mettere in discussione la sua consuetudine prescrittiva. Tuttavia non sempre innovazione significa effettivo vantaggio clinico. Infatti il medico deve aggiornarsi scrupolosamente e ben valutare i vantaggi e i benefici delle nuove molecole, per fare una scelta ponderata per il bene dei propri pazienti.

Secondo l'art. 13 del Codice di deontologia medica "Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente". Poiché "Primum non nocere", è opportuno che il medico approfondisca non solo i dati scientifici e clinici relativi alle indicazioni del farmaco ma anche le controindicazioni, le interazioni e i dati di sicurezza e tollerabilità. L'efficacia e la sicurezza di un farmaco, oltre a derivare dalla composizione chimica del farmaco stesso, possono essere influenzati da caratteristiche del paziente (età, sesso, razza, patologie concomitanti, utilizzo simultaneo di diversi farmaci, alimentazione, stile di vita, ecc.) e ciò va sempre valutato.

Infine, nell'ambito di un sistema sanitario di protezione sociale, quale è il nostro, è anche bene tener conto dell'uso appropriato delle risorse, avendo ben presente se il rapporto rischio-beneficio ed efficacia-sicurezza sono vantaggiosi per il paziente (1). Certo, tra i criteri che dovrebbero rappresentare il percorso per scegliere una terapia nel nostro paziente, il primo è sempre l'efficacia clinica, quando essa sia rigorosamente dimostrata (quindi principalmente *Randomized Controlled Trial*): questo punto è importante perché spesso molti farmaci si presentano come innovativi o preferibili rispetto ai precedenti, vantando benefici marginali (di cinetica/dinamica o minori effetti indesiderati) spostando quindi l'attenzione del medico verso elementi di minore rilevanza clinica (1).

Qualora però il medico non tenga conto delle nuove conoscenze, non operando un dovuto aggiornamento, potrebbe essere chiamato a rispondere di tale responsabilità se da tale mancan-

Le novità farmacologiche frutto dell'innovazione richiedono un aggiornamento costante del medico, per valutare correttamente se tale innovazione sia un reale vantaggio per il paziente. I criteri di una oggettiva valutazione partono dai dati di efficacia clinica dimostrati in studi metodologicamente corretti ma devono contemplare anche le valutazioni di sicurezza e tollerabilità, come le controindicazioni, interazioni, le caratteristiche dei pazienti, quindi un attento bilancio rischio-beneficio. Secondo il Piano Sanitario Nazionale 2010-2013, garantire il diritto alla salute significa anche assicurare ai cittadini attività, servizi e prestazioni di qualità intrinsecamente elevata. Il medico che non tenga dovutamente in conto le nuove evidenze potrebbe essere chiamato a rispondere di tale mancanza, qualora ciò comportasse un eventuale danno per il proprio paziente. Il caso della Contraccezione d'emergenza è fortemente paradigmatico, infatti, a distanza di circa un decennio, per

questa indicazione è stata recentemente approvata una nuova molecola. L'ulipristal acetato ha dati che dimostrano il superamento per efficacia dei vecchi preparati, mantenendo lo stesso bilancio di sicurezza, e fornisce quindi al medico un nuovo standard terapeutico. La disponibilità di tale innovazione obbliga il medico a un ripensamento delle sue abitudini cliniche. Infatti, il non tener conto dei recenti aggiornamenti farmaceutici, che diminuiscono notevolmente le possibilità di fallimento di tale metodica, può aprire il fianco a contenziosi medico legali qualora non vi sia una chiara scelta della donna, a seguito di corretta informazione. Infine, anche il non ottemperare con tempestività alla richiesta di aiuto di una donna nelle circostanze che portano alla richiesta di un supporto contraccettivo da rapporto non adeguatamente protetto, è un comportamento che può esporre a reali responsabilità professionali.

za di conoscenza possa ravvedersi un eventuale danno per il proprio paziente. La prescrizione è infatti il tipico atto di competenza del medico, di cui egli impegna sia la propria responsabilità professionale che etica.

Il caso della contraccezione d'emergenza (CE) è paradigmatico in questo e pertanto lo analizzeremo in dettaglio.

IL CASO CE E I FARMACI APPROVATI PER QUESTA INDICAZIONE

Nel 2000 in Italia è stato approvato il Levonorgestrel (LNG) (in due somministrazioni da 7,5 mg a distanza da circa 12 ore o in singola dose da 1,5 mg) per la contraccezione d'emergenza, e da allora per circa 10 anni non si sono avute sostanziali modificazioni nel panorama farmaceutico in questa indicazione.

Approfondimenti e studi con questa molecola sono continuati, accrescendo le conoscenze soprattutto del meccanismo d'azione e su particolari aspetti legati ad esempio alla tempo dipendenza mostrata dalla molecola del LNG, e le sue possibili cause. Solo recentemente, tuttavia, con la scoperta della nuova classe dei Modulatore Selettivi del Recettore del Progesterone (MSRP o SMPR dalla sigla inglese)

se), si sono potuti ottenere degli avanzamenti nella CE.

Il recettore progestinico (RP) umano appartiene alla famiglia dei recettori nucleari ligando-dipendenti, che sono fattori trascrizionali. Il recettore progestinico umano deriva da un singolo gene ed esiste in due forme (forma A e B) le quali differiscono per 164 aminoacidi presenti nella regione N-terminale (2). Le due isoforme del RP hanno attività simili per quanto riguarda il legame ormonale e al DNA, ma hanno funzioni differenti a seconda del tipo di cellula e del bersaglio del promotore genetico.

L'attività agonista o antagonista di un ligando del recettore progestinico è determinata dall'interazione con i co-regolatori (3), o le modificazioni post traslazionali del RP e co-regolatori (4-6). Gli effetti del progesterone naturale sono molteplici e i suoi organi bersaglio principali sono l'utero, l'ovaio, la ghiandola mammaria e l'asse ipotalamo ipofisario, in cui collabora o agisce primariamente per la differenziazione endometriale, il controllo dell'impianto, la maturazione dell'epitelio mammario, la modulazione della pulsilità del GnRH o anche il rilascio dell'ovocita dall'ovaio.

Questa centralità di azione ha portato a un ampio uso farmacologico del progesterone in clinica e a stimolare la ricerca di derivati progestinici, dagli agonisti agli antagonisti e i modulatori selettivi del recettore, sfruttandone anche le diverse caratteristiche farmacologiche per modularne gli effetti clinici attesi. In maggior dettaglio per i MSRP, a seconda delle diverse modalità di assunzioni e del dosaggio, si possono avere usi diversi in ginecologia per un uso *short term*: interruzione volontaria di gravidanza (alte dosi); regolazione mestruale (alte dosi); induzione del parto (alte dosi); contraccezione d'emergenza (basse dosi). Per un uso *long term* si possono avere: applicazioni per combattere miomi uterini, endometriosi e contraccezione. Sono in studio addirittura applicazioni non ginecologiche, come per Sindrome di Cushing; depressione maggiore con psicosi; Alzheimer; tumori (mammella, ovaio, prostata, meningiomi, gliomi e leiomiomasarcomi) (7,8). Nel caso della CE è stata selezionata, e recentemente sviluppata, la molecola di Ulipristal acetato (UPA), un modulatore agonista-antagonista, al dosaggio di 30 mg in unica somministrazione, per la sua spiccata capacità di agire



in maniera dose dipendente sul meccanismo che scatena l'ovulazione (9). Il farmaco ha ricevuto l'approvazione EMA nel 2009 e FDA nel 2010. È stato ratificato anche in Italia nel 2011. Il **razionale** sottostante alla prescrizione della CE per via orale, sia con il LNG che con UPA, è quello di tentare di rendere non fertile quel rapporto sessuale non adeguatamente protetto, riducendo o spostando la cosiddetta "finestra fertile" della donna, che culmina appunto con l'ovulazione. Ove non sia stato utilizzato alcun metodo contraccettivo, oppure il contraccettivo abituale sia stato usato erroneamente o abbia fallito, la somministrazione tempestiva di tali preparati ormonali può abbassare il rischio di concepimento, bloccando o spostando il fenomeno ovulatorio di alcuni giorni, in modo che gli eventuali spermatozoi, liberi nel tratto genitale femminile, non trovino alcun ovulo da fertilizzare, per tutto il tempo della loro capacità vitale o meglio di "fertilizzazione" (10). Il termine "emergenza" dato a

Tabella 1. Studi di confronto tra UPA vs LNG

| | Farmaci e intervallo tempo assunzione considerato | Tipologia studio | Risultati popolazione mITT | Risultati popolazione valutabile per efficacia |
|---------------------|--|------------------------|--|---|
| Studio Crenin (19) | LNG 0,75 mg x2 UPA 50 mg non micronizzato Intervallo 0-72 ore | RCT Non inferiorità | LNG: tasso gravidanze 1.8%, (95% IC 0.9 – 2.7%) UPA: tasso gravidanze 1.5%, (95% IC 0.7–2.4%) | LNG: tasso gravidanze 1.7% (95% CI 0.8 –2.6%) UPA: tasso gravidanze 0.9% (95% IC 0.2–1.6%) |
| Studio Glasier (20) | LNG 1,5 mg UPA 30 mg micronizzato Intervallo 0-72 ore (fino a 120 nel trial) | RCT, singolo cieco | Dati non disponibili | LNG: tasso gravidanze 2,6% (1,7–3,9) UPA: tasso gravidanze 1,8% (95% CI 1,0–3,0) |



La metanalisi segnala che UPA, entro le prime 24 ore da un rapporto non protetto, riduce di circa due terzi il rischio di gravidanza rispetto al LNG, con valori statisticamente significativi, mentre entro le 72 ore lo riduce di quasi la metà. Con profili di tollerabilità confrontabili

questa forma di contraccezione è quindi molto adatto proprio perché si riflette sulla necessaria rapidità di intervento al fine di poter intervenire sul fenomeno ovulatorio (11,12). Infatti è ormai noto che la CE agisce solo se assunta prima dell'ovulazione e non dopo, come dimostrato in svariati studi con il LNG (13,14).

Per definire chiaramente i meccanismi biologici sottostanti sono stati eseguiti studi più approfonditi sulle caratteristiche farmacodinamiche dei due prodotti.

Per valutare il mantenimento della capacità di interferire con il fenomeno ovulatorio, il LNG-CE è stato somministrato in diversi momenti di maturazione

follicolare (dimensioni follicolari 12-14 mm, a dimensioni di 15-17 mm e infine a dimensioni di >18 mm ossia un follicolo maturo per ovulare) e comparato a un placebo. Si è chiaramente dimostrata una correlazione negativa tra dimensioni follicolari raggiunte ed efficacia del trattamento, con anovularietà o disfunzioni ovulatorie presenti nel 93% dei casi per LNG-CE assunto a dimensioni da 12 a 17 mm ma non per dimensioni follicolari più mature (15). Altri studi hanno avuto simili risultati (16,17). La molecola UPA ha invece dimostrato di riuscire a spostare il fenomeno ovulatorio anche a dimensioni follicolari già mature (dimensioni >= 18 mm) ma soprattutto di poter ancora agire nella maggior parte dei casi

la contraccezione d'emergenza è quello di tentare ove possibile di modificare la finestra fertile, e sapendo che tale finestra fertile è convenzionalmente identificata nei 5 giorni prima più il giorno dell'ovulazione, possiamo considerare che con l'assunzione di LNG-CE stimiamo verosimile di poterla alterare solo diversi giorni prima del possibile fenomeno ovulatorio, mentre, ove si assuma UPA, guadagniamo altro tempo e altre possibilità di azione, fino a dimensioni follicolari mature e a LH già in salita, (circa 12 ore al picco e complessivamente 24-36 da ovulazione).

Tale ipotetico vantaggio che gli studi farmacodinamici segnalano deve però essere confermato in studi di efficacia per poterlo tradurre in un eventuale beneficio clinico.

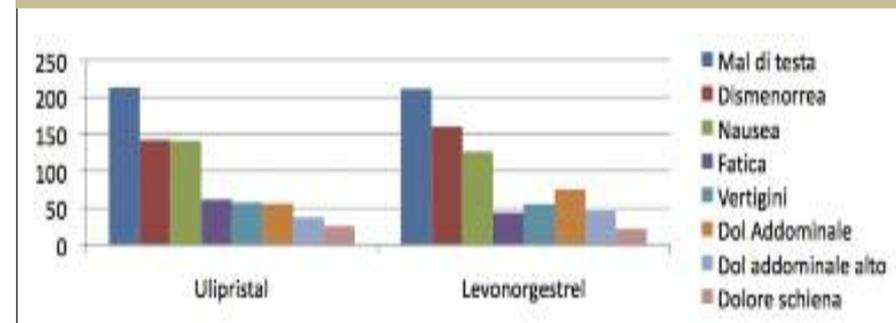
Abbiamo due studi clinici che hanno valutato l'efficacia come CE di LNG in confronto a UPA, sintetizzati in tabella 1.

Per aumentare il potere statisti-

Tabella 2. Metanalisi per UPA vs LNG

| | Gravidanze n/n(%) | | Odds ratio (CI 95%) | P value |
|---------------------|-------------------|----------------|---------------------|---------|
| | Ulipristal | LNG | | |
| Metanalisi (0-24 h) | 5/584 (0.91%) | 15/600 (2.5%) | 0.35 (0.11-0.53) | 0.035 |
| Metanalisi (0-72h) | 22/1617 (1.4%) | 35/1625 (2.2%) | 0.58 (0.33-0.99) | 0.046 |

Figura 1. Dati di sicurezza per UPA e LNG



(78%) quando la salita dell'LH è già in corso, cioè a ridosso del fenomeno ovulatorio (18). In sintesi UPA mantiene la capacità di interferire con l'ovulazione quando il LNG non è più in grado di agire.

Quindi se il razionale della

co e l'attendibilità dei risultati è stata eseguita un'analisi combinata e quindi una metanalisi dei due trial di confronto. Nel database combinato (3.445 donne) si sono raccolte 60 gravidanze, con un tasso complessivo pari a 1,3% per UPA (22/1714) verso 2,2% per LNG (38/1731) (p=0.023).

In Tabella 2 è illustrata la metanalisi, in diversi intervalli di tempo nel dettaglio.

La metanalisi segnala che UPA entro le prime 24 ore da un rapporto non protetto riduce di circa due terzi il rischio di gravidanza non protetta rispetto al LNG, con valori statisticamente significativi, mentre entro le 72 ore lo riduce di quasi la metà (p=0,023). I profili di tollerabilità sono risultati confrontabili (Figura 1).

Il vantaggio di UPA di poter riuscire a spostare l'ovulazione fino a poco prima del fenomeno ovulatorio sarebbe la spiegazione della significativa riduzione di rischio osservata soprattutto per un'assunzione tempestiva (24 ore dal rapporto) del preparato. In virtù di tali dati la società tedesca di ginecologia ha recentemente segnalato come nel caso di richiesta di contraccezione d'emergenza il farmaco a base di UPA sia da considerare come prima scelta (21).

Poiché l'obiettivo primario della prescrizione di una contraccezione di supporto è abbassare il rischio di un eventuale concepimento, la valutazione su quale preparato sia in grado più efficientemente di ottenere questo risultato, unita alla tempestività d'intervento è responsabilità del medico attento (Figura 1).

LE RESPONSABILITÀ PRESCRITTIVE DELLA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA

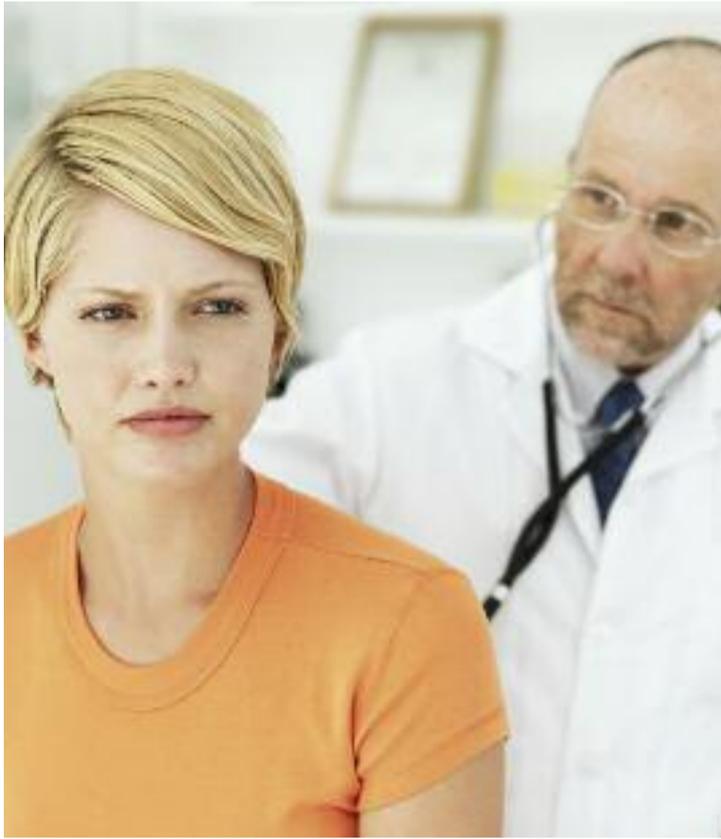
Qualora una donna abbia necessità di una prescrizione di CE il percorso non le risulta sempre facile. In una ricerca italiana su oltre 500 donne che si sono recate in un ambulatorio ginecologico universitario per richiedere la CE, nel 50% dei casi le donne venivano da altri centri in cui la prescrizione era stata loro negata e di questi centri, nel 20% dei casi, si trattava di consultori (22).

È di recente cronaca il caso tedesco di una ragazza stuprata che si è vista negare la prescrizione di CE in ben due cliniche a Colonia. Molto spesso la negazione della prescrizione nasce da problematiche di coscienza, poiché da taluni questa pratica viene assimilata a un aborto. Seppure siano moltissime le Istituzioni scientifiche internazionali che si sono espresse chiarificando il ruolo meramente contraccettivo di tale metodica e assolutamente non abortivo, intendendo per aborto l'interruzione di una gravidanza impiantata (23), tuttavia il punto relativo alla possibilità di un latente effetto intercettivo (ossia legato a interferenze durante l'annidamento dell'embrione), seppure escluso da revisioni di organismi internazionali (23), è ancora per taluni oggetto di discussione. In tali setting l'ipotetica interferenza con l'impianto viene assimilata, come aborto di fatto, e questo spiega le reticenze prescrittive che si possono riscontrare, reticenze genericamente avallate dal ricorso alla cosiddetta "obiezione di coscienza". Tuttavia pro-

prio grazie agli avanzamenti scientifici e alle nuove evidenze sul tema, dopo i recenti fatti di cronaca precedentemente citati, il cardinale Karl Lehmann, arcivescovo di Magonza, in qualità di presidente della Commissione dottrinale, sulla base delle conoscenze scientifiche circa la disponibilità di nuovi farmaci ha delineato una valutazione morale della cosiddetta "pillola del giorno dopo" e successivamente tutta la Conferenza dei Vescovi Tedeschi ha recentemente ratificato che negli ospedali cattolici le donne vittime di uno stupro possono contare su doverosa assistenza medica, umana, psicologica e spirituale e nell'ambito dell'assistenza medica è prevista la possibilità di somministrare un contraccettivo di emergenza che abbia un effetto preventivo ma non abortivo (24). Tale posizione è stata poi accolta sia dalle comunità episcopali Spagnole sia Svizzere (25,26).

In Italia, la Commissione Nazionale di Bioetica (2004) si è pronunciata sulla contraccezione di emergenza, sostenendo il diritto del medico di appellarsi alla "clausola di coscienza". La "clausola di coscienza" è concetto più sfumato rispetto all'obiezione di coscienza. È riconosciuta dal nostro ordinamento giuridico, per quanto riguarda aspetti sanitari solo nei casi specifici di aborto, sperimentazione o procreazione medicalmente assistita, e non altri. Atteso che l'obiezione di coscienza è consentita dall'art. 91 L. 194/78, relativamente all'interruzione di gravidanza ossia "aborto" ma non per la "contraccezione", risulta illegittimo il ricorso al citato articolo, non vertendosi in alcuna pratica abortiva e non può ritenersi consentito alcun rifiuto del medico motivato dal fatto di essere obiettore per le interruzioni di gravidanza. Del resto la clausola di coscienza, di cui all'art. 19 del Codice di deontologia medica, prevede che il medico al quale vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o il suo convincimento clinico possa rifiutare la propria opera. Tuttavia questo comportamento deve essere di non grave e immediato nocumento alla salute della persona assistita ed a una prestazione che l'ordinamento giuridico riconosce come dovuta (art. 1, Legge 405/75 "Istituzione dei consultori familiari").

Di conseguenza, nel caso in cui al medico sia richiesta la prescrizione di una contraccezione d'emergenza, in contrasto con la sua coscienza o il suo convincimento clinico, lo stesso non può limitarsi a esprimere la propria obiezione ma deve provvedere nell'ambito delle proprie responsabilità affinché la richiedente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione (ossia tempestivamente e senza effetti pregiudizievole) poiché più tempo passa, più aumenta il rischio per la paziente di rimanere incinta. Ne consegue che il rifiuto in tali casi è illegittimo.



Nel caso di una prescrizione del contraccettivo con evidenze di maggior possibilità di fallimento rispetto al nuovo farmaco, la donna, in sede di eventuale contenzioso, potrebbe addebitare al medico negligenza o imperizia per errata prescrizione

Che responsabilità potrebbe eventualmente ascrivere al medico nel caso in cui la donna restasse incinta a seguito di mancata prescrizione (o, nel caso di applicazione della clausola di coscienza, non si sia adoperato per una tempestiva prescrizione) del contraccettivo d'emergenza?

Per quanto riguarda il diritto civile, se la condotta del medico cagiona alla donna un danno ingiusto, secondo l'art. 2043 c.c., vi è obbligo di risarcimento. Per quanto riguarda il versante penale, qualora il medico si rifiuti di prescrivere la pillola per ragioni illegittime (ossia senza una giusta causa), potrebbe configurarsi l'abuso d'ufficio (ex art. 323 c.p.). Il medico infatti è un "pubblico ufficiale" che in tal caso, "nello svolgimento delle sue funzioni o del servizio", "in violazione di norme di legge o di regolamento", "arrecando ad altri un danno ingiusto". In tema di abuso di ufficio, realizza l'evento del danno ingiusto ogni comportamento che determini un'aggressione ingiusta alla sfera della personalità per come tutelata dai principi costituzionali.

Potrebbe inoltre configurarsi un "rifiuto" di atti di ufficio (art. 328 c.p.), poiché il medico ha l'obbligo giuridico di impedire un evento dannoso per il paziente e la sua responsabilità concerne anche il ridurre il pericolo di

danno. Una richiesta d'intervento come la CE, pur se non obiettivamente al momento come urgente, può diventare giustificabile in quanto esprime un rischio potenziale.

La donna infatti, ricorre alla prestazione del sanitario proprio per impedire l'evenienza della gravidanza e quindi nella mancata assistenza risulta leso il diritto primario della persona all'autodeterminazione in materia di procreazione (che rientra tra i diritti fondamentali garantiti dagli artt. 2 e 3 della Cost. e trova fondamento nell'art. 13 Cost. che annovera tra le facoltà del diritto assoluto alla libertà personale anche quella di disporre del proprio corpo). Per meglio chiarire, si lederebbe il diritto di non procreare, per esigere il quale la donna aveva chiesto accesso a un'efficace e tempestiva contraccezione d'emergenza.

Si avrebbe quindi un danno da nascita totalmente indesiderata (contro la volontà del genitore), rispetto alle pretese risarcitorie conseguenti alla non prescrizione di adeguati mezzi di contraccezione. La giurisprudenza ha affermato la risarcibilità, in via contrattuale ed extracontrattuale, in favore della donna, non solo del danno derivante dalla lesione del diritto alla salute, ma anche del "danno patrimoniale" (definito "indiretto") derivante dagli oneri di mantenimento, educazione e istruzione della prole non desiderata, nonché del danno derivante dai "maggiori disagi affrontati per effetto della nascita avvenuta in un momento di difficoltà e di quello derivante "dagli ostacoli che i nuovi doveri verso il figlio abbiano portato alla realizzazione anche economica della coppia".

Si è poi ritenuto che il danno risarcibile in conseguenza dell'illecito del sanitario sia non soltanto il "danno patrimoniale" consistente nei maggiori oneri gravanti sulla coppia per il mantenimento del figlio non voluto nei primi anni di vita, ma anche

il "danno esistenziale" (da liquidarsi necessariamente in via equitativa stante l'impossibilità di dimostrarne il preciso ammontare) consistente nel radicale cambiamento delle abitudini di vita che la nascita di un figlio comporta per la coppia.

Infine, citiamo per conoscenza la possibilità di una pretesa risarcitoria dello stesso figlio, una volta che sia venuto in vita e abbia quindi acquistato la capacità giuridica per l'esistenza del c.d. "diritto a non nascere".

Qualora inoltre la donna a seguito delle conseguenze di una mancata prescrizione dovesse essere costretta a un'interruzione volontaria di gravidanza, potrebbe richiedere al sanitario, cui ascrive imprudenza (per mancata prescrizione), i danni patrimoniali derivati dall'interruzione di gravidanza cui si è dovuta sottoporre, inclusa l'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni e/o attività lavorativa nonché eventuale stato psicologico di depressione, ansia ecc.

Analizziamo ora invece la responsabilità del medico nel caso in cui la donna sia rimasta incinta per una non efficacia del contraccettivo d'emergenza.

In generale si potrebbe sostenere che se la prescrizione è stata tempestiva, poiché la contraccezione d'emergenza riduce solo il rischio di potenziale fertilità di un rapporto non protetto ma non lo annulla del tutto, nel caso contemplato alcuna responsabilità potrebbe essere ascritta al medico, se di ciò ha informato la donna. Tuttavia la questione non è così semplice, stanti le evidenti diversità di efficacia nel ridurre tale rischio dimostrate dai due prodotti in commercio. I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza qualitativamente utile. E, secondo quanto iscritto nel Piano sanitario Nazionale 2010-13, garantire il diritto alla salute significa oltre che concretamente offrire i servizi, le attività e le prestazioni necessarie, contemporaneamente, assicurare che tali attività, servizi e prestazioni siano di qualità intrinsecamente elevata ed è una scelta strategica per il nostro sistema sanitario nazionale proprio il miglioramento e la qualificazione del personale dei servizi sanitari. Evidenze ormai assodate (dati pubblicati dal 2010) mostrano che a parità di tempo di intervento (assunzione di CE a distanza di 0-24 ore o 0-72 ore dal rapporto non protetto e quindi senza valutare l'estensione di indicazione alle 120 ore), le due molecole hanno dimostrato nel con-

fronto diretto una diversa percentuale di rischio di fallimento: un 75% di possibilità di fallimento in più per il LNG nelle prime 24 ore e del 42% in più per l'intervallo 0-72 ore. La sicurezza dei due prodotti appare poi completamente confrontabile. Anche dal lato dei costi, seppure il prodotto farmaceutico a base di UPA appaia in termini di confronti diretti più costoso, tuttavia secondo una recente analisi di costo efficacia effettuata nel Regno Unito (27), UPA in realtà rappresenta un risparmio quale metodo di contraccezione d'emergenza ed è un'alternativa costo efficace rispetto al LNG. Poiché con l'utilizzo di UPA sono attese meno gravidanze indesiderate rispetto a LNG (0,92% la differenza in tasso di gravidanze calcolata) il servizio sanitario spende meno con UPA, rispetto al costo che avrebbe appunto a seguito di una gravidanza indesiderata. Analoghi risultati in USA (28), con un risparmio per la società pari a 116,3 milioni di dollari in un anno.

Le due opzioni devono quindi essere prospettate alla donna correttamente, evidenziando le diversità in termini di rischio potenziale di fallimento. La donna a cui sia stato infatti prescritto il LNG, che subisca una mancanza di efficacia o meglio l'eccesso di fallimento rispetto al nuovo farmaco, in sede di eventuale contenzioso potrebbe addebitare al medico negligenza e imperizia (per errata prescrizione).

La questione attinente alla prescrizione del contraccettivo d'emergenza meno efficace chiama quindi fortemente in causa il tema del consenso, per le evidenti implicazioni sulla possibilità di scelta da parte della donna e la sua co-decisione libera e consapevole in relazione alle opzioni offerte dal sanitario. Anche questi aspetti possono fondare una pretesa risarcitoria. Nel caso invece di una prescrizione del contraccettivo con evidenze di minori possibilità di fallimento, a parità di condizioni, nessuna responsabilità potrà mai essere iscritta al medico in caso di mancanza di efficacia.

Il medico, chiamato alla prescrizione del contraccettivo d'emergenza, esegue infatti tale prestazione in ottemperanza ad una obbligazione derivante dal contratto di prestazione d'opera professionale stipulato tra lui, il paziente e la struttura sanitaria.

L'inesatta esecuzione della prestazione dovuta in base a tale contratto integra pertanto una fattispecie di inadempimento (art. 1218 c.c.) ed espone il medico e la struttura sanitaria alle conseguenze della responsabilità contrattuale (artt. 1223, 1225, 1226 e 1227 c.c.). **Y**

Per saperne di più

INFORMAZIONE ALLA DONNA E CORRETTO COUNSELLING

Il caso della contraccezione d'emergenza è estremamente esemplificativo di come sia sempre importante impiegare tempo e risorse per informare correttamente ed estesamente i propri pazienti. Nel caso di carente o errata informazione alla donna, la sua volontà di accettazione del piano terapeutico proposto, è "malformata" e il consenso è viziato, in quanto poggia su un corredo informativo che non ha consentito una corretta rappresentazione delle conseguenze e una scelta realmente ponderata nel suo reale interesse. Inoltre una carente informazione, e quindi le scelte successive ad essa conseguenti, possono esporre il medico a contenziosi medico legali nel caso che intervengano conseguenze negative per la salute fisica o psichica della donna.

*Prof di Farmacologia Clinica. Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Traslazionale
 **Patrocinante in Cassazione; Docente di Diritto Processuale Penale Campus University of Malta - Roma; Docente di Diritto Sanitario Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

- Magrini N, Traversa G, Raschetti R, Maestri E, Del Favero A, Montanaro N. La prescrizione di farmaci basata su prove di efficacia. In *La medicina delle prove di efficacia*. Ed Il Pensiero Scientifico 1997; 69-84
- Giangrande PH and McDonnell DP. The A and B isoforms of the Human progesterone receptor: two functionally different transcription factors encoded by a single gene. In *Recent Progress in Hormon Research*. The Endocrine Society Ed 1999; 54:291-31
- Liu T, Ogle TF. Signal transducer and activator of transcription 3 is expressed in the decidualized mesometrium of pregnancy and associates with the progesterone receptor through protein-protein interactions. *Biol Reprod*. 2002 Jul; 67(1):114-8
- Hermanson O, Glass CK, Rosenfeld MG. Nuclear receptor coregulators: multiple modes of modification. *Trends Endocrinol Metab*. 2002 Mar; 13(2):55-60
- Chauchereau A, Amazit L, Qesne M, Guiochon-Mantel A, Milgrom E. Sumoylation of the progesterone receptor and of the steroid receptor coactivator SRC-1. *J Biol Chem* 2003 Apr 4; 278(14):12335-43
- Smith CL, O'Malley BW. Coregulator function: a key to understanding tissue specificity of selective receptor modulators. *Endocr Rev* 2004 Feb; 25(1):45-71
- Spitz IM. Progesterone antagonists and progesterone receptor modulators: an overview. *Steroids*. 2003 Nov; 68 (10-13):981-93
- Spitz IM, Chwalisz K. Progesterone receptor modulators and progesterone antagonists in women's health. *Steroids* 2000 Oct-Nov; 65 (10-11):807-15
- Stratton P, Hartog B, Hajizadeh N, Piquion J, Sutherland D, Merino M, Lee YJ, Nieman LK. A single mid-follicular dose of CDB-2914, a new antiprogesterin, inhibits folliculogenesis and endometrial differentiation in normally cycling women. *Hum Reprod* 2000 May; 15 (5):1092-9
- Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *N Engl J Med* 1995 Dec 7; 333(23):1517-21
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. *Emergency Contraception Clinical Effectiveness Unit August 2011 (Updated January 2012)*. Consultabile su <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidanceEmergencyContraception11.pdf>
- WHO-Emergency Contraception Fact Sheet n° 244, revised Oct 2005, consultabile su <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>
- Novikova N, W.isberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation - a pilot study. *Contraception* 2007;75:112-8
- Gabriela Noé, Horacio B. Croxatto1, Ana María Salvatierra, Verónica Reyes, Claudio Villarroel, Carla Muñoz, Gabriela Morales, Anita Retamales. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation *Contraception* 81 (2010) 414-420.
- Croxatto HB, Brache V, Pavez M, Cochon L, Forcellido ML, Alvarez F, Massai R, Faundes A, Salvatierra AM. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75-mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception* 2004 Dec;70(6):442-50
- Hapangama D, Glasier AF, Baird DT, 2001; The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001 Mar; 63(3):123-9.
- Durand M, del Carmen Cravioto M, Raymond EG, Durán-Sánchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A, Schiavon R, Larrea F. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*. 2001 Oct; 64(4):227-34
- Brache V, Cochon L, Jesam C, Maldonado R, Salvatierra AM, Levy DP, Gainer E, Croxatto HB. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod* 2010 Sep;25(9):2256-63
- Crenin MD et al. Progesterone Receptor Modulator for Emergency Contraception A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* November 2006;108 (5):1
- Glasier AF et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis *Lancet* 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60101-8089-97
- EC Update. Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin und (DGGEF) e.V. und des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF) e.V. - Update vom 4.2.2013. Consultabile su http://www.dggef.de/resources/EC_update_18_5.2.2013.pdf.
- Bastianelli C, Farris M, Benaglia G. Reasons for requesting emergency contraception: a survey of 506 Italian women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2005 Sep;10(3):157-63
- ICEC- FIGO .Emergency Contraceptive Pills Medical and Service Delivery Guidelines. Third edition 2012. Consultabile su <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/03/Medical-and-Service-Delivery-Guidelines-English-2012.pdf>
- I vescovi tedeschi: dopo lo stupro solo farmaci non abortivi di Emanuela Vinai 22 febbraio 2013, *Avvenire*. Consultabile su <http://www.avvenire.it/Vita/Pagine/vescovi-tedeschi-dopo-lo-stupro-solo-farmaci-non-abortivi.aspx>
- Pillola del giorno dopo in caso di stupro: si anche dei vescovi spagnoli. *Corriere della sera* 26 feb 2013, consultabile su http://www.corriere.it/esteri/13_febbraio_26/pillola-giorno-dopo-spagna_cf65756a-8036-11e2-b0f8-b0cda815bb62.shtml
- Vescovi svizzeri: si a pillola giorno dopo in caso di stupro. *Swissinfo.ch* - Swiss Broadcasting Corporation. 6 marzo 2013 Consultabile su http://www.swissinfo.ch/ita/rubriche/notizie_d_agenzia/mondo_brevi/Vescovi_svizzeri_si_a_pillola_giorno_dopo_in_caso_di_stupro.html?cid=35156172.
- Thomas C M, Schmid R, Camerom S. Is it worth paying more for emergency Hormonal contraception? The cost-effectiveness of ulipristal acetate versus levonorgestrel 1,5 mg. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2012;36(4):197-201
- Bayer LL, Edelman AB, Caughey AB, Ródriguez MI. The price of emergency contraception in the United States: what is the cost-effectiveness of ulipristal acetate versus single dose levonorgestrel?. *Contraception* 2012 doi 10.106/j.contraception2012.08.034



Detergente eutrofico igienizzante intimo

Uso esterno flacone da 250 ml



Lavanda Vaginale

Uso interno
5 flaconi da 140 ml



Novità



Gel intimo idratante eutrofico igienizzante

Uso esterno
tubetto da 30 ml



XXI Riunione Nazionale del Gruppo Cooperativo MITO per lo studio della patologia ginecologica-oncologica

Carcinoma ovarico: dalla genetica alla pratica clinica

Si è riunito per la prima volta Bari, ad oltre 12 anni dalla sua creazione, il Gruppo Cooperativo MITO. Ad ospitare la XXI riunione nazionale del più importante Gruppo di studio operante sul territorio nazionale per la ricerca ed il trattamento delle patologie neoplastiche ginecologiche è stata la sede dell'IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II: un polo d'eccellenza in cui il presidente Aogoi, professor **Vito Trojano**, promotore dell'evento nonché responsabile scientifico della due giorni dedicata alla patologia ovarica, dirige il "Dipartimento Donna", struttura multi-specialistica d'avanguardia nel campo della prevenzione, cura e ricerca rivolta alla patologia della mammella e della sfera genitale femminile.

La due giorni MITO, ad iscrizione gratuita, è stata aperta ai medici-chirurghi specialisti in oncologia, ginecologia e ostetricia, chirurgia generale, genetica medica, anatomia patologica, radiodiagnostica, radioterapia e anche ai farmacisti e al personale infermieristico.

La numerosa presenza di giovani specialisti tra i relatori, appartenenti alle Scuole di Ginecologia Oncologica rappresentate nell'ambito del Multicentric Italian Trial Ovarian Cancer, a fianco dei maggiori esperti nazionali nell'area onco-ginecologica,

Il Multicentric Italian Trial Ovarian Cancer (MITO), il più importante Gruppo di studio nazionale per la ricerca e il trattamento delle patologie neoplastiche ginecologiche, si è riunito a Bari per fare il punto sugli ultimi progressi nella lotta alla patologia ovarica in campo genetico e biologico-molecolare. Promotore dell'iniziativa il presidente Aogoi, che ha ospitato l'incontro presso l'IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II del capoluogo pugliese



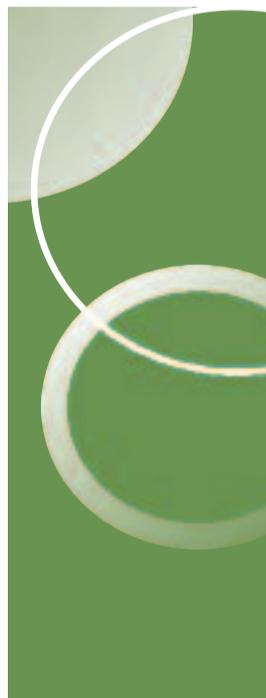
sia clinici che ricercatori, è stato un elemento distintivo di questo incontro formativo di altissima qualità didattica.

Da alcuni anni ormai le riunioni nazionali del Gruppo Cooperativo MITO per lo studio della patologia ginecologica-oncologica si sono aperte alla collaborazione con esperti della ricerca di base e traslazionale, pertanto il XXI incontro è stato occasione per fare il punto sugli ultimi progressi registrati in campo genetico e biologico-molecolare circa la comprensione dei meccanismi che governano l'insorgenza della patologia tumorale ovarica. Prendendo spunto dalla ricerca di base si sono dunque illustrate le direttrici segui-

te in questo momento per la individuazione di nuovi target molecolari e i conseguenti progressi registrati nella individuazione di nuove classi di farmaci intelligenti in grado di colpirli selettivamente.

Il meeting ha permesso inoltre di aprire un confronto tra la Scuola italiana e la Scuola tedesca, con la partecipazione di Christoph Thomssen, direttore del Dipartimento di ginecologia dell'Università Halle-Wittenberg, chiamata nell'occasione ad illustrare la sua linea di condotta in tema di chirurgia radicale quale step fondamentale nel trattamento del carcinoma ovarico. Attraverso le tavole rotonde aperte a tutti i rappresentanti dei centri clinici afferenti al gruppo cooperativo onco-ginecologico MITO è stato possibile analizzare lo stato dell'arte della ricerca in questo ambito, passando in rassegna sia le novità emerse dai maggiori appuntamenti congressuali e dalla letteratura edita nell'anno appena trascorso, sia i risultati emersi dai maggiori trial nazionali e internazionali portati a conclusione, compresa l'analisi ad interim di quelli ancora in fase di svolgimento. **Y**

Al centro della XXI Riunione del Gruppo MITO gli ultimi progressi registrati dalla ricerca sulle basi genetiche e biologico molecolari che governano l'insorgenza della patologia tumorale ovarica. Un terreno di ricerca essenziale per le future prospettive terapeutiche



SIORG
SOCIETÀ ITALIANA di ONCOLOGIA GINECOLOGICA

CORSO DI AGGIORNAMENTO SU HUMAN PAPILLOMAVIRUS

Corso Avanzato sull'HPV (percorsi e algoritmi di prevenzione)

Società Italiana di Oncologia Ginecologica
Corsi 2013: Bari, Catania, Milano, Roma

MILANO
27 settembre 2013

ROMA
25 ottobre 2013

BARI
17 maggio 2013

CATANIA
10 giugno 2013



SEDI DEL CORSO
BARI - Ordine dei Medici - "AUDITORIUM" - Via G. Capruzzi, 184
CATANIA - Azienda Ospedaliera "Cannizzaro" - "Aula Congressi" - Via Messina, 829
MILANO - IRCCS Ospedale "San Raffaele" - Aula "da definire"
ROMA - Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" - Aula "da definire"

CREDITI FORMATIVI - ECM
Il presente corso è stato sottoposto all'accreditamento presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero della Salute. Crediti Assegnati: 9 [rif.pratica 309-56739]

Accreditato per:
•MEDICO CHIRURGO
Discipline di riferimento: Ginecologia e Ostetricia, Oncologia, Dermatologia e Venereologia, Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Biochimica Clinica

- Per ottenere i crediti formativi sarà necessario:
- partecipare nella misura del 100% ai lavori scientifici;
 - compilare il questionario di apprendimento e la scheda di valutazione dell'evento con i dati completi del partecipante (l'attribuzione dei crediti è subordinata al superamento del 80% di risposte corrette);
 - appartenere ad una delle discipline per il quale l'evento è stato accreditato;
 - riconsegnare, al termine dell'evento, presso la Segreteria, tutta la documentazione debitamente compilata e firmata;
 - firmare il registro di presenza all'inizio ed al termine dei lavori

ISCRIZIONE AL CORSO
L'iscrizione al corso è obbligatoria, gratuita ed a numero chiuso [60 partecipanti]. La richiesta di partecipazione dovrà essere effettuata alla Segreteria Organizzativa inviando l'apposita scheda compilata in ogni sua parte.

Provider ECM
Collage SRL - Palermo

Segreteria Organizzativa
Branch Office Napoli
80143 Napoli - Centro Direzionale - Isola GI
Tel. 081.19979319 - Fax. 081.19979369
Mail. segreteria.napoli@collagecongressi.it

Violenza sulle donne: cosa possono fare i ginecologi?

Un punto di osservazione privilegiato per l'emersione e il contrasto della violenza sulle donne

di Valeria Dubini
Vice presidente AOGOI

Femminicidio è un neologismo creato per indicare gli omicidi "di genere": per indicare cioè gli assassini di donne perpetrati ad opera di partner, ex partner, mariti e comunque da uomini che hanno o hanno avuto in qualche modo una relazione con la vittima "anche" di tipo affettivo. Le basi del femminicidio sono da ricercare nelle basi culturali che regolano i rapporti uomo-donna e per i quali ancora persistono purtroppo molti stereotipi che portano a confondere l'amore con il possesso, la passione con l'ossessione, il desiderio con la pretesa.

I dati sugli omicidi mostrano in modo inequivocabile come le morti violente delle donne, anche nel nostro Paese, abbiano un forte connotato "di genere": per avere un'idea circa la dimensione del fenomeno basta considerare come il 90% degli omicidi di donna avvenga ad opera di un partner o ex partner, mentre tra le morti violente maschili sono ascrivibili alla partner in meno del 10% dei casi.

Nel 2012 in Italia sono stati 124 i "femminicidi" e nel 2013 sono già 36, 10 solo nell'ultima settimana.

Quando accadono fatti di questa portata è indubbio che un'ondata emotiva riempie le pagine dei giornali e va a colpire l'opinione pubblica: purtroppo si tratta di una punta di Iceberg la cui parte più consistente continua giorno dopo giorno sommersa ed invisibile, in qualche modo ignorata e tollerata, nonostante una rinnovata attenzione rispetto al fenomeno.

Ognuno deve fare la sua parte, ed è certamente una idea forte quella della neo-ministra delle Pari opportunità Josefa Idem di creare una task force che coinvolga anche altri ministeri per fare fronte a questa vera e intollerabile emergenza.

Da anni la nostra associazione si impegna per creare una "cultura" su questi argomenti e perché diventi patrimonio comune della nostra categoria la consapevolezza che occuparsi di violenza sulle donne sia semplice-

■ Nel 2012 in Italia sono stati 124 i "femminicidi" e nel 2013 sono già 36. Dieci solo nell'ultima settimana. Purtroppo si tratta della punta di un Iceberg la cui parte più consistente continua giorno dopo giorno, sommersa e invisibile, in qualche modo ignorata e tollerata, nonostante una rinnovata attenzione rispetto al fenomeno.

Noi, che siamo medici delle donne e che accompagniamo le nostre assistite in tanti delicati passaggi della loro vita, abbiamo un punto di osservazione privilegiato per favorire l'emersione di questo fenomeno. E dobbiamo sentire la responsabilità e il dovere di fare la nostra parte

A LATERE

di Carlo Sbiroli

■ Per una donna scrivere di femminicidio non deve essere cosa facile. Ma nonostante questo Valeria Dubini è riuscita in questo articolo a mantenere un giusto equilibrio e a destreggiarsi tra le diverse argomentazioni. È importante il ruolo che assegna al ginecologo: siamo i medici delle donne. Quindi dobbiamo difenderle.

È fuor di dubbio che il femminicidio sia frutto di una cultura superata e perversa che accetta la superiorità dell'uomo sulla donna e il conseguente potere che spesso si traduce in violenza. Questa cultura va cambiata e il ginecologo, insieme alla scuola, deve diventare artefice di questo cambiamento. Deve diventare protagonista di una nuova mentalità. Non relegando il problema, come si è fatto finora per viltà, in un mondo oscuro, coloso, equivoco. È necessario soprattutto educare le nostre pazienti.

Un'educazione continua che noi possiamo fornire perché siamo presenti nei momenti più importanti della loro vita: adolescenza, gravidanza, menopausa. Una educazione che cambi radicalmente la mentalità delle donne più deboli. Perché il potere e la violenza, che di solito sono alla base del femminicidio, non stanno solo nella forza irrazionale del maschio, ma anche "nell'acquiescenza della donna alla propria subordinazione".

Violenza sulle donne **Lorenzin: "Sì a piano nazionale con Ministro Idem e Regioni"**

■ Quello della violenza non è un tema di genere ma di civiltà che attraversa i ministeri così come la società. Così ha affermato il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin intervenendo all'Audit nazionale sulla violenza di genere "Insieme per una convivenza civile diciamo no alla violenza", che si è tenuto presso il Comando generale della Guardia di Finanza a Roma il 22 maggio scorso. "Come Ministro della Salute sento oggi ancora di più questo tema perché la salute della donna, ma anche degli altri soggetti che sono oggetto

di violenza, come bambini e anziani, passa attraverso le strutture sanitarie pubbliche e, tra queste, i Pronto Soccorso sono un vero e proprio "luogo di frontiera" perché vi si rivolgono le persone che hanno bisogno di cure ed è lì che si affrontano i casi più drammatici". "Abbiamo inoltre visto - ha proseguito il Ministro - che laddove esistono progetti socio sanitari integrati di assistenza e counselling per le vittime di violenze e per le loro famiglie, le persone che denunciano i soprusi subito sono di più perché vengono supportate nell'intero percorso assistenziale. Dichiaro, quindi, la mia disponibilità a valutare con il Ministro Idem e con le Regioni la definizione di un Piano nazionale sulla violenza contro le donne".

mente parte della nostra professionalità: eppure nonostante tutto, sembra che questa sia un'idea che stenta ad affermarsi, come se persistesse una resistenza profonda e la voglia di pensare che si tratti di un problema di "altri", psicologi, assistenti sociali, giornalisti, forze di polizia... insomma altri.

Ne è una testimonianza la fatica che si fa a contaminare i nostri congressi con una tematica di così ampio rilievo, che riceve molta attenzione a livello delle società scientifiche internazionali, cito soltanto la Figo e l'Oms, ma che troppo spesso nelle nostre sessioni congressuali viene relegata tra gli argomenti marginali o peggio ancora del tutto omessa. Eppure dovremmo sapere che i sanitari, e in particolare noi che siamo medici delle donne e che accompagniamo le nostre assistite in tanti delicati passaggi della loro vita, abbiamo un punto di osservazione privilegiato per favorire l'emersione di questo fenomeno.

Anni fa la pubblicazione triennale sulle morte materne pubblicata periodicamente in Gran Bretagna, "Why Mothers die", denunciava che la violenza domestica rappresentava la seconda causa di mortalità materna e probabilmente costituiva un importante cofattore in molte altre cause di morte materna quali ad esempio il distacco massivo di placenta, la rottura d'utero, l'aborto, il suicidio.

Ma, cosa ancora più importante, la pubblicazione inglese puntava il dito sul fatto che il **40% delle donne morte** per motivi riconducibili a violenza domestica avevano effettuato almeno un accesso ai servizi sanitari, senza che gli operatori avessero riconosciuto i segnali che avrebbero forse potuto portare al riconoscimento del problema e magari salvare quelle vite.

Si trattava probabilmente di una richiesta di aiuto inespressa che i servizi sanitari non erano riusciti a comprendere e decodificare. Da allora il servizio sanitario inglese ha iniziato una campagna molto capillare per formare gli operatori su questo fenomeno, nella consapevolezza che una accresciuta sensibilità è la premessa indispensabile per riconoscere il problema e consentire di innescare processi protettivi nei confronti delle donne che vivono questa condizione.

Nel 2009 l'Oms ha pubblicato i dati di una ricerca multicentrica effettuata su oltre 24.000 donne di 10 diversi Paesi indagando sulle ricadute della violenza sulla salute e conclude rilevando come il sistema sanitario rappresenti spesso la prima possibilità di contatto per le donne vittime di violenza, e indicando proprio i servizi che si occupano di salute riproduttiva come un potenziale unico "dal momento che la maggior parte delle donne hanno occasione di accedervi in qualche momento della loro vita".

Tutto questo ci dimostra che non

► **Segue a pagina 30**

di Carlo Sbiroli

E se si iniziasse a lavorare a 40-50 anni?

“Gli anziani non esistono”. Lo sguardo è sorridente e perentorio. Convince per come lo dice. È un collega in pensione da alcuni anni (vuole rigorosamente mantenere l'anonimato). È venuto a trovarmi perché entusiasta dell'articolo comparso sull'ultimo numero di *GynecoAogoi*, “La saggezza dei vecchi è una grande risorsa per i giovani” (pag. 14, 3/13). Ha voglia di discutere. Vuole dire la sua. “L'idea che si ha del pensionamento è per lo più distorta. Si passa tutta la vita lavorativa in attesa di questo meritato riposo. Quando arriva ci si accorge di avere ancora tanta energia e tanta voglia di fare. Per questo, credo che il pensionamento dovrebbe essere vissuto come l'inizio di una nuova ed eccitante fase della vita. Molti vivono l'entrata in pensione come un momento ideale per impegnarsi in un nuovo lavoro completamente diverso da quello precedente. Inizia una nuova vita”. Molti scrivono libri che non pubblicheranno mai. Altri iniziano un percorso d'arte. La maggior parte dipinge improbabili quadri che non raggiungeranno mai una galleria. Altri ancora coltivano rose, se hanno un giardino. Oppure c'è il bricolage che riempie le loro giornate. I ginecologi per lo più si riciclano in cliniche private. Portano avanti un lavoro abbastanza impegnativo, anche se quantitativamente inferiore a

L'articolo sugli anziani, comparso sull'ultimo numero di *GynecoAogoi* ha riscosso notevole successo. Molte le telefonate in redazione. Consensi e alcune critiche. La maggior parte è d'accordo di iniziare un nuovo lavoro post-pensionamento. Ma vi è anche chi ha proposto di andare in pensione da giovani e iniziare a lavorare a 40 anni. Un sogno? Poco realismo? Forse no. Difficile da applicare. Ma non impossibile

quello precedente, destinato a esaurirsi nel giro di pochi anni. Questo però avviene nei grossi centri urbani. Non accade in provincia, dove quasi sempre le strutture private sono in numero limitato e spesso poco idonee. E poi, le assicurazioni professionali costano troppo e a una certa età la vita da ostetrico è troppo faticosa e noiosa. “Che ci crediate o no, il pensionamento mi ha permesso di iniziare una nuova attività. Era il sogno della mia vita”. Siamo seduti al tavolo di un noto ristorante romano in un dei quartieri più popolari. Chi parla è un collega ospedaliero dell'Istituto dei Tumori in pensione. Cinque anni fa con i soldi della liquidazione ha iniziato con successo attività di ristoratore. È entusiasta. “È stata un'idea brillante”, dice. “Mi impegna moltissimo. Mi permette di essere creativo, inventandomi nuovi piatti. Tutto questo mi appassiona. È bello sentirsi ancora apprezzati, come ai tempi dell'Istituto, anche se in campi completamente diversi”. Poi c'è un altro collega, 72 anni, che ha concluso la sua carriera ospedaliera quattro anni fa e ha intrapreso un nuovo lavoro aprendo un'agenzia di viaggi “a 5 stelle”. “Ho voluto fare qualcosa di diverso. Ho passato buona parte della mia vita nelle sale par-

to. Una vita terribile. Passata tra ansie, notti insonni, festività lontane dalla mia famiglia. Ora la mia vita è più regolare. E soprattutto sogno e viaggio per il mondo con i miei clienti”.

Da ginecologo oncologo a chef. Dalla sala parto all'agenzia di viaggi. Ecco come può cambiare la vita dopo i 70

Prima studenti. Poi lavoratori, infine pensionati. Queste erano le scansioni tradizionali. Adesso le tappe della vita non sono più così nette. È in corso una rivoluzione che ribalta tempi e ruoli

Oggi la data del pensionamento mostra confini sempre più sfocati, più elastici. E il mercato del lavoro si sta adeguando a questa nuova situazione. “Tutto questo ha finito col confondere e attenuare quei ruoli rigidi che fino a pochi anni fa corrispondevano ad altrettante età della vita”, osserva Federico Rampini sulle pagine de *La Repubblica*. “Prima studenti. Poi lavoratori, infine pensionati. Queste erano le

scansioni tradizionali. Adesso le tappe della vita non sono più così nette. È in corso una rivoluzione che ribalta tempi e ruoli. Colpa, in parte, della maggiore precarietà dei ragazzi che tendono a rimanere sui libri più a lungo. Ma anche di una vera e propria filosofia secondo la quale dedicarsi a un impiego in età avanzata può essere vantaggioso”. Sicuramente una spinta decisiva a cercare una occupazione nel post-pensionamento è arrivata dalla crisi economica di questi ultimi anni. I costi della vita sono aumentati e le pensioni sono rimaste al palo. La crisi economica sta confondendo le carte. Le tappe della vita si sono mischiate, fino a capovolgersi. Si avete capito bene: fino a capovolgersi. In altri termini si co-

mincia a pensare di vivere una vita lavorativa alla rovescia: in pensione da giovani, al lavoro da anziani. Un modello economico-sociale che viene proposto con sempre maggiore insistenza da alcuni economisti all'interno della green economy. Chi non ha sognato di godersi la vita da giovane, e lavorare poi con maggiore saggezza e attenzione in età matura? È quanto ha fatto Ed Harwkins, 33 anni, giornalista. Il 13 aprile scorso sulle pagine di *The Independent* ha raccontato perché ha preso questa decisione. “Ho pensato che una vita tranquilla e senza far niente sarebbe sprecata in vecchiaia. Così ho deciso di abbandonare il mio lavoro, il mio stipendio garantito, l'Inghilterra. Ho scelto di andare a vivere nel sud-ovest della Francia, vicino Tolosa. La vita costa poco, il buon vino ancora meno e il sole splende molto più spesso che sul Tamigi”. Ed Harwkins non è l'unico che pensa in questo modo. Se smanettate un po' sul vostro computer troverete moltissimi siti che vi indicheranno come affrontare una “Retirement Strategy: How to Retire Young, Early and Rich”. Oppure se siete anziani, e state per andare in pensione, vi consiglio di cliccare “retirement-jobs.com”. Sono siti che stanno riempiendo un vuoto. Aiutano giovani e anziani: i primi ad andare in pensione da giovani e lavorare dopo i 40-50 anni, i secondi (gli anziani) per cercare di mantenere le loro capacità e competenze di lavoro. Conclusione: anche se l'attuale momento economico non è dei più favorevoli, non è irrealistico pensare di iniziare una nuova attività lavorativa dopo il pensionamento. Soprattutto perché dedicarsi a un impiego in età avanzata è un vantaggio. Provare per credere. **Y**



Affamati di informazioni, bisognosi di confrontarsi con i coetanei, e non solo, per ricevere “dritte” sulle soluzioni da prendere, ma anche rassicurazioni che li sollevino dall’ansia di aver commesso errori irreparabili. È questo il profilo dei giovani della “generazione 2.0” che, dopo un rapporto sessuale a rischio di gravidanza indesiderata, navigano sul web a caccia di notizie immediate e attendibili sulla rotta da seguire per assumere la contraccezione d’emergenza. Ma anche per sentirsi dire se devono temere o meno possibili effetti collaterali, reali o immaginari, dopo aver assunto la pillola del giorno dopo. Sono ragazze, ma anche ragazzi, insicuri e spaventati spesso fino al panico, ai quali le ostetriche/i dell’Associazione Italiana di Ostetricia hanno deciso di tendere una mano per diventare un punto di riferimento affidabile e chiaro che li indirizzi verso le soluzioni più adeguate nei momenti di incertezza sulla loro salute sessuale e riproduttiva. E per consolidare il loro ruolo di “counsellor” hanno avviato un progetto di formazione, rivolto a medici e ostetriche, sulla salute sessuale dei giovani per una procreazione responsabile e una consapevolezza sul tema delle malattie sessualmente trasmissibili.

Una partnership vincente con i Ginecologi. A dare il via al progetto, presentato in una conferenza stampa a Milano il 27 maggio scorso, un’indagine realizzata da Boto srl in collaborazione con Frozen Frogs sull’intero universo del web. Sono state analizzate 1.370 conversazioni sulle principali piattaforme 2.0, relative quindi a forum di discussione on line, considerate più significative sul tema della contraccezione d’emergenza. Cosa è emerso? I ragazzi sanno che in caso di emergenza la loro stella polare è il consultorio, ma non hanno individuato in maniera chiara i soggetti professionali ai quali rivolgersi (spesso sono usati in termini aspecifici come dottoressa, assistente, ecc.). Tuttavia nel “tam tam” dei consigli, l’Ostetrica/o viene raccomandata come professionista competente e capace di attuare una accoglienza ottimale a garanzia della riservatezza. “L’analisi delle conversazioni web – sottolinea **Antonella Marchi**, Presidente dell’Associazione Italiana di Ostetricia – ci conferma che l’Ostetrica/o rappresenta il front office per le donne e i giovani in generale, che si rivolgono alle strutture sanitarie per la loro salute sessuale. L’Ostetrica/o è una professionista sanitaria che spesso agisce da trait d’union tra medico e paziente, effettuando un adeguato counselling durante quel delicato momento che è la richiesta di contraccezione d’emergenza (CE)”. In Inghilterra esistono già queste figure con una formazione ad hoc, spiega la professoressa Rossella Nappi, ginecologa presso l’Università di Pavia che ha dato il via al progetto insieme

Giovani e salute sessuale e riproduttiva

Le ostetriche AIO in prima fila per offrire supporto

L’Associazione Italiana di Ostetricia lancia un progetto di formazione, rivolto a medici e ostetriche/i, per supportare i giovani nelle scelte sulla salute sessuale e riproduttiva. Per una procreazione responsabile e una maggiore consapevolezza sul tema delle malattie sessualmente trasmissibili



alle ostetriche dell’AIO, e ricorda come sul tema della CE bisogna sfrondare il campo da pregiudizi e false credenze: “Si tratta in realtà di una semplice forma di contraccezione da attuare dopo un rapporto a rischio di gravidanza, una scelta fondamentale per evitare il più possibile che le donne si confrontino con l’evento traumatico di una eventuale interruzione volontaria”.

Timori e ansie della “generazione 2.0”. Tre donne su dieci hanno informazioni parziali se non addirittura sbagliate sulla contraccezione d’emergenza. Sanno poco o nulla sugli effetti e sulla percentuale di riuscita della pillola del giorno dopo. Ed anche sui suoi effetti collaterali. È quanto emerso dall’analisi delle conversazioni sui principali forum del web. Soprattutto, dalle parole adottate dalle donne che hanno avuto un rapporto a rischio, emergono preoccupazione, ansia e addirittura panico. Hanno bisogno di rassicurazioni per capire quali sono le mosse giuste da fare, tant’è che la domanda più frequente riguarda l’iter da intraprendere per farsi prescrivere il farmaco. Anche chi lo ha già assunto manifesta dubbi e paure. Uno stato d’animo che testimonia come, diversamente da quanto raccomandato dalle società scientifiche, alla donna non vengono fornite sufficienti informazioni e non viene eseguito un adeguato counselling. Ma il dato più allarmante è che tra i naviganti il timore

di malattie sessualmente trasmissibili è l’ultima delle preoccupazioni: appena lo 0,5% esprime ansia per la possibile trasmissione di malattie sessuali in seguito a rapporti non protetti. Rapporti a rischio ai quali si espongono quasi sette volte su dieci.

Ragazzi alla ricerca di una guida. Dall’analisi delle conversazioni emerge quindi la necessità di una professionista esperta che unisca competenze tecniche e professionali ed anche la capacità di accogliere e contenere l’emotività e l’ansia che invariabilmente si legano al rapporto a rischio di gravidanza indesiderata e all’assunzione della contraccezione d’emergenza. Caratteristiche che le ragazze individuano nell’Ostetrica/o: “A me è successo proprio ieri di avere rapporti a rischio (si è rotto il preservativo), per la paura oggi sono corsa nel consultorio per farmi prescrivere la pillola del giorno dopo, sia la ginecologa che l’ostetrica

hanno detto di stare tranquilla...se non lo sanno loro che è il loro lavoro...”. I consigli dell’Ostetrica/o sono considerati risolutivi, e le donne si fidano di loro “perché, non direbbe qualcosa che potrebbe nuocere alla mia salute...”. Ed anche chi ha avuto una buona esperienza con un’Ostetrica consiglia di rivolgersi a questa professionista in caso di bisogno: “Vai all’ospedale o al consultorio e chiedi di parlare con una ginecologa o un’ostetrica; vai senza paura. Io ho parlato con un’ostetrica gentilissima che mi ha messo a mio agio. È andato tutto bene”. “Le donne che si rivolgono alle strutture sanitarie – ha spiegato **Elsa Del Bo**, responsabile del progetto per AIO – arrivano spesso in situazioni di emergenza con le idee confuse e un forte carico di ansia e dubbi. Ecco perché abbiamo voluto costruire un percorso di formazione ad hoc sul corretto counselling sia per la contraccezione d’emergenza, che per la contraccezione e le infezioni sessualmente trasmissibili. Queste infatti sono le problematiche che più frequentemente, come emerso dall’analisi, richiedono attenzione e partecipazione da parte dei professionisti sanitari del territorio e dell’ospedale”.

Ginecologo e ostetrica: una collaborazione vincente. La collaborazione medico-ostetrica è la chiave di volta per far ben funzionare i servizi territoriali e soprattutto offrire un servizio di qualità alle utenti. “Avere una

figura professionale qual è l’ostetrica – sottolinea **Giovanni Fattorini**, Presidente Associazione Ginecologi Territoriali (AGITE) - in grado di mediare e preparare adeguatamente le donne al successivo incontro con il medico, semplifica e rende più fruttuosa la relazione terapeutica. In questo modo infatti il medico può dedicarsi alla parte più strettamente “tecnica”, la prescrizione, e completare il lavoro di counselling. Se la prima fase anamnestica/clinica venisse sempre condotta dall’ostetrica il medico avrebbe più tempo da dedicare alla corretta informazione, presentando i vantaggi e svantaggi dei diversi metodi contraccettivi d’emergenza, le loro caratteristiche principali, ma anche i limiti delle varie metodiche, e prospettare le diverse opzioni per permettere alla donna una scelta consapevole. Oggi ad esempio – aggiunge – abbiamo molecole innovative come Ulipristal acetato che hanno una efficacia maggiore rispetto alle precedenti formulazioni nel ridurre il rischio di gravidanze indesiderate, ma ci vuole appunto tempo per illustrare con completezza alla donna tutto questo. Un primo incontro con l’ostetrica, sgombrando l’ansia e le tante paure che coinvolgono le donne e/o le coppie che richiedono la CE facilita quindi il successivo percorso prescrittivo. Dal momento che è fortemente raccomandato assumere il farmaco il prima possibile, questa facilitazione è essenziale per render più efficace la metodica”.

Il progetto di formazione. Il progetto partito dall’analisi web punta a formare Medici e Ostetriche/i. Un primo corso è già stato organizzato a Roma (10-11 maggio 2013) con alcune Ostetriche/i AIO provenienti da quasi tutte le regioni. Tra i docenti la professoressa Barbara Suligoi, Responsabile del servizio delle Mst dell’Istituto Superiore di Sanità per il tema delle infezioni sessualmente trasmissibili, la professoressa Rossella Nappi per il tema della contraccezione d’emergenza, la dottoressa Elsa Del Bo sulla funzione educativa di counsellor ed il professor Giovanni Fattorini per i temi inerenti la contraccezione.

Nei prossimi mesi saranno organizzati eventi formativi a cascata per aggiornare altre professioniste in grado di affrontare con competenza i temi della salute sessuale e riproduttiva. **Y**

Le ostetriche AIO al Congresso regionale Emilia Romagna

Voglia di confronto e crescita professionale

■ Il Congresso regionale congiunto Aogoi-Agite-Aio-Fesmed, che si è svolto a Rimini dal 22 al 23 marzo scorso, è stato un importante momento associativo-formativo per le ostetriche Aio. Fin da una prima valutazione del programma del Congresso “La re-

sponsabilità professionale: novità legislative, contrattuali, Linee guida e procedure operative” colpisce la scelta degli argomenti proposti, in particolar modo, nella prima sessione che ha registrato una folta affluenza di professioniste ostetriche, interessate alle tematiche sull’abusivismo professionale, la legislazione sanitaria e la responsabilità professionale. Un interesse sempre crescente testimoniato dalle attive e partecipate discussioni sorte al termine delle sessioni, che hanno coin-

volto tutti i discenti in sala. Riguardo alla problematica sull’abusivismo professionale è emersa la necessità impellente di valorizzare la Professione dell’Ostetrica nella società in quanto Professione normata da leggi dello Stato ed in possesso di tutti i requisiti per garantire salute e sicurezza ai cittadini. Per contrastare l’abusivismo professionale, uno strumento efficace e fondamentale è quello di aumen-

E la corsia diventa galleria d'arte

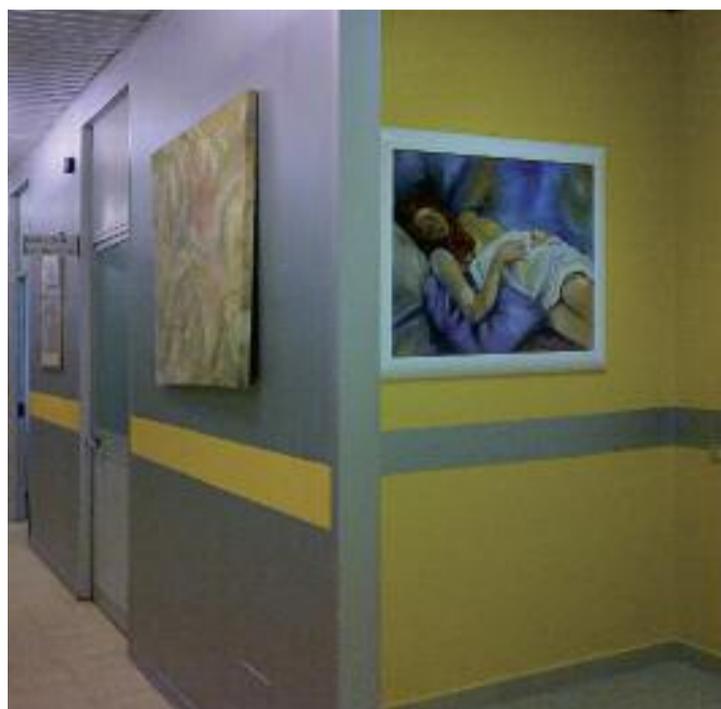
Una mostra d'arte permanente allestita nei corridoi di un reparto di ostetricia e ginecologia. È l'idea di cui si è fatto promotore il segretario regionale Aogoi Lombardia **Claudio Crescini**, nel reparto da lui diretto al San Giovanni Bianco di Bergamo. La mostra ospita 40 opere: un pò d'arte pittorica, fotografica e scultorea, con il filo conduttore dell'universo femminile in tutti i suoi aspetti, compreso ovviamente quello della maternità

Costa veramente poco rendere più gradevole un ambiente di cura, per i degenti, per i parenti e visitatori, per chi ci lavora. Inoltre un ambiente gradevole influisce positivamente sul tono dell'umore, sui rapporti interpersonali, sul clima generale e chissà forse anche sul processo di guarigione. Sicuramente l'ambiente ostetrico ginecologico è quello che se ne può avvalere di più. Quindi ambienti curati e confortevoli, finestre, luminosità, verde e perché no opere d'arte. È quello che ha pensato Claudio Crescini, segretario regionale Aogoi Lombardia che si è rivolto all'associazione culturale di cui è socio "Il cavaliere giallo" chiedendo di raccogliere tra gli iscritti e gli artisti affiliati un pò di opere d'arte pittorica, fotografica e scultorea con il filo conduttore dell'universo femminile in tutti i suoi aspetti, compreso ovviamente quello della maternità, ma non solo. Sono così giunte molte opere e tra di esse ne sono state selezionate 40 che rimarranno permanentemente negli ambienti del reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale di San Giovanni Bianco a Bergamo.

Per creare una galleria d'arte non bastano le opere d'arte, ma anche l'ambiente deve essere idoneo. Ecco allora che una socia art designer si offre gratuitamente di progettare una nuova colorazione degli ambienti ospedalieri, un socio produttore di vernici regala la materia prima, la comunità montana manda due imbianchini e l'amministrazione ospedaliera aggiorna l'illuminazione

rendendola idonea al progetto. Dopo un anno dalla prima idea si è giunti finalmente alla inaugurazione nel marzo scorso alla

presenza di oltre cento persone. È la riprova che quando si propone qualcosa per il bene di tutti si trovano sempre dei benefattori.



Un ambiente gradevole influisce positivamente sul tono dell'umore, sui rapporti interpersonali, sul clima generale e chissà forse anche sul processo di guarigione. Sicuramente l'ambiente ostetrico ginecologico è quello che se ne può avvalere di più

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Il modello e la modella

Negli ultimi anni si è fatto un gran parlare degli stili di vita e di quanto, seguendo quei dettami, si possa risparmiare, in termini di prevenzione più che di cura, in sanità. Qualche ingenuo credeva di concretizzare da subito una minor spesa per il sempre più disastrato Servizio sanitario nazionale. Senza pensare che il benefico effetto si può avere solo a livello generazionale, quando quei consigli saranno diventati parte integrante dei comportamenti di tutti. Anche perché quel si raccomanda va in controtendenza rispetto a quanto è avvenuto durante il benessere economico, periodo in cui un esasperato consumismo ha portato ad esagerare anche nell'alimentazione, spesso privilegiando i cosiddetti cibi spazzatura. In questo è innegabile la grande colpa della pubblicità, tanto la manifesta quanto quella occulta. Sappiamo bene che come l'obesità pure la magrezza se eccessiva può comportare non pochi problemi all'apparato riproduttivo femminile, compromettendo la normale fertilità. A tutti sarà capitato di trovarsi, di tanto in



Mi torna alla mente una delle tante adolescenti giunte alla mia osservazione, accompagnata da una madre premurosa che manifestava il forte desiderio di capire come mai sua figlia non avesse flussi mestruali da qualche mese...

tanto, di fronte a giovani donne esageratamente sottopeso, con storia di una gran perdita di chili in un breve arco di tempo. Spesso è l'irrefrenabile desiderio di emulazione verso i modelli che offre o meglio impone il mercato. Quante volte e da più parti si è

alzata giustamente la voce contro gli stilisti del vestire, colpevoli di esasperare taglie molto basse, proprio per evitare il rischio anoressia? Discorso non diverso da quello che si potrebbe fare per altre mode, come il piercing o il tatoo, o un altro problema piuttosto serio

dal punto di vista medico, quello della mammoplastica molto precoce, cioè prima che si sia completato lo sviluppo corporeo. In particolare mi torna alla mente una delle tante adolescenti giunte alla mia osservazione, accompagnata da una madre premurosa che manifestava il forte desiderio di capire come mai sua figlia non avesse flussi mestruali da qualche mese. Fatte le giuste domande, non mi fu difficile mettere in relazione quell'amenorrea con un dimagrimento, eccessivo quanto

repentino, pari a circa venti chili in poco più di un mese. Com'è mia abitudine in questi casi, impiegai un bel po' di tempo a spiegare in tutti i modi possibili la più che probabile ragione del fenomeno e come, non potendosi per forti riserve personali prendere in considerazione un trattamento ormonale palliativo, non restava altro da fare se non ritornare ad un'alimentazione ben equilibrata e senza restrizioni, così da recuperare peso e consentire all'ovaio di tornare a funzionare con regolarità.

La risposta che ne seguì fu esemplare: la gentile signorina con un moto di stizza si sollevò di scatto dalla sedia dicendo, con molta decisione "Non se ne parla proprio. Io devo fare la modella!" e si avviò velocemente verso la porta del mio ambulatorio, seguita dalla povera madre, non so se più confusa o mortificata. Non l'ho più vista, confesso con sommo piacere. Non ho ritenuto il suo agire offensivo per la mia professionalità, che penso di aver ben adoperato per cercare di correggere modi di pensare sbagliati, almeno dal punto di vista strettamente medico. Ma, mi chiedo sempre in tali situazioni per nulla infrequenti, quante volte questo modo di fare non viene seguito pensando che la paziente come la cliente del salumaio abbia sempre ragione?

Libri

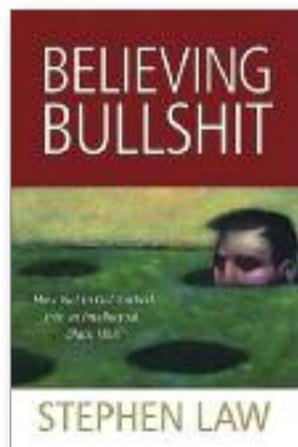


a cura di Carlo Sbiroli

Believing bullshit

Tra i tanti libri che ogni mese ci scorrono sotto gli occhi, ogni tanto qualcuno rimane impigliato nella rete delle "attenzioni contromano". Cioè libri che trattano argomenti non strettamente attinenti alla nostra specialità, ma che per diversi motivi suggeriscono un desiderio di approfondimento: titolo accattivante, firma nota, idee interessanti, teorie rifiutate. E si potrebbe andare avanti di questo passo per parecchio tempo. È importante però che esprimano idee sagge, anche se in alcuni casi curiose. Per lo più sono libri per lettori volenterosi. È il caso di questo saggio di Stephen Law, professore di filosofia all'Università di Londra, che si chiede perché si dicono tante "stronzate" (bullshit)? Perché ce ne sono tante in circolazione? Si tratta di un volumetto divertente.

Scritto in un inglese facilmente comprensibile. E anche se è stato pubblicato nel 2011, appare molto attuale. Scrive Law nell'introduzione del libro: "... anche tra le popolazioni più istruite e avanzate scientificamente abbondano ridicoli sistemi di credenza. Molti credono all'astrologia, ai fantastici poteri di santoni televisivi, ai cristalli divinatori, ai poteri curativi dei magneti, alle profezie di Nostradamus. Molti sostengono che le piramidi sono state costruite da alieni, che l'Olocausto non c'è mai stato, che l'11 settembre sia stato causato dal governo americano, c'è persino chi è convinto che a governare la Terra sia un circolo segreto di rettiliani". A tutto questo possiamo aggiungere esempi di casa nostra. Basta guardare alle cronache dei nostri



BELIEVING BULLSHIT: HOW NOT TO GET SUCKED INTO AN INTELLECTUAL BLACK HOLE

Stephen Law

Prometheus Books (2011)
Pag. 271

politici. Personalità spesso ammaliate dal sex-appeal delle stronzate. Incapaci di sottrarsi al loro irresistibile fascino. Ma la cosa più sconcertante è che molti di noi credono a queste fandonie e contribuiscono a diffonderle. Molto spesso anche in campo scientifico le

stronzate trovano terreno fertile. Ma "attenzione, non dobbiamo pensare - scrive Antonio Sgobbo sul Il Sole 24 Ore - che chi cade vittima di queste fandonie sia stupido oppure ingenuo. Spesso si tratta di persone intelligenti. Nelle altre aree della loro vita dimostrano

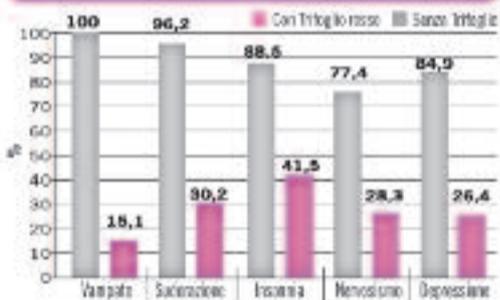
di essere cauti". Ma allora come si spiega il successo delle stronzate? Come mai persone brillanti e istruite diventano schiave di questi sproloqui? Il segreto sta nel fascino che queste teorie esercitano. Dal modo con cui queste teorie sono prodotte e diffuse. I "bullshitters" mirano principalmente a impressionare il proprio pubblico. Non fanno uso alcuno della verità o della nozione di verità. E la pericolosità della "stronzata" sta proprio in questo: è nel diffondere idee e notizie difficili da verificare nell'immediato. Ne consegue che in mancanza di tali verifiche qualunque forma di argomentazione critica o analisi intellettuale diventa legittima, e vera, se è persuasiva. Tutto questo, secondo l'autore, è effetto di una forma di vita culturale in cui le persone sono sovente chiamate, o si sentono chiamate, a parlare di argomenti di cui sanno poco o nulla.



Promensil® è un integratore a base di Trifoglio rosso, la fonte naturale più ricca, pregiata e sicura di Isoflavoni.

- Quattro differenti Isoflavoni
- 45 volte più efficace degli Isoflavoni della soia
- Massima biodisponibilità grazie alla forma agliconica degli Isoflavoni
- Una sola compressa al giorno
- Alta compliance: azione efficace per l'intera giornata
- Protezione osteo-articolare
- Azione anti-invecchiamento per pelle e mucose
- Tre differenti formulazioni per rispondere ad ogni tipo di esigenza
- Efficacia e sicurezza documentate da oltre 30 pubblicazioni scientifiche internazionali

Effetti degli isoflavoni del Trifoglio rosso sui sintomi della menopausa



Vampate: - 73%

Sudorazione: - 66%

Insonnia: - 47%

Nervosismo: - 59%

Depressione: - 59%

Tratto da: Hidalgo L. A. et al. "The effect of red clover isoflavones on menopausal symptoms, lipids and vaginal cytology in menopausal women: A randomized, double-blind, placebo-controlled study". *Gynec. Endocr.* 2005, 21: 257-264

Riduce i disagi
Protegge dall'invecchiamento
Integra le carenze

promensil®

Contro i disturbi della Menopausa



promessa di benessere

Numero Verde
800-203678

Da Lunedì a Venerdì
 ore 14.00 - 17.00
 info@named.it

named.it
 promensil.it



1988 | 2013



NAMED
 NATURAL MEDICINE

Fatti & Disfatti

di Carlo Maria Stigliano



Salviamo il soldato Ryan!

Nel celebre film di Spielberg il soldato Ryan era il quarto ed unico fratello ancora in vita di una famiglia sfortunata che aveva dato alla patria ed alla guerra ben tre figli, morti in combattimento. Per tale ragione l'esercito americano si mette alla ricerca dell'unico soldato Ryan ancora in vita nel mezzo dei combattimenti nell'Europa devastata dalla seconda guerra mondiale. Ovviamente nel teatro della battaglia tra soldati-ragazzi, il cui unico sostanziale contrasto è il differente colore della divisa e il diverso modo di esprimersi, emergono gli orrori e gli errori che ogni guerra ineluttabilmente comporta. Che c'entra con noi il soldato Ryan e perché proprio noi dovremmo salvarlo? È presto detto: poco tempo fa si è svolto il test per l'accesso alla facoltà di medicina dell'Università Cattolica che ha visto partecipare addirittura quasi 8.000 (sì, ottomila!) giovani all'ultimo anno delle scuole superiori; c'è voluta la Nuova Fiera di Roma per accoglierli, accompagnati oltretutto da mamma e papà, orgogliosi di accarezzare l'idea di avere un giorno un figlio medico. Naturalmente, quando a breve anche le altre università terranno i loro concorsi-test per medicina, è verosimile che su scala nazionale si arrivi a quasi 100mila partecipanti o anche più (un esercito!). Riflettiamo sulle cifre: per ciascun candidato la spesa diretta si aggirerà in media sui 500-1000 euro complessivi per partecipare (tassa, viaggi, vitto, alloggio, familiari eventuali al seguito), a ciò bisogna aggiungere il costo dei

Ogni anno parte la carica dei centomila 'soldati Ryan' nella guerra per un posto a medicina. Ma qual è il futuro che offriamo ai giovani medici di domani?



testi su cui studiare i quiz, per molti anche le scuole dirette oppure online; insomma un bel costo per molte famiglie italiane, specialmente in tempi di vacche molto magre come quelli attuali. E per cosa poi? Per partecipare ad una lotteria il cui premio in palio sono soltanto poche migliaia di posti al corso di laurea in medicina e chirurgia, in un rapporto di 1 a 10! Ma glielo vogliamo spiegare a questi genitori che spingono i figli a tentare la carriera del medico che non è più come una volta? Che la figura del medico è cambiata, che non è più un professionista se non ricco comunque benestante, che il suo ruolo sociale non è più quello degli anni '50 e '60 del secolo scorso? Vogliamo dire a queste famiglie che si espongono a pesanti impegni economici per un arco di tempo di almeno una

decina d'anni senza avere certezza del risultato; che questo è un pesante investimento non soltanto in termini finanziari, che richiederà un sostegno ad un giovane prima per i 6 anni di studio, poi - se è bravo e studioso - ancora per 5-6 anni per la specializzazione (quelli che riescono ad entrare...) e poi, pure se si tratta di giovani laureati bravissimi inizierà a fatica una carriera dagli introiti molto contenuti (o peggio: vedi guardie mediche e similari)? La pletera degli avvocatini per sbarcare il lunario si è inventata la feroce guerra ai medici per presunti errori, i giovani medici sotto-occupati che faranno tra dieci anni? Si inventeranno malattie? Siamo certi che nel 2020 i giovani che oggi s'affannano per entrare a Medicina trovino un'adeguata collocazione nella Sanità italiana?

O dovranno emigrare anche loro come tanti nostri giovani laureati e maleoccupati (o disoccupati) del nostro Paese? Vogliamo salvare molti di questi giovani illusi da una favola che descrive il medico come un professionista amato, rispettato, ai vertici della scala sociale, con una "missione" umanitaria da compiere, magari un ginecologo che dopo una lunga e travagliata notte di fatica, dubbi, difficoltà alle luci del mattino si esalta sollevando il bimbo nato, tra gli abbracci riconoscenti e commossi degli astanti? La vogliamo smettere con la poesia del medico che s'immola alla professione, trascurando la famiglia e gli affetti per il supremo bene della salute dell'umanità? Certo, anche in un'era tecnologica e fredda come quella in cui viviamo, fare il medico è un po' anche questo! Ma lo sappiamo noi, noi che lavoriamo giorno e notte a Natale e a Pasqua, che passiamo l'inizio del nuovo anno non certo a festeggiare in una asettica camera operatoria, in una sala parto, in una rianimazione! Ma ai cittadini, alla "gente" che gliene importa di tutto ciò? Quanto rispettano il nostro lavoro, il nostro impegno, la nostra tensione, il nostro stress lavorativo? E quanto vale per la società tutto questo, in una scala di valori economici in cui il bonus di agenti finanziari vale milioni di euro per pochi mesi di lavoro, senza rischiare malattie professionali o conseguenze penali? E come

veniamo ripagati per una professione difficile e rischiosa? Con le migliaia di denunce contro i medici, rei di essere incapaci, nell'epoca dell'elettronica e dell'informatica, di gestire eventi "semplici e banali" come un parto o un intervento chirurgico? È questo il futuro che offriamo ai giovani medici di domani? È per questo che parte la carica dei centomila 'soldati Ryan' nella guerra per un posto a medicina? La nostra 'famiglia' ha già dato e tanto! La verità è che il rapporto della società con la Medicina non è sempre basato su una corretta informazione: spesso le notizie che i mass media forniscono sono date in modo trionfalistico ed acritico, ciò che costituisce la premessa per il fiorire e poi dilagare della sfiducia (astio?) nei confronti dei medici, la loro contestazione, il ricorso ai tribunali. È contro tutto questo che dobbiamo combattere: occorre spiegare a tutti che la medicina non è scienza esatta e che il corpo umano non è un computer; siamo in un terreno probabilistico dove è possibile sbagliare valutazione e in cui non sempre la scelta effettuata si completa in un successo. E soprattutto che i medici non possono essere trattati un giorno da geni ed un altro da miserabili assassini (nel nostro caso) di povere donne e di inermi bambini! La guerra è guerra per tutti, è vero, ma salviamo almeno i tanti soldatini Ryan che hanno l'unica colpa di essere figli di una generazione che ha visto troppi filmetti con George Clooney in veste di brillante e bello (oltre che finto) medico televisivo.

Dalle aziende

Informare le donne su diritti e tutele in gravidanza: parte il servizio "l'esperto risponde" di Gynefam Mamma

Gynefam Mamma, il nuovo integratore multivitaminico e multiminerale per la gravidanza, presenta una nuova iniziativa in tema di Diritto del Lavoro, per rispondere ai quesiti della donna in dolce attesa. Per la popolazione femminile è sempre più difficile conciliare maternità e lavoro: in Italia le donne lavoratrici sono solo il 46% contro il 58% della media europea, e il 27%, una su

quattro, lascia l'impiego dopo l'arrivo del primo figlio. In concomitanza del lancio di Gynefam Mamma, integratore multivitaminico e multiminerale per la gravidanza, Effik, multinazionale protagonista a livello europeo nel campo della ginecologia e da sempre attenta alla salute della donna in gravidanza, mette a disposizione un nuovo servizio di consulenza per aiutare le future mamme a districarsi nel

campo del Diritto del Lavoro. Il progetto, denominato "Gynefam Mamma: Diritti e tutele delle donne in gravidanza" e disponibile fino al mese di luglio, ha l'obiettivo di informare e aggiornare le future madri su un tema delicato e non sempre conosciuto come i diritti sul lavoro in gravidanza. "Gynefam Mamma: Diritti e tutele delle donne in gravidanza" si avvale

della collaborazione degli esperti di Responsabilità Sanitaria dell'Università degli Studi di Milano, ai quali possono essere richiesti pareri personalizzati via mail (gynefam@effikitalia.it) oppure compilando il form online sul sito Effik. Altro strumento messo a disposizione da Effik è il "ricettario": un vademecum di facile e immediata consultazione, disponibile in forma cartacea presso gli studi medici ginecologici e consultabile online sul sito Gynefam Mamma, www.gynefam.it che fornisce le risposte a tutte le domande più frequenti in tema di dirit-

ti e tutele delle donne in gravidanza, sempre a cura degli esperti del Laboratorio di Responsabilità Sanitaria dell'Università degli Studi di Milano. Inoltre compilando i fogli del "ricettario-vademecum", che si può trovare solo dal ginecologo di fiducia e spendendoli presso Effik (tramite posta o mediante fax), si può richiedere una confezione gratuita di Gynefam Mamma, integratore per la gravidanza aggiornato e arricchito in armonia con i nuovi LARN* 2012 definiti dalla Società Italiana di Nutrizione Umana nel mese di ottobre 2012.

► Segue da pagina 23

Un punto di osservazione privilegiato per l'emersione e il contrasto della violenza sulle donne

possiamo tirarci indietro e come sanitari dobbiamo sentire la responsabilità e il dovere di fare la nostra parte.

Pensiamo ad esempio alla particolarità che la gravidanza comporta: si tratta di un momento in cui la donna ha l'opportunità di contattare frequentemente i servizi sanitari, per eseguire i controlli, gli esami, le ecografie. Spesso viene vista dalle stesse persone, ad esempio la stessa ostetrica, lo stesso ginecologo, con i quali si crea un setting confidenziale. Ed è proprio per questi motivi che questo può essere un momento nel quale è più facile che la donna cerchi una porta aperta per trovare il modo di esprimersi, anche per la consapevolezza dei rischi che può correre il suo bambino.

Le case di accoglienza rilevano come spesso sia proprio la gravidanza il momento in cui le donne decidono di rivolgersi a loro: c'è la paura di danneggiare inevitabilmente la vita che sta cre-

scendo dentro di loro, c'è un senso di protezione nei confronti del nascituro, c'è il timore di offrire una condizione di vita insostenibile e forse anche il desiderio di pensare ad un futuro migliore per il proprio figlio.

E noi, come sanitari, cosa possiamo fare?

Cogliere segnali, porre domande, cercare di mettersi in ascolto sono tutte cose che i servizi sanitari dovrebbero potere offrire: una donna che ritarda l'accesso alle cure, che "dimentica" gli appuntamenti, che appare esageratamente preoccupata per la propria gravidanza, che presenta lesioni in vario stadio di guarigione, che presenta magari accessi ripetuti al pronto soccorso per sintomi sfumati, o per traumi, può essere una donna in condizione di abuso.

Una donna con una storia di Ivg ripetute, di poliabortività, infezioni urinarie frequenti, magari molto giovane, può essere una donna che sta vivendo una relazione violenta. Una donna accompagnata da un partner molto presente ed apparentemente protettivo, che risponde alle nostre domande al posto della compagna, che non la lascia mai da sola e

mostra un forte tema di controllo, può essere un partner violento.

Riconoscere questi segnali, affinare le nostre sensibilità può essere d'aiuto nel fare emergere il problema e renderci consapevoli che abbiamo di fronte una gravidanza gravata da un fattore di rischio importante: certo questo richiede **conoscenza e formazione**, cosa che consente una competenza che permette di agire nel modo più professionale possibile. Ad esempio bisogna sapere che affrontare la questione di fronte al partner può esporre la donna ad ulteriori rischi e può anche comportare un allontanamento dai servizi sanitari, con aggravamento dei pericoli per la gravidanza. Si devono quindi trovare momenti in cui parlare con la donna da sola, cercando di conquistarne la fiducia: talora può essere utile anche disporre di fogli informativi o numeri telefonici da posizionare là dove la donna si trova sicuramente sola, come ad esempio nelle toilette. Magari non succederà qualcosa subito ma è possibile che la donna si appunti quel numero telefonico e decida prima o poi di utilizzarlo. Si tratta certo di una nuo-

va sfida per la nostra professione che richiede lavoro e costruzione di una nuova competenza e che deve essere il più possibile diffusa e trasversale: ma quante cose nel nostro mestiere ci mettono di fronte a sfide difficili e necessitano di antenne sensibili per trovare le risposte e le parole per dirlo! Certamente il sistema sanitario non può fare tutto questo da solo: è necessario che si costruiscano reti di riferimento fatte della collaborazione multidisciplinare di tutte le figure disponibili, non solo quindi ospedali e servizi sanitari territoriali, ma anche forze dell'ordine, avvocati, servizi sociali, privato sociale e tutti quanti siano disponibili ad offrire il loro supporto per appodare a risposte concrete. **Nelson Mandela**, a conclusione del documento Oms su violenza domestica e salute delle donne, ci ricorda che **"la salute e la sicurezza non sono cose che si raggiungono come se accadessero per caso, ma il risultato di un consenso collettivo e di un pubblico investimento"** ed è proprio con queste parole che vogliamo indicare il terreno sul quale lavorare e affidare le nostre speranze future. **Y**

Agoi Piemonte Roberto Iura è il nuovo segretario regionale

Il 17 aprile scorso si è svolta presso la "Città Studi" di Biella l'assemblea dei Soci AOGOI per il rinnovo delle cariche. Il dott. Roberto Iura, Direttore della S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale degli Infermi di Biella, è stato eletto all'unanimità segretario regionale Agoi per il Piemonte.

Nel corso dell'Assemblea sono stati indicati quali referenti provinciali: Mario Gallo (Torino), Livio Leo (Novara), Enrico Negrone (Vercelli e VCO), Luciano Galletto (Cuneo), Maggiorino Barbero (Asti) e Oria Trifoglio (Alessandria)



Libri



a cura di Carlo Sbiroli

Dietro il mantello

Salvino Leone è ginecologo all'Ospedale Buccheri La Ferla di Palermo. Si è sempre interessato dei problemi inerenti l'umanizzazione delle cure, la storia dell'assistenza e la bioetica clinica. È docente di Medicina Sociale e Bioetica alla Lumsa. Tutto questo per dire che l'autore del saggio ha i numeri, la competenza per affrontare problematiche che il ginecologo incontra nel suo quotidiano lavoro, viste però attraverso le "complesse valenze simboliche del loro retroterra simbolico e delle implicazioni di ordine esistenziale". Sal-

vino Leone non vuole fare sfoggio della propria cultura, bensì si fa carico dei problemi della salute della donna esaminati non solo dal punto di vista medico, ma anche sotto l'aspetto antropologico-culturale. In altri termini, Leone va al di là della malattia. Ci svela che "dietro" a problematiche di ordine medico, che riguardano la salute della donna, si possono rintracciare tutta una serie di strette connessioni di ordine storico, religioso, mitologico, antropologico-culturale e così via. Sessualità, gravidanza, mestruazioni e abor-

to sono solo alcuni degli argomenti della disciplina ginecologica e ostetrica trattati da Leone con estrema puntualità, in uno stile chiaro, fluente. Il risultato è un volumetto di piacevole lettura che spiega i principali aspetti clinici fisiologici e psicologici che identificano la fisiopatologia e la vita sessuale e riproduttiva della donna. Come afferma Leone, "quello che si vuole proporre, in sostanza, è un approccio olistico, cioè integrale, ai problemi della salute femminile, che cerchi di abbracciare la complessità della persona, frutto di impalpabili stratificazioni culturali e di esigenze relazionali forti, in tutte le sue espressioni".



DIETRO IL MANTELLO
La salute della donna tra etica, umanizzazione e cultura

SALVINO LEONE

La Zisa Edizioni, 2012
www.ibs.it
Pag. 144, Euro 11,82

► Segue da pagina 25

Voglia di confronto e crescita professionale

tare la visibilità di questa figura professionale, anche ricoprendo quelle zone grigie assistenziali lasciate libere in virtù di un forte utilizzo della ospedalizzazione, sfruttando anche i mezzi di comunicazione a disposizione e in particolar modo la solidarietà con le donne. Profonde riflessioni sono scaturite dalle argomentazioni sulla legislazione sanitaria, dalle osservazioni poste in essere dal legislatore, rispetto a Linee guida, protocolli e procedure interpretazione difformi, rispetto alla normale esplicazione che si utilizza all'interno delle unità operative nel quotidiano. Il

giusto chiarimento e decodificazione da parte del legislatore sarà frutto di consapevolezza per ogni professionista nel proprio operato. Particolare rilievo ha rivestito il dibattito sul consenso informato, quale strumento di condivisione e di ascolto tra professionista e utente, nella direzione del miglioramento della qualità dell'assistenza e della centralità della persona. Molto coinvolgente poi l'approfondimento sulla responsabilità professionale e la correlazione tra l'abusivismo delle professioni e le responsabilità legali. Le relazioni esposte dalle ostetriche partecipanti,

in maggior parte giovani, hanno chiarito in modo inequivocabile i ruoli e le competenze professionali di tutti gli attori coinvolti nel percorso nascita, comprese quelle nuove figure emergenti, non normate dallo Stato, che vorrebbero ritagliarsi un ruolo attivo nel sostegno e nella relazione con la donna, la coppia, la famiglia. Questa visione da parte del gruppo di ostetriche fa ben sperare per il futuro della nostra professione! Particolarmente interessante per la nostra categoria professionale è stata la sessione dedicata alle medicine non convenzionali e alla gestione non farmacologica del dolo-

re. Le relazioni delle colleghe hanno messo in luce la crescita professionale delle ostetriche anche nel campo delle problematiche legate al dolore e agli strumenti non farmacologici per alleviarlo, stimolando una riflessione tra i nostri partner assistenziali (ginecologi in primis) riguardo al ruolo e alle potenzialità della nostra categoria a sostegno della donna nell'intero percorso di salute.

Le Ostetriche modenesi Bortolotti, Di Matteo, Finelli, Guerra, Marastoni, Pacetti e Rimondi

DONNA. SEMPRE.

Nonstop Woman



CLASSE SSN: C

P.P. € 14,00

Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica

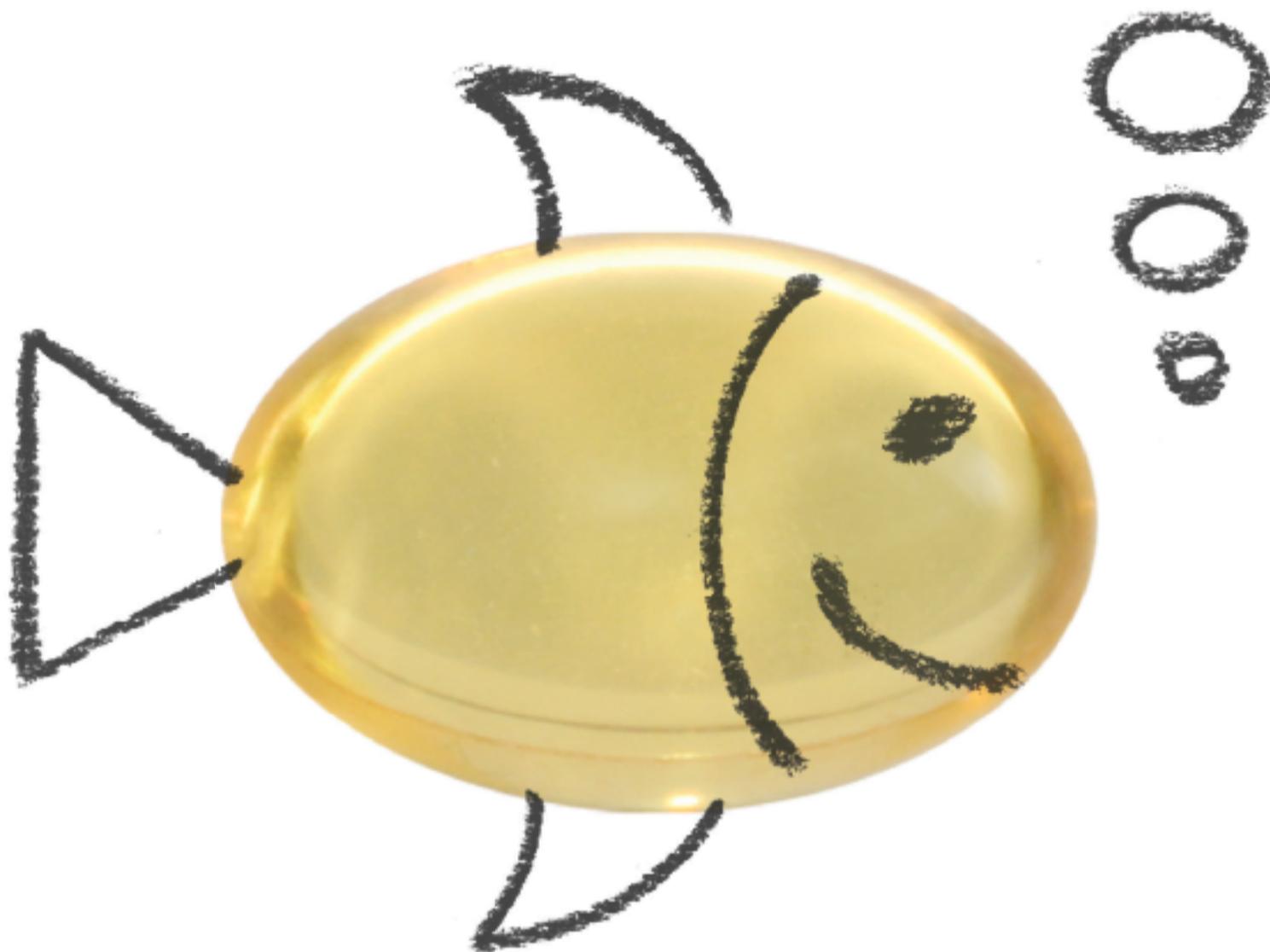
sibilla®

2 mg/0,03 mg

Dienogest/etinilestradiolo

MULTICENTRUM MATERNA DHA

LA COMPLETEZZA E LA QUALITÀ DI SEMPRE
(con qualcosa in più)



LA LINEA DI INTEGRATORI ALIMENTARI MULTICENTRUM MATERNA SI È ARRICCHITA DI UN NUOVO PRODOTTO

Multicentrum Materna DHA contiene tutte le vitamine e i principali minerali con l'aggiunta di DHA, un nutriente importante per il benessere della mamma e del bambino.

IL NOSTRO DHA

L'olio di pesce contenuto nella formulazione di Multicentrum Materna DHA è stato scelto per la sua elevata concentrazione di DHA e la sua purezza, requisiti essenziali per l'integrazione in gravidanza e allattamento.

FONTE DICHIARATA (DHA da olio di pesce)

DHA IN FORMA FISIOLGICAMENTE ATTIVA
(esteri di trigliceridi)

TRATTATO PER EVITARE IL REFLUSSO
(raffinato/deodorizzato)

QUALITÀ E PUREZZA ELEVATE
(trattato per eliminare i contaminanti ambientali)

RAPPORTO OTTIMALE EPA:DHA 1:5
(simile al latte materno)

200 MG AL GIORNO
(in aggiunta alla dose giornaliera consigliata di acidi grassi omega-3 nell'adulto, pari a 250 mg di DHA e EPA)

