

052005

ATTUALITÀ

Alessandra Graziottin parla del suo  
ultimo libro, dedicato al dolore  
femminile durante i rapporti sessuali

editoriale

## Una via nuova per la ginecologia italiana

di Carlo Sbiroli

**Ridefinire la nostra professione per corrispondere  
più pienamente ai cambiamenti avvenuti  
nella nostra società**

Bologna si appresta ad ospitare con grande autorevolezza l'81° Congresso Nazionale Sigo, insieme al 46° Congresso Aogoi e al 13° Congresso Agui. Questa manifestazione congressuale torna nel capoluogo emiliano dopo 22 anni. Quella volta i temi di relazione furono: Menopausa e Diabete in Gravidanza. Nel leggere gli atti di quel congresso si avverte in modo evidente il tentativo – da parte degli organizzatori – di proporre, sin d'allora, una ginecologia nuova come grande valore da qualificare, da modernizzare, da sviluppare e da "usare" anche per risolvere problemi sanitari oltre che clinici. A distanza di 22 anni viene da chiedersi se le aspettative, prospettate in quella manifestazione, si siano poi concretizzate o siano invece rimaste solo un'utopia. È fuor di dubbio che il periodo tra le due manifestazioni congressuali è stato importante per la crescita culturale della nostra specialità. Sono stati anni

segue a pag 3

81°

Bologna 20-24 settembre 2005

Congresso Nazionale SIGO

46° Congresso A.O.G.O.I - 13° Congresso A.G.U.I.

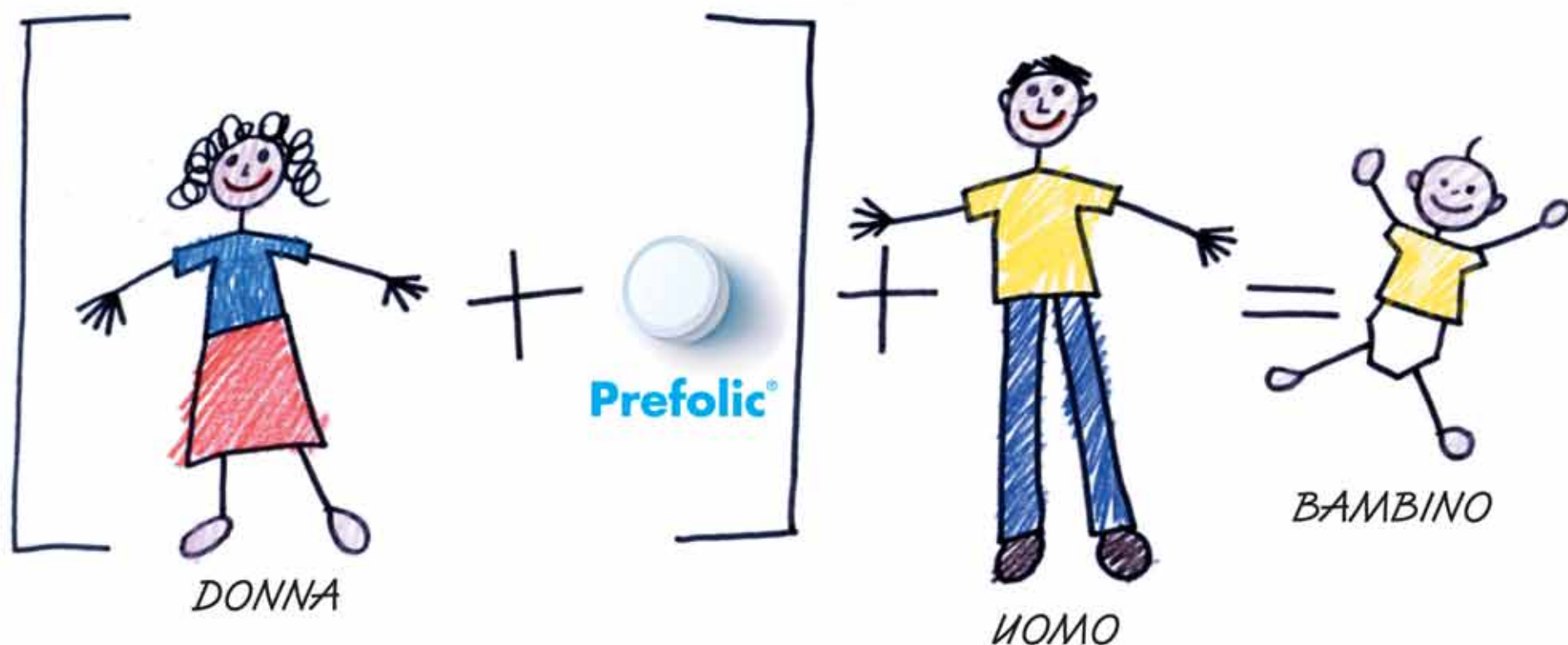
SPECIALE CONGRESSO

# Eva contro Eva. Tra biologia e società

Questo numero della rivista è quasi interamente dedicato al dibattito congressuale che si svolgerà a Bologna dal 20 al 24 settembre. L'editoriale di Carlo Sbiroli e le interviste ai due presidenti dell'assise bolognese, Domenico De Aloysio e Piero Di Donato, affrontano da diverse angolazioni il tema centrale del Congresso, ovvero i cambiamenti della professione in rapporto ai cambiamenti sociali e scientifici. Tre i contributi per i principali te-

mi di aggiornamento professionale: Carlo Sbiroli sulla patologia oncologica, Vincenzo Giambanco e Rosaria Amato sull'équipe multiprofessionale dedicata al parto, Giovanni Monni, Carolina Axiana e Maria Angelica Zoppi sulla diagnostica delle malattie congenite. Le mutazioni intervenute nell'universo delle donne negli ultimi trent'anni sono descritte in due articoli, uno della giornalista Franca Fossati e l'altro di Valeria Dubini, che

firma anche un resoconto ragionato sui lavori della Commissione nazionale Aogoi sulla violenza. Due anche le interviste politiche: il sottosegretario alla Salute Cesare Cursi e il senatore Giuseppe Scalera rispondono a dodici domande sulla situazione della sanità italiana. Infine, nelle pagine centrali, un inserto che ripercorre la storia dell'Aogoi attraverso le parole e l'esperienza di Antonio Chiantera.



# Prefolic®

## V03AF N<sup>5</sup>-metiltetraidrofolato di calcio



 **Zambon**

segue dalla prima

## Una via nuova per la ginecologia italiana

fondamentali, perché hanno impresso alla cultura medica un'incredibile accelerazione in avanti, impensabile solo qualche tempo fa. Sono stati anni di intensa attività sul piano clinico-scientifico, ma soprattutto sono anni che hanno fatto ripensare con attenzione i contenuti teorici, i presupposti etici, i valori operativi e le prerogative che riguardano il discorso della salute delle nostre pazienti, viste non come "soggetti" isolati nei nostri ospedali, ma inserite nella società in cui viviamo. Detto questo è però giusto domandarsi se tutte queste attenzioni, unite ai tentativi di emancipazione attraverso un sostanziale ammodernamento delle idee, dei mezzi, delle forme e degli scopi, abbiano poi portato a qualche risultato. Questo Congresso di Bologna offre l'occasione per fare dei bilanci anche in questo settore.

In qualche modo si deve anzitutto ammettere che vi è un certo ritardo della ginecologia italiana rispetto al correre della storia. Ritardo, si badi bene, non certo di tipo cognitivo o tecnico rispetto all'evoluzione scientifica — anzi in questo campo la ginecologia italiana ha ottenuto ottimi risultati, situandosi ai primi posti a livello mondiale — ma ritardo sul ruolo e sul modo di essere di ciascuno di noi. Ritardo nell'indicare alle generazioni più giovani vie nuove per essere componenti attive del miglioramento della qualità di vita e della cultura umana in senso antropologico. Ma anche per essere componenti attive di un miglioramento della "persona femminile" nella sua interezza, compreso il mondo intrapsichico e relazionale, non limitandosi quindi al solo impegno empatico di liberare le pazienti dalla sofferenza. Oggi non si possono affrontare queste problematiche che oscillano, come sottolinea il titolo di questo Congresso, tra Biologia e Società senza toccare alcuni degli argomenti

più caldi e dibattuti della nostra cultura:

- quanto la biologia influisce sul nostro modo di vivere e di pensare?
- quanto la società, in cui quotidianamente viviamo ed agiamo, influenza il modo di essere nostro e delle nostre pazienti?
- e, soprattutto, quanto noi ginecologi siamo consapevoli che "manipolando" questa biologia, possiamo essere strumenti di cambiamento?

Sono convinto che questi aspetti, nel loro complesso, saranno poco comprensibili fino a quando non avremo assimilato a fondo i cambiamenti che parallelamente sono avvenuti nello stile di vita e nella "cultura" delle nostre pazienti. Molti di noi continuano infatti a comportarsi come se la donna del terzo millennio fosse identica a quella di 50 anni fa e spesso non si tiene conto che in tutti questi anni vi è stato un drastico cambiamento della cultura, in senso antropologico.

All'inizio del secolo scorso la donna italiana aveva il menarca a 14 anni, le sue aspettative di vita erano di 48 anni e partoriva in media 4 figli con altissimo rischio di morire ad ogni parto. Il nuovo millennio si apre con una situazione nettamente cambiata. L'età del menarca è scesa a 12 anni, l'aspettativa di vita è superiore agli 80 anni, la media di figli è di 1,2 e la mortalità materna quasi azzerata (1 su 5.330 parti). Siamo il Paese dove non solo s'invecchia di più, ma anche dove si registra il più basso tasso di natalità e si giunge al parto sempre più avanti negli anni. Credo che sia importante acquisire la consapevolezza di questo cambiamento e della sua portata. In altri termini, è necessario porre attenzione straordinaria ai bisogni della donna, al suo mondo psichico e relazionale, ai suoi aspetti sociali e familiari, quali espressione della sua femminilità non dissociata, ma determinata dalla sua biologia. Si deve inoltre tener presente che il grado di rispondenza del nostro essere ginecologi nei confronti delle necessità sociali delle pazienti è, inevitabilmente, un dato dinamico in funzione del cambiamento, e quindi in continuo divenire, e che ci costringe a non abbassare mai la guardia se si vogliono raggiungere degli obiettivi soddisfacenti. Altrimenti, direbbe Gide, il cambiamento sarebbe un "atto gratuito".

\*\*\*

Di tutto questo abbiamo a lungo discusso e dibattuto all'interno dell'Agoi. Di comune



accordo si è deciso di utilizzare l'occasione congressuale per tornare su questi argomenti con l'obiettivo di creare, soprattutto nei nostri ospedali, un ponte verso un nuovo modo di "fare ginecologia" nel quale riconoscerci pienamente. Ed è proprio con questo obiettivo che a molte iniziative Agoi programmate all'interno del Congresso si è voluto dare particolare spazio ai problemi del benessere della donna e alle sue "richieste di salute".

\*\*\*

Vi è infine un altro tema importantissimo, e strettamente correlato all'evoluzione culturale, che tutti auspichiamo, al quale è stato dato ampio spazio all'interno dell'assise congressuale. Mi riferisco alla formazione permanente.

Come tutte le altre componenti mediche del Paese, anche i ginecologi sono oggi chiamati a confrontarsi con le nuove realtà della professione e ad aggiornarsi costantemente sull'evoluzione della medicina e della ricerca. Vi è pertanto l'esigenza di non dover mai considerare definitivamente chiusa la stagione della formazione e dell'aggiornamento professionale. Da qui la necessità di una formazione permanente di alta qualità, che dobbiamo rivendicare come diritto nei confronti di chi istituzionalmente deve rendercela disponibile e di facile accesso, tenendo sempre presente che essa deve essere in ogni caso, e prioritariamente intesa, come dovere professionale ed etico verso chi affida a noi e alle nostre competenze la sua salute e il suo benessere. Si deve riconoscere che questi sono forse obiettivi difficili e ambiziosi, ma certo oggi non più da trascurare e ignorare. Sono altresì convinto che questo Congresso di Bologna saprà dare delle risposte concrete a questi obiettivi o almeno costituirà un utile punto di partenza, in modo da intraprendere una via nuova verso una comprensione comune e verso un'attenzione più completa, più sincera, più libera dai problemi che ci coinvolgono.

Carlo Sbiroli



A colloquio con Domenico De Aloysio e Piero Di Donato, Presidenti del Congresso

# De Aloysio: "analizzare i cambiamenti sociali che si riversano sulla professione"

Quattro giorni per riflettere sul rapporto della donna con il suo corpo, sempre più influenzato dai cambiamenti economici e culturali della società italiana. Ma anche l'occasione per rafforzare il legame tra le associazioni di ginecologi al fine di offrire risposte condivise su importanti tematiche

Interviste a cura di Lucia Conti

**A**bbiamo chiesto a Domenico De Aloysio, della Clinica Ostetrica e Ginecologica A.O. S. Orsola-Malpighi di Bologna, di illustrarci quali saranno i temi portanti del Congresso Aogoi, a partire da un chiarimento sul titolo che è stato scelto per questo appuntamento.

## Dottor Aloysio, cosa significa "Eva contro Eva"?

Il titolo assume significato nella sua interezza: "Eva contro Eva. Tra biologia e società". Abbiamo scelto uno slogan che mettesse in evidenza il fatto che assistere qualcuno significa considerare sia gli aspetti clinici e sanitari, che quelli sociali. In questo senso, "Eva contro Eva" significa Eva in conflitto con se stessa. Si tratta di una condizione che possiamo riscontrare in molte realtà. Nel parto, ad esempio, perché oggi vi è una tendenza della donna ad affrontare la gravidanza in età più avanzata per motivi socio-culturali-economici, come gli anni che occorrono per terminare gli studi ed essere indipendenti economicamente. La prima gravidanza avviene intorno ai 32 anni, ma non c'è dubbio che l'età più idonea dal punto di vista biologico sia inferiore.

Questo vale anche per quanto riguarda i problemi della fertilità. Pensi a tante donne che intorno ai quarant'anni decidono di avere dei figli e fanno ricorso a tutta una serie di tecniche, compresa la fecondazione assistita, che spesso serve più ad accelerare il processo di ottenimento della gravidanza che a risolvere un problema di non fertilità. Ci sono molte coppie che ricorrono a tecniche unicamente per motivi di fretta, mentre la letteratura medica afferma che il ricorso a tecniche "non naturali" dovrebbe avvenire in media dopo due anni di rapporti completi senza gravidanza. Invece oggi molte donne passano dalla contraccezione all'immediata richiesta di un figlio.

L'altro conflitto l'abbiamo rilevato nell'ambito di patologie importanti, come quelle oncologiche, in cui le problematiche riguardo l'atteggiamento da assumere riguardano anche il medico. In molti casi si tratta, infatti, di ri-

uscire a trovare una via di intervento che permetta di essere conservativi sul corpo, garantendo allo stesso tempo il massimo della guarigione clinica. È chiaro che se si è meno conservativi la paziente subisce una perdita che ha una serie di effetti sia di carattere ormonale che di carattere riproduttivo.

"Eva contro Eva. Tra biologia e società", insomma, vuole rappresentare un filo conduttore per i tre temi principali del Congresso, cioè la gravidanza nel periodo fertile avanzato, la fertilità e la sterilità pre-menopausa e la chirurgia oncologica-conservativa. Il titolo forse c'entra poco con la trama del celebre film, ma credo che simboleggi molto bene il concetto che volevamo portare al Congresso.

## Come si svolgeranno i lavori del Congresso?

Al Congresso hanno aderito tutte le 25 società affiliate e non alla ginecologia. Saranno i rappresentanti di queste società a tenere i simposi in programma nelle quattro giornate di lavoro congressuale. Si va dalla società di medicina prenatale, a quella di on-

cologia ginecologica, a quella della menopausa ecc. Accanto ai 25 simposi centrali saranno realizzati 19 simposi "trasversali", con specialisti di altre discipline che affronteranno i temi che riguardano la ginecologia sotto aspetti diversi, come la chirurgia plastica dopo una mastectomia e così via. Ci saranno poi 16 simposi su argomenti di farmacologia e terapia e, infine, una quarantina di lezioni magistrali tenute da figure importanti del percorso della ginecologia italiana degli ultimi decenni. Si tratta di un Congresso anche molto equilibrato tra Associazione ostetriche e ginecologi ospedalieri italiani e Associazione ginecologi universitari. Raggiungere questo equilibrio era importante sia dal punto di vista politico sia per il fatto che in entrambe le associazioni vi sono professionisti validi con cui è necessario instaurare un dialogo.

## Su cosa verteranno i tre forum dell'ultima giornata?

Sono tre appuntamenti di grande interesse. Il primo ver-



Nella foto: Bologna, sede del Congresso

te sulla terapia ormonale sostitutiva, su cui negli ultimi anni c'è stato un battage mass-mediatico pressante spesso poco corretto, basato su quanto affermato all'estero, condotto secondo vettori discutibili e studi contestabili. Su questo, tuttavia, la ginecologia italiana nel suo insieme non si era mai pronunciata e anche se siamo stati rappresentati da persone senz'altro valide, come Natalia Aspesi e Umberto Veronesi, tuttavia non vi era mai stata una presa di posizione collegiale da parte dei ginecologi. Al Congresso, allora, presenteremo un documento condiviso sulla terapia ormonale sostitutiva in cui si sottolinea che tale terapia va personalizzata e che essa non fa "bene" o fa "male" a seconda dei venti mass-mediatici, ma dà determinati risultati se opportunamente attuata. L'altro tema importante è un Forum sulla formazione del ginecologo nei Paesi più rappresentativi del mondo, al quale interverranno una decina di presidenti di Società nazionali di altri Paesi (come Giappone, India e Russia), che verranno chiamati ad illustrare i punti fondamentali della formazione in rapporto alla domanda sociale. È chiaro, infatti, che il ginecologo che lavora in India deve affrontare dei problemi diversi da quelli del collega che lavora in Italia.

Il terzo evento, importante politicamente, è che per la prima volta il Congresso mette in posizione completamente paritetica i professionisti ostetrici e ginecologi. Paritetica sia in termini qualitativi, perché le ostetriche saranno presenti nella maggior parte degli eventi come relatrici; quantitativi perché interverranno circa in 700 dalle varie aree geografiche. In passato, invece, le ostetriche erano presenti ma meno coinvolte nei lavori congressuali.

## Come mai avete sentito oggi la necessità di un coinvolgimento maggiore delle professioniste ostetriche?

Perché il ruolo dell'ostetrica è mutato, a cominciare dalla formazione, visto che da alcuni anni esiste un corso di laurea triennale in ostetricia. Inoltre, la funzione dell'ostetrica nei reparti di ostetricia e ginecologia sta trovando la sua identità e sta cambiando radicalmente il rapporto tra l'ostetrica e il ginecologo, che deve essere sempre più sinergico e sempre meno in antitesi.

# Di Donato: "offrire risposte di qualità alle nuove domande assistenziali"

**G**avidanza in età sempre più avanzata, ma anche le problematiche della sterilità e della menopausa. I cambiamenti avvenuti nella società contemporanea impongono ai ginecologi una riflessione sul loro agire, da realizzarsi anche in collaborazione con altri professionisti e in una dimensione internazionale. Piero Di Donato, della U.O. di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale S.S. Annunziata di Cento (Ferrara), introduce in questa intervista i temi del dibattito congressuale.

## Dottor Di Donato, può illustrarci gli aspetti principali del Congresso Sigo-Agoi-Agui?

Il Congresso prende lo spunto dal titolo del film "Eva contro Eva" per affrontare gli aspetti del conflitto della donna con se stessa e fa soprattutto riferimento alla donna intorno ai 40 anni, che per motivi sociali, culturali e clinici è sempre più la figura principale nel nostro lavoro. Il Congresso sarà infatti incentrato in particolare sui temi che riguardano questa componente della popolazione femminile, in particolare la gravidanza in età avanzata, la sterilità pre-menopausa e la chirurgia oncologica-conservativa. Partendo da questi temi si svilupperà poi una riflessione su problematiche più ampie. La società infatti è cambiata e così anche la domanda di assistenza che viene rivolta a noi ginecologi, ad esempio per quanto riguarda la chirurgia oncologica, in cui non si tiene solo conto della necessità di eliminare la patologia, ma anche di trattare la paziente dal punto di vista estetico e psicologico. Lo stesso vale per gli altri argomenti, che non possono essere più affrontati solo dal punto di vista medico, ma vanno contestualizzati. Per questo il Congresso prevede l'intervento di altre figure specialistiche, che permetta di riflettere sulla donna nel suo insieme. Per lo stesso motivo sono state invitate a partecipare anche le associazioni e gli enti che girano intorno all'universo femminile. Un altro punto su cui vogliamo insistere è la terapia ormonale sostitutiva, riguardo la quale è arrivato il



momento di fare il punto e di intervenire così come hanno fatto negli anni passati i ginecologi statunitensi ed europei.

**"La ginecologia è un settore delicato, perché entra nell'intimità, coinvolgendo anche la sfera psicologica, sociale e culturale della donna"**

## Il Congresso è quindi l'occasione per esprimere con fermezza l'opinione dei ginecologi su dei temi importanti.

Sì, stiamo affrontando quelli che sono attualmente i temi caldi della ginecologia. Il nostro intento non è dare una risposta definitiva, perché le problematiche si trasformano e i cambiamenti vanno affrontati giorno per giorno; però vogliamo esprimere un'opinione attuale, ufficiale e condivisa della ginecologia italiana su questi argomenti.

## Pensate di riuscire a scoraggiare i comportamenti non salutari delle vostre pazienti?

Non è nostra intenzione scoraggiare, ad esempio, una gravidanza in età avanzata, anche se il consiglio è poi, per vari motivi, di affrontare questa condizione in un'età più giovane. Tuttavia non vogliamo scoraggiare nessuno ma anzi riflettere e trovare le soluzioni più effi-

Sempre più eterogenea l'età e la nazionalità delle donne che affollano gli studi dei ginecologi. Pazienti con problemi ed esigenze diverse, per le quali i ginecologi cercano risposte sempre più appropriate ed efficaci. E per un confronto internazionale, il Congresso ospiterà presidenti delle società di ginecologi di dieci Paesi stranieri

caci per i problemi che le nostre assistite ci pongono. Vogliamo realizzare proposte a favore della qualità di vita delle donne quarantenni, che hanno delle necessità diverse rispetto alle ventenni.

## Si tratta, allora, di riflettere sulle caratteristiche peculiari delle pazienti nelle diverse fasi biologiche per garantire un'assistenza più personalizzata.

Esattamente. Ed è per questo che al Congresso parteciperanno anche degli esperti di altre specialità. L'assistenza deve essere sempre più il risultato di una sinergia tra professionisti con diverse competenze, per garantire una risposta a tutti gli aspetti che sviluppano in una situazione: clinico, psicologico, sociologico, estetico. La ginecologia è un settore che coinvolge il paziente nel suo insieme, perché riguarda l'intimità e le peculiarità dell'essere donna.

## L'ultima giornata del Congresso vedrà anche un confronto internazionale. Qual è l'importanza di questo momento?

Saranno presenti i presidenti delle società di ginecologi di dieci Paesi, come Russia, Bulgaria, India, Argentina, Messico, Brasile, Arabia, Giapponese, Cinese e Slovena. Abbiamo ritenuto importante organizzare questo momento perché è fondamentale confrontarci con il mondo. Non solo per vedere cosa ne pensano i nostri colleghi stranieri su alcuni argomenti, ma anche perché in un mondo sempre più globalizzato il medico ha bisogno di conoscere le realtà straniere per poter assistere la propria paziente, ad esempio araba, sulla base delle sue radici culturali. Sono curioso, ad esempio, di sapere come la donna araba vive determinate problematiche femminili, perché nel mio lavoro incontro spesso donne arabe e slovene alle quali vorrei offrire l'assistenza più corrispondente possibile alla loro sensibilità. E questi aspetti potranno in parte esserci illustrate dai nostri colleghi stranieri proprio in occasione del Congresso. Il Congresso non vuole essere un momento autoreferenziale, ma un'occasione di crescita e per crescere c'è bisogno di confronto ampio e non tra i soliti noti. Credo che sarà un grande Congresso, anche perché dopo tanti anni non sarà più l'appuntamento di una società, ma sarà un incontro che vedrà riunite tutte le società affiliate alla Sigo.

# I medici e il nostro corpo

Giornalista, caporedattore a *La 7* dove cura la trasmissione *Otto e mezzo*, Franca Fossati ha scritto per molte testate e condotto trasmissioni radiofoniche. Per molti anni è stata direttore di *Noi donne*. Durante l'ultimo governo di centro sinistra è stata portavoce della ministra per la Solidarietà sociale.

Attraverso la sua storia personale, ripercorre in questo articolo i cambiamenti avvenuti negli ultimi quarant'anni nel rapporto tra le donne e i medici

di Franca Fossati

**E**ra un po' calvo, sui cinquanta, faccia quanto di più normale: è stato il primo uomo davanti al quale mi sono tolta le mutandine. Era il 1968, afflitta da una verginità che rischiava di diventare cronica, irrisa da un sedicente innamorato, avevo finalmente deciso di risolvere il problema. Ma senza rischi. Conoscevo l'angoscia delle amiche, tardive tutte, in quella generazione, nell'attesa di mestruazioni che non arrivavano. Parlo del grande passo, e io volevo la pillola.

La targhetta sul portone vicino al mio liceo di Milano, dott. Pinco Pallino, ginecologo, ce l'avevo stampata qui. Capita tremebonda, nello studio asettico. Dissi che volevo iniziare la contraccezione e non ero sposata. Il dottore mi guardò come immagino si guardassero le puttane di viale Monza, al rientro in città la domenica sera dopo la gita familiare. Aggiunsi che non avevo mai avuto rapporti sessuali, e avevo vent'anni. Mi guardò anche come una demente. Biascicò velocemente qualcosa che non ricordo più sull'opportunità della visita rettale: "Tolga pure le mutande". Capii quel giorno che di più umiliante di una visita ginecologica ci può essere soltanto una visita ginecologica se sei vergine. Non sempre sarà così, è ovvio. Ma così può essere. E tanto basta.

I miei genitori, illuminati in politica, erano assolutamente opachi sulle cose del sesso. Mi era stata trasmessa l'insana idea che la mente fosse tutto, il corpo una zavorra. Di sesso non si era mai parlato. Figurarsi a scuola, liceo classico statale del centro diretto da un preside quasi prete. Capito una mattina che il professore di latino e greco lasciasse intendere qualcosa su Saffo. Nessuno di noi capì. Non il primo della classe, un genio, non il grande seduttore, rimandato sempre in tre materie. Ma era pur sempre il re della piscina Cozzi.

Dopo quel mio primo tête à tête col ginecologo, mentre scoprivo a mie spese il sesso dei maschi, perché del mio continuavo a non capire un accidente, ingurgitai con rigore cronometrico le mie pillole, stupita che mi si gonfiasse un seno da sempre considerato piccolo. Fin troppo.

Risuonava, per fortuna, un tam tam orale delle amiche più grandi e più emancipate che portò fino a me strane lavande verdastre per combattere le infezioni (si era un po' promiscui, allora, e loro, i maschi, diciamo pure, molto promiscui), accompagnate da candele bianche a triangolo. L'Aids era di là da venire e ai giovani di movimento il preservativo dava il voltastomaco. Non ne vidi mai uno. Non ci si stupirà se

le prime idee femministe fissarono come punto fermo che la contraccezione era affar nostro: come ci si poteva fidare di loro?

Lasciato il grande amore, lasciai pure la pillola. Almeno per un po', ricordo che mi dissi. Arrivai impreparata anche al nuovo incontro (che dura per altro da trent'anni) e restai incinta. Maternità mai pensata, mai voluta, mai neppure immaginata: non si può far crescere dentro di sé una creatura se la mente e il cuore sono inospitali. Fu per l'aborto che incontrai il secondo ginecologo. Era vietatissimo nel 1973, tanto in Italia quanto nella Germania in cui vivevo quegli anni. Ma le ragazze del "movimento" avevano i loro indirizzi, a Francoforte. Arrivai allo studio dietro appuntamento, come una paziente qualsiasi. Aspettai il mio turno, un'amica tedesca come interprete, passai dietro a una tenda fino alla sedia ginecologica, vidi il tubo per l'aspirazione (scoprii allora il metodo Karman) e chiusi gli occhi. Il dolore fu forte, l'operazione rapida. E tutto fu veloce come il tempo di una visita. Il doktor non disse una parola, gli diedi 60 marchi (era un medico onesto) e lui mi consegnò una ricetta per l'antibiotico. Un autobus e tornai a casa.

Non fui mai attratta dal femminismo salutista e igienico, ma l'autovisita di gruppo con le altre rappresentò un'esperienza straordinaria. All'appuntamento di self help una quasi medica ci portò dei divaricatori, degli specchi e degli specula di plastica. Fu la prima volta (e l'ultima) che mi osservai con attenzione in mezzo alla gambe. Scoprii che l'utero è rosa e in qualche modo mi appropriai di quella cavità misteriosa che portavo appresso, intorno a cui veniva definita la mia identità e che era per altro fonte di grande piacere e, a volte, di altrettanto dolore.

Il terzo ginecologo lo scelsi a caso. Telefonai all'Aied, oramai vivevo a Roma, avevo trent'anni, e fissai un appuntamento con il primo disponibile. Volevo un figlio, avevo smesso la pillola ma ci tenevo a verificare che tutto fosse a posto. Fu la prima volta che incontrai un dottore con un atteggiamento umano e sicuramente molto corretto e gentile. Ma perché mai, mi chiesi, trovavo sulla mia strada solo medici maschi? Possibile che non ci fossero donne che si occupassero di vagine, seni e pance? Perché dover misurare ogni volta l'imbarazzo per le gambe mal depilate, per il frettoloso spogliarello dietro il paravento e per mostrarsi così aperte e indifese agli occhi di uno sconosciuto? Sarebbe stato più facile, forse, se il ginecologo fosse stato un po' come il pediatra, qualcuno che ti accompagna nella crescita, con cui a poco a poco costruisci confidenza e fiducia. Avevo oramai capito che la salute e il benessere sono questioni ampie, non si possono affrontare a pezzetti: le parti dette basse hanno molto a che fare con le parti riconosciute alte.

Mio figlio nacque con l'aiuto di quel tecnico gentile. Fu una gravidanza serena non troppo medicalizzata: di ecografie mensili ancora non si parlava. Ne feci una all'ottavo mese da cui non capii nulla, meno che meno sul sesso del nascituro. Eravamo donne poco informate sul nostro corpo e sulle sue straordinarie possibilità di trasformazione. I medici, certo, come pri-



ma i nostri genitori, non pensavano toccasse a loro darci dei lumi. Ci battevamo per la legge sull'aborto senza sapere granchè di embrioni e sviluppo del feto. Nell'ultimo referendum sulla procreazione assistita siamo diventati tutti quanti un po' ginecologi e quasi genetisti. Prima non era così. Divorai quel libro *Noi e il nostro corpo* del collettivo femminista di Boston che divenne per alcuni anni la mia bibbia. I testi di Carla Lonzi mi fecero scoprire l'esistenza del clitoride: peccato che fossero (sono) pochissimi i maschi che si nutrono di quei saperi importanti. Tutto cambiò in fretta: le nuove madri di figlie femmine cominciarono alle elementari a spiegare alle loro creature i misteri del corpo e mandarono precocemente le ragazze dal ginecologo. Bravo o no, le fanciulle per lo meno si abituarono per tempo alla necessità di questo personaggio nella loro vita. L'Aids obbligherà i nuovi genitori a parlare ai maschi di sesso e profilattico, le femministe scrissero sui loro giornali che ogni ragazza doveva tenerne sempre una confezione nella borsa. Le rubriche dei giornali femminili furono un'inesauribile (spesso contraddittoria) miniera di sapere medico e psicologico. A noi quarantenni toccò poi di cominciare a misurarci non solo con il pap test ma anche con la tortura della mammografia: una volta gridai all'anonimo tecnico radiologo che voleva a tutti i costi ridurre la mia non troppo voluminosa tetta a una scaloppina: provi lei, una volta, a mettere la sua mammella tra due morse d'acciaio... Avrebbe potuto fare l'esperimento benissimo, il suo seno sfiorava la quarta.

Oggi sono nonna, vado a fare i miei riti preventivi da una ginecologa amica con la quale scambio molti dubbi sugli ormoni in menopausa, senza riuscire a decidere di smetterli. Vedo intorno a me giovani donne che entrano ed escono con disinvoltura dagli ambulatori ginecologici. Mi chiedo se si sia trovata una misura, una modalità più umana, che vuol dire poi più femminile, di occuparsi della salute nostra. Le gravidanze sono magnificamente monitorate, sai tutto della creatura che ti cresce dentro, quanto è lunga, quanto pesa, quanto si muove. Di te, immersa in questa grande avventura, chi si occupa davvero? Il parto può restare un viaggio misterioso e troppo spesso violento. Non ho detto doloroso, ho detto violento. Raccontano come talora venga imposto il cesareo per banali ragioni di comodità del medico e di ignoranza della madre. La nuova mamma sembra ancora troppo sola, immersa in quei rigidi protocolli, con i suoi dubbi e le sue ansie, più sola di quando c'era l'ostetrica di famiglia e le zie e le nonne intorno. Si muore molto meno di parto, per quanto ancora. Se tutto è andato bene, puoi trovarti ancora sola ad allattare e non sai sempre a chi chiedere consiglio: al ginecologo? Al pediatra? Al medico della Asl? Continui così anche dopo: hai capito che dal ginecologo devi andare almeno una volta l'anno, come a Messa, così ti preoccupi del cancro alla mammella e dimentichi le extra sistole, cerchi di prevenire l'osteoporosi, ma nessuno ti ricorda che ogni tanto andrebbero guardati i polmoni, l'intestino, lo stomaco. Sai che il tuo corpo è di donna, diverso, strano, complicato, ma a parlarti è una medicina neutra, asessuata, anzi modellata sull'altro sesso. Oppure incontri la medicina onnipotente, che promette miracoli e non sempre ti dice, ad esempio, il prezzo fisico e psicologico di un figlio a tutti i costi. Ci sarà mai il medico delle donne (e pazienza se non sarà Richard Gere)? O la medica che ti prenda in carico tutta intera? Sarebbe bello, per la mia nipotina. Per me, è andata come è andata.

## Donna e "medico della donna"



di Valeria Dubini

Ginecologa, Dirigente I livello - Asl 4 Prato  
Membro Direttivo nazionale Aogoi

Il 21° secolo come ha trovato l'universo femminile? Come è andato modificandosi il rapporto delle donne con il proprio corpo? E come, in tutto questo, è cambiato il ruolo del ginecologo o, come più modernamente siamo abituato a definirlo, del "medico della donna"? Dopo i grandi sommovimenti ideologici degli anni '70, tanto liberatori quanto conflittuali, le donne hanno cercato di portare nella società le loro istanze sotto forma di atti concreti: si è assistito quindi alla fase delle "pari opportunità", ma anche alla scoperta della "differenza", elemento fondante del femminile, nel quale la potenzialità riproduttiva viene valorizzata come fattore di forza, ricchezza con la quale è inevitabile il confronto, sia che si tratti di scegliere un percorso di maternità che di rinunciarvi.

Le donne hanno dunque cercato di contare di più nella società, nelle professioni, nella politica, talvolta ricorrendo anche a percorsi di protezione transitoria (si pensi alle "quote rosa"); ma nello stesso tempo hanno perseguito la consapevolezza che il valore della "maternità", lungi dall'essere quell'ostacolo che il femminismo aveva finito per rifiutare, era in realtà un elemento che caratterizzava il femminile, e conferiva risorse indispensabili per tutti, come il senso del limite, la capacità di ascolto, l'attitudine a relazionare.

Il ginecologo, che con il percorso riproduttivo continuamente deve rapportarsi, ha dovuto via via adeguarsi alle richieste che provenivano dalla società, offrendo supporti in ambito contraccettivo, accogliendo desideri di maternità insoddisfatti in età biologicamente poco appropriate, imparando ad occuparsi di gestanti sempre più indaffarate e sempre più "in età", con le inevitabili ricadute in termini di salute.

Ha dovuto rivedere il proprio ruolo, e la relazione con le proprie assistite: ha conosciuto l'autodeterminazione delle donne, la necessità di rispettare scelte che non sempre condivideva, ha imparato come la relazione terapeutica che si andava sviluppando richiedesse la centralità della donna e delle sue deci-

sioni, nonostante che fosse cresciuto in un modello di medicina "paternalistica" che vedeva il medico al centro del processo stabilire "cosa era meglio per i propri pazienti".

In realtà questi cambiamenti fanno parte di un generale modifica della relazione medico-paziente, ma in ambito ginecologico si è assistito ad un cambiamento ancora maggiore, perché alle ragioni dei pazienti che volevano contare di più si sono aggiunti quelle delle donne come genere che volevano fortemente essere al centro della propria scelta riproduttiva.

Allora? Tutti più liberi e tutti più felici nel 21° secolo? Forse non proprio, o forse non ancora...

Come sempre la realtà è più complessa, e quello che ci giunge dalla nostra società è assai più contraddittorio di quanto potrebbe apparire ad un primo sguardo: basta scorrere quanto del tutto recentemente pubblica l'Istat in merito a "Come cambia la vita delle donne", per scoprire come nel nostro Paese la maternità sia tutt'ora percepita come il maggior ostacolo al successo professionale dal 54,5% delle intervistate, e come il 20,1% delle madri occupate rinunci al lavoro dopo la nascita del primo figlio.

Ancora, possiamo vedere come le donne siano ben rappresentate nelle professioni (52% in magistratura, 30% dei medici della sanità pubblica), ma scarsamente presenti quando si guardi alla massima dirigenza (7,4% con funzioni superiori in Cassazione, 10% tra i dirigenti medici di struttura complessa, 15,6% tra i professori ordinari, 1,3% dei consiglieri d'amministrazione).

E questo nonostante le laureate superiori ormai il 50% e abbiano percorsi di studi con voti in media più elevati di quelli dei loro colleghi maschi.

Ma sono anche altri gli elementi di perplessità che provengono dalla nostra società: ad esempio quella percentuale costantemente inferiore al 20% di utilizzatrici di contraccettivi sicuri che ci collocava ancora nel 2004 al terzo ultimo posto in Europa, seguiti solo da Grecia e Turchia.

E ancora: cosa dire dell'epidemia di tagli cesarei nel nostro Paese?

Al di là delle situazioni in cui è necessario, tassi che superano il 50% non fanno forse pensare ancora una volta ad una delega o ad una espropriazione delle potenzialità riproduttive?

Anche l'incidenza di isterectomia per patologia benigna nel nostro Paese con-

tinua a crescere nonostante gli indubbi progressi degli strumenti terapeutici a nostra disposizione (dalle 38000 donne isterectomizzate entro 60 anni del '94 alle oltre 70.000 del 1999).

Sono elementi che lasciano perplessi per quanto nel concreto non sembra che una maggiore consapevolezza abbia apportato sostanziali cambiamenti nel rispetto dell'integrità del corpo femminile, o a una gestione più consapevole della propria salute e della propria sessualità.

L'unico cambiamento concreto, spia di una generica volontà di rivalsa più che di affermazione, sembra quel numero di denunce che colpisce in particolare la categoria degli ostetrici e dei ginecologi, e che raggiunge ormai cifre da capogiro.

Guardando questo panorama viene da pensare quanta strada abbia ancora da compiere il genere femminile in difesa della propria specificità.

Certo si tratta di cambiamenti che per radicarsi e approfondirsi nella società richiedono tempi lunghi: non sono poi così lontani gli anni in cui la scienza, accecata dall'ideologia, riteneva che nel processo riproduttivo la donna fosse un contenitore in cui il principio vitale veniva immesso dall'uomo, e sono vicinissimi quelli in cui le donne non avevano diritto di voto.

Ormai che il percorso è intrapreso si tratta comunque di un processo inarrestabile: alle donne il coraggio di continuare a portare avanti le proprie battaglie uscendo dagli stereotipi e affermando i propri valori di "diversità"; ai ginecologi la capacità di seguire questo percorso, cercando di evitare posizioni di contrapposizione o puramente difensive e riflettendo sulle pratiche consuete anche alla luce di una visione di genere.

E...alle donne ginecologhe? Lonere di esporsi in prima persona per portare la propria "competenza" nel ricomporre questo non facile rapporto, cercando di essere presenti, di creare alleanze e spendendosi per la costruzione di un modello medico innovativo e condiviso, che veda valorizzate le risorse di cui esse stesse sono portatrici.

Potremmo arrivare davvero ad una visione più olistica della nostra professione, "il ginecologo come medico della donna", e mettere tutti d'accordo?

Lo speriamo: la nostra professione ne ha bisogno, le nostre assistite ne hanno bisogno e la società tutta non può trarne che vantaggio.

## Riassunto delle caratteristiche del prodotto

**1. Denominazione del medicinale** Gaviscon Advance. Sospensione orale aroma menta

**2. Composizione qualitativa e quantitativa** Ogni dose da 10 ml contiene sodio alginato 1000,0 mg e potassio bicarbonato 200,0 mg. 1 ml contiene sodio alginato 100,0 mg e potassio bicarbonato 20,0 mg. Per gli eccipienti, vedere 6.1

**3. Forma farmaceutica** Sospensione orale. Sospensione viscosa, biancastra.

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

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

**4.3 Controindicazioni** (ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti, compresi gli esteri degli idrossibenzoati (parabeni)).

**4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego** Ogni dose da 10 ml presenta un contenuto di sodio pari a 106 mg (4,6 mmol) ed un contenuto di potassio pari a 78 mg (2,0 mmol). Ciò deve essere tenuto in considerazione nei casi in cui sia raccomandata una dieta particolarmente povera di sale, ad esempio in alcuni casi di insufficienza cardiaca congestizia e compromissione renale o nel caso di assunzione di farmaci che possono aumentare i livelli di potassio nel plasma.

Ogni 10 ml contiene 200 mg (2,0 mmol) di calcio carbonato. Si deve prestare attenzione nel trattare pazienti affetti da ipercalcemia, nefrocalcinosi e calcoli renali ricidivi contenenti calcio. In pazienti con livelli molto bassi di acido gastrico c'è possibilità di efficacia inferiore. Il trattamento di bambini di età inferiore ai 12 anni non è generalmente raccomandato, eccetto in caso di consiglio medico. Se i sintomi non migliorano dopo sette giorni, il quadro clinico deve essere rivalutato. Questo medicinale contiene metil-idrossibenzoato e propil-idrossibenzoato, che possono causare reazioni allergiche (possibilmente ritardate).

**4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione** Nessuna nota.

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

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

**4.8 Effetti indesiderati** Molto raramente (<1/10.000) i pazienti sensibili agli eccipienti possono sviluppare manifestazioni allergiche, quali orticaria o broncospasmo.

**4.9 Sovradosaggio** In caso di sovradosaggio, si deve ricorrere a trattamento sintomatico. Il paziente può segnalare distensione addominale.

**5. Proprietà farmacologiche**

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

**5.2 Proprietà farmacocinetiche** Il meccanismo d'azione del medicinale è fisico e non dipende dall'assorbimento nella circolazione sistemica.

**5.3 Dati preclinici di sicurezza** Non è stato riportato alcun risultato preclinico di rilievo per il prescrittore.

**6. Informazioni farmaceutiche** **6.1 Elenco degli eccipienti** Calcio carbonato, carbomer, metil-idrossibenzoato E218, propil-idrossibenzoato E216, saccarina sodica, aroma menta, sodio idrossido per l'aggiustamento del pH, acqua depurata.

**6.2 Incompatibilità** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità** 2 anni. Validità dopo apertura: 2 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Non refrigerare. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** Flaconi di vetro ambrato con tappo sagomato in polipropilene, munito di sigillo di sicurezza per l'apertura e rivestito con un tampone di polietilene espanso. Le confezioni sono da 200 o 500 ml di sospensione.

**6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Limited, Danson Lane, Hull, HU8 7DS, Regno Unito. Concessionaria per l'Italia: Novartis Consumer Health S.p.A., Origgio (VA).

**8. Numeri di autorizzazioni all'immissione in commercio** Flacone da 200 ml di sospensione orale: A.I.C. n. 034248284/M. Flacone da 500 ml di sospensione orale: A.I.C. n. 034248346/M.

**9. Data della prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** Novembre 2004. **10. Data di revisione del testo** Agosto 2004.

**1. Denominazione del medicinale** Gaviscon Advance. Sospensione orale. **2. Composizione qualitativa e quantitativa** Principi attivi: Sodio alginato 1000 mg/10ml, Specifica PhEur; Potassio bicarbonato 200 mg/10ml, Specifica PhEur. Per gli eccipienti, vedere 6.1

**3. Forma farmaceutica** Sospensione orale. Sospensione viscosa, biancastra. **4. Informazioni cliniche** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento dei sintomi legati al reflusso gastro-esofageo, quali rigurgito acido, pirosi, indigestione dovuta ad un reflusso del contenuto gastrico, ad esempio dopo chirurgia gastrica, in conseguenza di ernia iatale, nel corso della gravidanza o come fenomeno che accompagna il reflusso esofageo.

**4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini sopra i 12 anni: 5-10 ml dopo i pasti e la sera prima di andare a letto. Bambini al di sotto dei 12 anni: deve essere somministrato solo sotto controllo medico. Anziani: non è necessario modificare le dosi. **4.3 Controindicazioni** (ipersensibilità verso i componenti del prodotto, compresi gli esteri degli idrossibenzoati (parabeni)).

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

# GAVISCON<sup>®</sup>

## ADVANCE

### SOSPENSIONE ORALE A02BX13

### Acido Alginico + Potassio Bicarbonato

NUOVO  
AROMA  
MENTA



CLASSE A

200 ml  
500 ml

www.gaviscon.it

NOVARTIS  
Novartis Consumer Health S.p.A.

## Contro il reflusso gastroesofageo RADDOPPIA LA SCELTA

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

**AMPLIA** la possibilità di scelta

**OFFRE** un'alternativa al paziente

**MIGLIORA** la compliance al trattamento.

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



# La chirurgia oncologica ginecologica conservativa: quando e come?

Carlo Sbiroli, Giacomo Corrado, Enrico Vizza  
S.C. Oncologia Ginecologica – Istituto Nazionale Tumori “Regina Elena”, Roma



Nella foto  
Carlo Sbiroli

Individuare nuovi protocolli per ottenere un migliore controllo della malattia, ma anche una minore aggressività della chirurgia. Anche se la sopravvivenza deve restare il principale obiettivo del trattamento oncologico, tuttavia la qualità di vita delle pazienti deve costituire sempre un obiettivo primario

**D**i chirurgia conservativa in oncologia si discute da oltre 30 anni, ma è soprattutto in quest'ultimo decennio che la chirurgia radicale allargata è stata messa in discussione nel trattamento di molte neoplasie solide. Le ampie demolizioni chirurgiche, eseguite nella convinzione che dall'estensione della radicalità dipendesse il controllo della malattia, sembrano ormai retaggio del passato. Leviscerazione pelvica, la vulvectomia con ampia dissezione in unico blocco, la mastectomia radicale secondo Halsted sono esempi di quel tipo d'impostazione terapeutica che anteponeva la cura alla qualità di vita. Questa chirurgia ha mostrato negli anni il suo limite e l'incapacità di curare da sola la neoplasia. Essa ha fornito comunque molte informazioni sulla diffusione e sulla biologia delle diverse lesioni neoplastiche, soprattutto ha costretto i ginecologi oncologi a disegnare nuovi protocolli, sempre più articolati e individualizzati, con lo scopo non solo di ottenere un miglior controllo della malattia, ma anche di attuare una minore aggressività chirurgica.

La consapevolezza di poter utilizzare una chirurgia meno radicale nel trattamento del cancro si ebbe negli anni '70, quando studi clinici controllati e le nuove conoscenze sulla storia naturale del cancro della mammella dimostrarono che la mastectomia semplice, seguita da radioterapia, era in grado di determinare tassi di recupero equivalenti a quelli della mastectomia radicale. La tendenza fu accentuata dalle segnalazioni a favore dell'escissione locale congiunta alla radioterapia. Questi primi risultati positivi, ottenuti sulla mammella, incoraggiarono molti ricercatori clinici ad applicare il criterio della minore aggressività chirurgica in altri settori dell'oncologia.

Nella ginecologia oncologica i primi importanti risultati si ebbero nel cancro della vulva, in cui la vulvectomia radicale en bloc con dissezione linfonodale bilaterale fu quasi completamente sostituita da una chirurgia più contenuta, capace di ridurre notevolmente le gravi mutilazioni che hanno spesso un impatto drammatico sulla qualità di vita dei pazienti.

L'esperienza accumulata negli ultimi 10-15 anni ha dimostrato che la chi-

rurgia oncologica conservativa richiede, oltre che accuratezza ed esperienza, anche cultura oncologica di buon livello. In altri termini, il “buon senso ordinario”, che aveva guidato la vecchia chirurgia (dove eseguire un'ampia demolizione significava essere un bravo chirurgo), da solo non basta, anzi appare anacronistico. È necessario possedere un'approfondita conoscenza della storia naturale e della biologia delle varie neoplasie trattate. Soprattutto servono nuove idee ed è importante ripensare le vecchie strategie terapeutiche alla luce di quanto la ricerca clinica fornisce ogni giorno.

È chiaro, inoltre, che una terapia conservativa, che ha come obiettivo una migliore qualità di vita della paziente, deve passare, laddove possibile, attraverso una chirurgia che sia in grado di preservare l'organo malato e/o la sua funzione (urinaria, digestiva, fertilità ecc.). E nei casi in cui il trattamento ultraradicale non possa essere evitato, allora è importante attuare quelle tecniche di ricostruzione che permettano di ripristinare la funzione dell'organo asportato (vescica, mammella ecc.). Questa nuova visione della salute, connessa alla qualità di vita della persona, ha portato ad un cambiamento della mentalità del chirurgo oncologo, in particolare del ginecologo, che ha dovuto cambiare radicalmente

la sua cultura chirurgica: da “grande demolitore” è progressivamente diventato anche un “chirurgo funzionalista”.

Nel campo della ginecologia oncologica, ad esempio, il problema del mantenimento della fertilità, oltre quello di curare la neoplasia, costituisce molto spesso uno dei principali obiettivi da raggiungere. Un problema che negli ultimi anni sta diventando sempre più pressante per il costante aumento dell'incidenza di neoplasie in donne in età fertile (es. leucemie, linfomi, cancro della mammella ecc.), molte delle quali sono cancri ginecologici.

Anche se i trattamenti attuali sono in grado di curare con successo una percentuale sempre maggiore di pazienti, il prezzo da pagare molto spesso è una compromissione irreversibile della fertilità secondaria ad un danno diretto, nel caso in cui il tumore colpisce gli organi riproduttivi, o ad un danno indiretto come conseguenza dei trattamenti medici. Gli effetti a lungo termine di quest'ultimi sulla funzione riproduttiva, infatti, determinano spesso irregolarità del ciclo mestruale, insorgenza precoce della menopausa ed infertilità, costituendo un'ulteriore frustrazione che va ad aggiungersi a quelle rappresentate dal cancro e dai suoi trattamenti.

Nella pratica clinica, comunque, la scelta del trattamento conservativo deve avvenire sulla base di un'attenta selezione delle pazienti, che, oltre che dei dati tradizionali, (quali l'anamnesi, l'esame obiettivo, la diagnostica preoperatoria per immagini, i dati forniti dall'esame estemporaneo (grading, invasione vascolare o linfatica, necrosi tumorale), deve tener conto anche di altri elementi come l'età, il desiderio di prole, le esigenze e le aspettative delle pazienti. Questi ultimi elementi hanno assunto nel tempo un ruolo sempre più determinante nella decisione terapeutica e devono sempre essere tenuti presenti dall'operatore.

La chirurgia conservativa, inoltre, trova indicazione per i tumori in stadi iniziali, di limitate dimensioni, unici. In alcuni casi, comunque, l'obiettivo della minore aggressività può essere raggiunto facendo precedere la chirurgia da un trattamento medico e/o radioterapico neoadiuvante, allo scopo di ridurre il volume tumorale per realizzare una chirurgia meno radicale. Ne conse-



gue che in ginecologia possono beneficiare di questo trattamento soprattutto donne con malattia microinvasiva del collo dell'utero, quelle con cancro ovarico "borderline", allo stadio I o con tumore germinale.

Sul tema della chirurgia conservativa nel trattamento del cancro ginecologico si intrecciano, insomma, questioni etiche, clinico-scientifiche, economiche e non solo. In questo settore i dati assoluti della letteratura sulla sopravvivenza nelle serie randomizzate sono spesso poco consistenti e quasi impossibili da ottenere, se si eccettuano alcuni risultati sulla vulva e, in numero inferiore, sul collo dell'utero e sull'ovaio. Inoltre, si deve tener presente che i vari tentativi di realizzare studi di controllo quasi sempre si scontrano con problemi di natura etica e legale, che rendono difficile la raccolta di dati significativi.

Nella maggior parte degli studi raccolti negli anni recenti, comunque, è possibile confrontare le cifre sulla sopravvivenza con quelle relative agli studi storici della chirurgia radicale tradizionale: è significativo che tutte le procedure minori riportino risultati finali simili, ma nessuno supera quelli ottenuti con la chirurgia tradizionale. Tutto questo determina un grande dilemma in chi è chiamato ad intervenire: si tratta, da una parte, di tenere in considerazione la forte domanda di so-

pravvivenza con buona qualità di vita, (e per noi ginecologi a complicarci la vita vi è anche la fertilità), dall'altra, l'"obbligo" di curare bene.

Nonostante i risultati e punti di vista a volte non concordi, negli ultimi anni abbiamo comunque assistito al costante tentativo di ridurre l'aggressività dei trattamenti e suggerire terapie oncologiche "personalizzate", in modo da fornire alla paziente una migliore qualità di vita. In ginecologia questo significa, molto spesso, preservare l'utero ed almeno una parte di un ovaio per conservare la fertilità. Tutto questo comporta inevitabilmente un'attenta selezione delle pazienti che tenga conto, oltre che

dei tradizionali parametri anamnestici e clinici, anche del desiderio di prole, delle loro esigenze e aspettative. Tuttavia, i risultati sulla possibilità di preservare la fertilità in donne giovani con cancro ginecologico al momento non possono dirsi entusiasmanti. Le donne che in definitiva possono trarre profitto da un trattamento conservativo con preservazione della fertilità e senza compromissione della sopravvivenza sono, infatti, solo coloro con una lesione microinvasiva della cervice uterina, con cancro ovarico allo stadio FIGO IA, con una lesione ovarica sierosa iniziale borderline e, per quanto riguarda le lesioni endometriali, quelle a basso rischio di metastasi extrauterine con istotipo endometriale, ben differenziato e nessuna invasione miometriale. Le altre lesioni, anche se leggermente più avanzate, presentano risultati spesso contraddit-

tori o comunque non consolidati.

È auspicabile che, in un prossimo futuro, nuovi fattori biologici prognostici permettano di definire meglio ed ampliare la popolazione di malati che possono beneficiare, in tutta sicurezza carcinologica, della chirurgia conservativa. È comunque evidente che per far conciliare l'esigenza di sconfiggere la malattia con l'utilizzo di metodi sempre meno invasivi è necessario avere una "cultura" in campo oncologico (il buon senso ordinario non basta più), ma serve anche il confronto dei dati e nuove idee, in grado di offrire risposte sempre più efficaci.

Negli ultimi anni si è discusso a più riprese su come realizzare una chirurgia conservativa in ginecologia oncologica. In altri termini, quali tecniche utilizzare. Raramente si fa cenno ad una tecnica particolare, se si eccettua la trachelectomia utilizzata nelle forme iniziali del cancro cervicale.

Questo a significare che indubbiamente le tecniche chirurgiche meno aggressive – come può essere quella laparoscopica – sono certamente di grande utilità, ma a patto di non illudersi che debbano essere le uniche ad essere utilizzate in questo settore. Bisogna accettare che molto spesso le "necessità" della paziente non coincidono con la "possibilità" di usare la tecnica endoscopica.

In ogni caso, è oggi possibile affermare che la chirurgia ultraradicale tradizionale non è più quella di riferimento. E anche se la sopravvivenza deve restare il principale obiettivo del trattamento oncologico, tuttavia la qualità di vita delle pazienti deve costituire sempre un obiettivo primario.

Soprattutto servono nuove idee ed è importante ripensare le vecchie strategie terapeutiche alla luce di quanto la ricerca clinica fornisce ogni giorno

# Prefolic®

## VO3AF N<sup>5</sup>-metiltetraidrofolato di calcio

**Riassunto delle caratteristiche del prodotto**

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

**2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** PREFOLIC® 15 Compresse Una compressa gastroresistente contiene: Principio attivo: N<sup>5</sup>-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 19,18 mg pari ad acido 15 mg PREFOLIC® 15 Iniettabile Un flacone di liofilizzato contiene: Principio attivo: N<sup>5</sup>-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 19,18 mg pari ad acido 15 mg PREFOLIC® 50 Iniettabile Un flacone di liofilizzato contiene: Principio attivo: N<sup>5</sup>-metiltetraidrofolato di calcio pentaidrato 63,93 mg pari ad acido 50 mg

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

**4. INFORMAZIONI CLINICHE**

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

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

**4.3 Controindicazioni** (ipersensibilità nota verso i componenti).

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

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

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

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

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

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

**5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE**

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

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

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

**6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE**

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

**6.2 Incompatibilità** Non va addizionato a soluzioni contenenti bicarbonato.

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

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

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

**6.6 Istruzioni per l'uso**



Modalità di apertura della fiala di solvente:

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

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

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

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

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

**Zambon**

# Professionisti in sinergia per assistere le donne in gravidanza

Non solo ginecologi e ostetrici. Per la salute della donna e del nascituro esiste sempre un'équipe pronta ad intervenire: dall'ecografista all'anestesista, dal chirurgo al neonatologo. Ma l'elevato numero di professionisti coinvolti e la complessità dei trattamenti medici pone dei problemi di individuazione delle responsabilità e, in caso di condotta commissiva o anche solo omissiva, appare necessario fare chiarezza sul legame fra l'azione di ciascuno dei componenti dell'équipe e l'evento dannoso

**Vincenzo Giambanco e Rosaria Amato**

*Direttore ed ostetrica dell'U.O. di Ginecologia ed ostetricia all'ARNAS Ospedale Civico e Benfratelli, Palermo II°*

**L'**Ostetricia e la Ginecologia costituiscono, fra le diverse specializzazioni della medicina, due settori di particolare e delicato interesse medico-legale, etico e giuridico giacché esse si correlano a quello straordinario evento che è il formarsi, lo svilupparsi ed il venire alla luce di un nuovo essere umano.

Per realizzare una riflessione su queste figure professionali, è necessario anzitutto ricordare che la Costituzione italiana, all'art. 31, sancisce che "la Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo".

Viene pertanto garantito al concepito non solo il diritto di nascere – e di nascere sano – ma anche di ricevere adeguate cure pre e post-natali senza perdere di vista la tutela della stessa madre e della maternità. È implicito, a tal riguardo, che la gravidanza e il parto siano degli avvenimenti vissuti, e come tali non se ne può comprendere l'essenza con la sola descrizione dei dati fisiologici o psicologici, che hanno la loro importanza, ma restano delle semplici dimensioni di quello che in realtà è un problema di vita. La gravidanza e il parto, in altre parole, non sono semplicemente delle fasi del ciclo riproduttivo dell'essere umano: essi modificano non solo fisicamente ma anche psicologicamente la donna nei rapporti con chi la ama, come il partner, la famiglia o gli amici, o con chi la assiste, come il ginecologo e l'ostetrico.

Prendendo sommariamente in esame i vari momenti dell'assistenza dello specialista in Ginecologia ed Ostetricia alla gestante ed al parto, la condotta censurabile si può

riconoscere in una errata assistenza al momento del parto e si delinea: per inadeguato monitoraggio nelle ultime fasi di gravidanza protratta; per mancato, o intempestivo, ricorso al taglio cesareo; per mancato riconoscimento di lesioni o di perforazioni uterine; per inadeguato trattamento di complicanze infettive. Affrontando in maniera specifica il problema della responsabilità professionale dell'ostetrico, si deve tener presente che l'imperizia, l'imprudenza, la negligenza o l'inosservanza di precise norme possono costituire la causa diretta della morte o del danno alla gestante o al neonato. In tale evenienza l'ostetrico risponde da solo e direttamente del proprio operato in regime di attività libero-professionale. Quando, invece, si registri una collaborazione con il medico, l'ostetrico è soggetto al vincolo della subordinazione, rispondendo in merito al danno solo per quello che compete alla sua partecipazione all'evento, pur sempre, però, mantenendo un'autonomia intrinseca alla prestazione di un'attività intellettuale che gli viene riconosciuta. Il D.M. 14/9/1994, al punto 1 dell'art. 1, precisa che "l'ostetrico è l'operatore sanitario che conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato"; e ribadisce all'art. 5 che "l'ostetrico è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza".

Anche la Corte di Cassazione ha stabilito che "l'esercizio dell'attività di ostetrico implica l'obbligo di rilevare con diligenza l'andamento del parto o di sollecitare l'intervento del medico ogni qualvolta nel corso del parto, e successivamente ad esso, si manifestino fatti non riferibili ad un regolare svolgimento del parto stesso. Invero, le funzioni delle ostetriche sono rigorosamente limitate all'assistenza delle partorienti che non presentino un quadro clinico ambiguo, sicché quando un'ostetrica che assiste ad un parto rilevi l'esistenza di fattori di rischio per la madre o per il feto, deve richiedere l'ausilio del medico, con assoluto divieto di praticare interventi manuali o strumentali, fatta eccezione per quelli consentiti dalle istruzioni tecniche sull'esercizio professionale delle ostetriche, emanate dal ministero della Sanità".

Possiamo dire, quindi, che il compito dell'ostetrico è quello di assistere la donna durante la gestazione, il parto ed il puerperio; di assistere il neonato; di vigilare su entrambi nel quadro della difesa sanitaria della famiglia. Egli può operare da solo nel caso di parto fisiologico, ma questo presuppone una accurata selezione delle pazienti durante la gravidanza e in accettazione, all'inizio del travaglio, da parte dell'équipe medica. Importante è il ruolo ricoperto dall'ecografista, al quale viene attribuito un errore di

tipo diagnostico nell'interpretazione e nell'elaborazione dei dati obiettivi, o anche un errore dovuto all'incompletezza o all'imprecisione nella stesura del referto (prova di errata condotta dell'ecografista e oggetto della valutazione del consulente e del giudice) o per mancata trasmissione dei dati alla paziente. Di grande rilevanza sono quei casi in cui per errore nella refertazione ecografia si produca un falso negativo di patologia fetale che comporti di conseguenza la mancata e colposa informazione alla madre: si configura così una responsabilità civile diretta, contrattuale ed aquiliana, per mancata diagnosi di malformazione fetale e per il pregiudizio patito dai genitori in seguito alla nascita di un figlio portatore di handicap fisico. Una adeguata informazione circa le anomalie del feto, infatti, avrebbe potuto portare la donna a decidere di interrompere la gravidanza, soprattutto se in presenza di una condizione di grave pericolo per la sua salute psico-fisica.

Anche al medico anestesista competono delle responsabilità legali durante l'esercizio della propria professione, le quali possono estrinsecarsi nel trattamento anestetico-rianimatorio, nell'omessa vigilanza dopo anestesia, nell'errato posizionamento della paziente sul letto operatorio, nell'omesso controllo delle apparecchiature; tutte sono sostenute da sentenze della Cassazione. In tale contesto due situazioni si possono determinare: l'anestesista opera in autonomia con un altro medico di diversa specializzazione ma di uguale professionalità, oppure l'anestesista entra in un rapporto gerarchico in funzione dei compiti di direzione che esercita sul personale infermieristico. Nel primo caso, ogni problema può essere superato con il riconoscimento di un principio di fiducia in virtù del quale le prestazioni fra colleghi specialisti, che partecipano ad un trattamento comune, siano corrispondenti all'arte medica. Nel secondo caso, invece, si ha l'obbligo di evitare il danno e l'anestesista deve impartire al personale infermieristico sempre, e in modo dettagliato, tutte le istruzioni del caso, per non rispondere successivamente di condotta imprudente e negligente.

Si deve poi ricordare l'evenienza, tra l'altro non infrequente, in cui, in occasione di intervento chirurgico complesso, vi sia un contratto stipulato direttamente fra anestesista e cliente, tale che il cliente stesso assegni al chirurgo un anestesista diverso da quello che di solito opera alle dipendenze della Casa di cura che da parte sua si limita a mettere a disposizione del professionista tutte le attrezzature che possiede. Nell'eventualità che si verifichi un danno, si tende ad escludere la responsabilità solidale del chirurgo, in base al principio dell'affidamento, e quella vicaria della Casa di cura che ha consentito che l'anestesista si avvallesse della propria dotazione stru-



**Nella foto**



*Vincenzo Giambanco*

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

Oggi la SICUREZZA è **Paptest+hc2\***

DIGENE Italia Srl Piazza Santa Francesca Romana,3 Milano tel. 02.29534149 www.digene.it

MAGISTER TEAM Milano

 **DNAPAP™ (hc2) by**  **DIGENE**

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

\* IARC 2004; \* ACOG 2005

mentale, riaffermando la colpa professionale dell'anestesista poiché si è in presenza di una branca della Medicina ad alta specializzazione che implica che le prestazioni dell'anestesista siano rese in completa autonomia.

In merito all'assistenza alla nascita ed ai rischi per il neonato, non può essere trascurata la figura del neonatologo. Il suo intervento si esplica in tre fasi: sola collaborazione con l'ostetrico; collaborazione in équipe con l'ostetrico e l'anestesista; assistenza sul neonato. Nel caso dell'attività collegiale, in sala parto, possono riscontrarsi diverse ipotesi di responsabilità professionale: la responsabilità è unica e singolare, per il neonatologo, ogni qualvolta il suo parere è autonomo rispetto al contributo degli altri specialisti, tenendo invece conto del fatto che diventa responsabile tutta l'équipe in caso di errori professionali grossolani e non inerenti alle competenze strettamente ed altamente specialistiche del neonatologo. Nel caso in cui si determini una condotta commissiva, o anche solo omissiva, dalla quale derivi la morte del neonato, saranno evidenti gli estremi dell'omicidio colposo.

Si deve aggiungere, altresì, che l'organismo è soggetto in gravidanza ad un sovraccarico funzionale dell'apparato cardiocircolatorio che, ben tollerato in un soggetto sano, nel caso di una gestante cardiopatica può indurre una situazione di scompenso. In tale situazione è necessaria la presenza di uno specialista cardiologo il quale, attraverso

una stretta collaborazione con l'ostetrico, deve pervenire precocemente e correttamente alla diagnosi della patologia in questione in maniera tale da definire una oculata strategia terapeutica. L'assistenza al parto, in questi casi, deve essere condotta in ambiente ospedaliero e deve essere assicurata dalla presenza dell'ostetrico, dell'anestesista, del neonatologo e appunto del cardiologo che, in relazione alle condizioni cliniche della partorientente, deciderà se anticipare il parto, qualora il proseguimento della gravidanza sia a rischio, e quale tipo di metodica utilizzare per la sua effettuazione (fisiologica o taglio cesareo). L'errore nella diagnosi e l'errore nell'insufficienza di pratiche terapeutiche e rianimatorie, in caso di insorgenza di complicanze, configurano le evenienze più frequenti di responsabilità professionale in cui può incorrere questo sanitario.

Tenendo conto della complessità dei trattamenti medici in ambito ginecologico ed ostetrico, e la conseguente necessità del lavoro di équipe, risulta palese la difficoltà di individuare il momento causativo dell'atto illecito tale da ascriverlo ad un unico responsabile. La Corte di Cassazione ha più volte ribadito che per avere una cooperazione in un reato colposo è necessaria la consapevole partecipazione alla condotta colposa che configura così l'esistenza di uno specifico nesso di causalità fra l'azione di ciascuno dei componenti dell'équipe e l'evento di dan-

no. Qualora invece sussista un rapporto di tipo gerarchico vi è la necessità di un controllo specialistico da parte del responsabile capo. È intuitivo che vi sia concorso di responsabilità da parte dell'assistente che abbia l'obbligo di vigilare sull'operato del responsabile dell'équipe quale collaboratore e potenziale continuatore dell'operazione. È importante sottolineare che, una volta ammessa la responsabilità penale dei singoli componenti l'équipe, in ambito civilistico, essi sono tenuti a risarcire il danno solidalmente fra loro secondo quanto stabilito dall'art. 2055 c.c., sebbene, come dettato dagli artt. 2049, 1228, 2252 c.c., alla responsabilità personale diretta degli autori del fatto dannoso, si aggiunga la responsabilità indiretta ed oggettiva dell'ente che ha erogato la cura. A conclusione di questa brevissima panoramica circa l'importanza, sempre più evidente, dell'accertamento e del riconoscimento del nesso di causalità tra condotta omissiva ed evento, in materia di responsabilità professionale del medico risulta necessario sottolineare che, con riferimento alla capacità del soggetto agente, è implicita la necessità di accertare la eventuale colpa professionale di quest'ultimo: non si può prescindere tuttavia dalla qualificazione del sanitario in questione. Non potranno fungere da paragone in effetti soltanto le *leges artis* generali, ma soprattutto quelle proprie del settore specifico in cui lo specialista agisce.

## L'ostetrica e il percorso-nascita

Promuovere i comportamenti più salutari per la salute della mamma e del bimbo

Un'assistenza è centrata sulla donna, affinché prenda coscienza delle sue potenzialità come donna e come madre. È questo il ruolo dell'ostetrica: accompagnare le donne al parto e renderle soggetti attivi e responsabili durante tutto il percorso-nascita. Un compito di counselling e di sostegno che investe non solo il piano fisico ma anche emotivo della donna.

**La posizione dell'ostetrica da un punto di vista legale** Il D.M.

14/9/1994 al punto 1 dell'art. 1 precisa che "l'ostetrica è la professionista che si occupa, in piena autonomia e responsabilità, del benessere fisico e psichico della donna;" ribadisce all'art. 5 che "l'ostetrica è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza".

Le sue responsabilità in sala parto riguardano:

- l'assistenza in autonomia al travaglio, parto, post-parto fisiologici
- la sorveglianza dello stato di salute materno-fetale
- la diagnosi delle anomalie del travaglio e del parto.

Alla luce delle attuali disposizioni legislative e dei nuovi doveri deontologici, l'ostetrica non è una semplice esecutrice di atti. Oggi le viene richiesto di impegnarsi nei propri obblighi, di agire in prima persona, di assumere una condotta attiva e non passiva, di prendere le iniziative in base alle necessità dell'assistito. Questa nuova lettura delle responsabilità professionali conferisce all'ostetrica lo status di prestatore d'opera e d'assistenza: essa prende coscienza di fare tutto ciò che è necessario alla persona, secondo scienza e coscienza e, ovviamente, nel rispetto del proprio campo.

**La gravidanza ed il parto** Nelle condizioni fisiologiche, l'ostetrica costituisce l'operatrice naturale per la continuità assistenziale durante la gravidanza, il parto e il puerperio anche in virtù di una certa empatia che si crea con la donna. Le ostetriche dovrebbero favorire l'autonomia della donna su come vivere la gravidanza e il parto, a meno che non vi siano prove di efficacia (EBM) che giustificano una restrizione alla libera scelta della donna e una interferenza nel naturale processo della nascita. Questo tipo di assistenza è centrata sulla donna, che partecipa attivamente alla

conduzione della sua gravidanza e del suo parto, diventa cosciente delle sue potenzialità. Comunque, indipendentemente dalle modalità liberamente scelte dalla donna di far nascere il proprio bambino, la certezza è che non è necessario insegnare alle donne come partorire, poiché si tratta di comportamenti riproduttivi innati presenti in ognuna di loro. Il problema sta soltanto nel motivarle a considerare la nascita come evento naturale e nel dar loro la possibilità di attivare le loro naturali potenzialità.

**Allattamento al seno: il ruolo dell'ostetrica come supporto**

**psicologico e fisico** La professione ostetrica sta andando incontro a dei mutamenti culturali sia negli aspetti generali che in quelli pratici come l'immagine, le competenze, la professionalità. Nel campo delle competenze vi è anche il delicato compito di promuovere l'allattamento al seno. È universalmente acquisita la consapevolezza, confortata dall'evidenza scientifica, dell'importanza dell'allattamento materno per la salute del neonato e della mamma, sia a breve che a medio e lungo termine. Tra i benefici per i bambini vanno annoverati, tra gli altri, la riduzione del rischio di infezioni e di allergie; per la donna, la riduzione del rischio di emorragie post-partum (in caso di attaccamento precoce) e del tumore alla mammella. Dati statistici confermano che le strutture sanitarie fanno ancora troppo poco per sostenere le mamme nella pratica dell'allattamento al seno. A tutte le ostetriche, adeguatamente formate a tal proposito, è quindi affidato il compito del counselling e del sostegno fisico ed emotivo alle donne durante il percorso nascita. I corsi di accompagnamento alla nascita permettono alle donne di ricevere informazioni adeguate sull'allattamento, tuttavia essi sono solitamente frequentati da donne istruite e spesso già consapevoli dell'importanza di tale pratica. La restante percentuale di donne, allora, potrebbe ricevere valide informazioni durante la degenza nel punto nascita e superare così le numerose cause che impediscono o ostacolano le donne nella realizzazione del loro desiderio di allattare al seno, come i pregiudizi e false credenze talvolta sostenuti anche dai familiari.



# Fermiamo la violenza contro le donne

Commissione nazionale Aogoi sulla violenza

a cura di Valeria Dubini

Per molto tempo si è trattato di situazioni che restavano per lo più nell'ombra e che, anche una volta emerse, non rientravano nella pratica clinica ma, al limite, in quella sociale. Negli ultimi 10 anni, però, il problema della violenza sulle donne è stato riconosciuto universalmente e ha ricevuto una sempre maggiore attenzione da parte di importanti organismi internazionali che hanno contribuito a riconoscerne le drammatiche conseguenze sulla loro salute.

Nel 1993 l'Onu ha definito la violenza contro le donne come "ogni atto che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o ingeneri sofferenza in una donna, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o l'arbitraria privazione della libertà, tanto nella vita pubblica che in quella privata". Nel 1996 l'Organizzazione mondiale per la Sanità (Oms) ha deciso di adottare definitivamente questa definizione.

I dati dell'Oms stimano che nel mondo almeno una donna su tre sia stata picchiata o abusata sessualmente nel corso della vita, e che una su quattro sia stata vittima di una forma di violenza durante la gravidanza. La violenza risulta essere la decima causa di morte per le donne comprese tra 15 e 44 anni (1998) e la seconda causa di morte materna. Un fenomeno grave e diffuso che, tuttavia, ancora oggi non emerge nella sua interezza, perché spesso le donne, per vergogna o per paura, preferiscono tacere. La figura del medico, e in particolare del ginecologo e dell'ostetrica, può però rappresentare un importante punto di riferimento per le vittime di violenza. Gli operatori sanitari, infatti, sono coloro a cui la donna si rivolge, anche se con richieste che hanno bisogno di essere decodificate. Capita, inoltre, che si venga chiamati a refertare una condizione di violenza dichiarata ma che non sia chiaro cosa siamo tenuti a fare, quali reperti cercare e conservare, quali comportamenti terapeutici attuare. La violenza sulle donne, infatti, resta ancora oggi un argomento trascurato dai programmi di formazione.

## Violenza sulle donne: i dati italiani

In Italia esistono pochi dati sulla violenza. La principale fonte di informazioni è rappresentata dall'indagine Istat del 2004: su 22.759 donne intervistate emerge un'incidenza del 2,9% di violenza tentata o consumata. Nel 95,3% dei casi l'autore della violenza è il partner, un ex partner o un conoscente; solo nel 3,5% dei casi è opera di sconosciuti.

La denuncia è stata inoltrata nel 7,4% dei casi (9,3% negli ultimi 3 anni): i dati rilevabili dall'autorità giudiziaria costituiscono, quindi, soltanto la punta di un iceberg. Il motivo che principalmente spinge le donne a questo comportamento è la "paura di essere giudicata e/o trattata male e con poca riservatezza". Il ruolo dei sanitari e di tutti coloro che per primi entrano in contatto con la vittima è dunque strategico se si vuole davvero incidere

su questa realtà.

Una ricerca condotta a Trieste nel 1998 su 510 utenti dei servizi socio-sanitari evidenziava come nei 12 mesi precedenti il 9,2% del campione aveva subito violenze fisiche, il 2,5% violenze sessuali, l'11% minacce, il 33% insulti, il 13,3% violenze psicologiche. Il 34,4% delle donne riferiva almeno una violenza fisica nell'arco della vita. Venivano riportate violenze dal 6,3% delle coppie e nell'80% dei casi si trattava di una condizione cronica. Per capire quanto il personale sanitario sia impreparato basta invece scorrere un'indagine commissionata dal Comune di Bologna nel 1995: il 37% dei medici del Pronto Soccorso dichiarava di non avere mai incontrato donne vittime di violenza; dato che saliva al 60% estendendo l'indagine ai medici di famiglia. Acquisire la capacità di riconoscere il problema rappresenta il primo indispensabile passo per arrivare alla possibilità di risposte concrete. Gli effetti della violenza sulla salute della donna. Le ricadute della violenza sulla salute della donna vanno da condizioni sfumate (disturbi gastroenterici, depressione, dolore pelvico cronico) a condizioni gravi, come il tentato suicidio o la morte per omicidio. Nel Regno Unito è stata proprio la considerazione che il 40% delle donne uccise da partner o ex partner aveva avuto almeno un contatto con la struttura sanitaria, senza che fosse stata compresa la situazione di pericolo, ad attivare una campagna di prevenzione sulla violenza contro le donne. Nonostante sia opinione diffusa che la gravidanza sia protettiva nei confronti dei maltrattamenti, i dati dimostrano che il 30% delle violenze ha inizio proprio in questo delicato periodo; il 69% delle donne maltrattate prima della gravidanza continua a subire maltrattamenti e nel 13% dei casi si assiste ad un'intensificarsi ed aggravarsi degli episodi.

La violenza in gravidanza assume un particolare rilievo in quanto le persone offese sono due: la donna ed il feto. Sulla madre il rischio maggiore è ovviamente rappresentato dalla morte, ma ci sono anche tutti gli effetti dei traumi provocati, che si presentano con una frequenza minore solo a quella dei traumi stradali. Per quanto riguarda gli effetti sul feto, anzitutto l'incidenza di minaccia di aborto, in particolare poliabortività, ma anche rottura d'utero, distacco di placenta, parto pretermine e preeclampsia.

## Il ruolo dei sanitari

Paradossalmente la gravidanza, può costituire una grandissima opportunità per svelare una situazione di maltrattamento, dato che la maggior parte delle donne seguono un programma di controlli prenatali e hanno quindi ripetute occasioni di entrare in contatto con il Servizio sanitario e con operatori con i quali si crea facilmente un rapporto di confidenza e di fiducia. Il timore delle possibili conseguenze per il suo bambino, inoltre, spinge la donna ad aprirsi con maggior facilità.

Occuparsi dell'assistenza alla donna violentata costituisce parte integrante della professionalità dei ginecologi, che hanno la responsabilità di occuparsi della salute e del benessere delle loro assistite. Situazioni difficili, ma sulle quali è necessario riflettere profondamente e acquisire le competenze necessarie per affrontarle

I ginecologi devono essere consapevoli di questa responsabilità. Anche i metodi più semplici possono essere efficaci: poster e materiale informativo negli ambulatori, negli ospedali, nelle toilette, per incoraggiare la donna a prendere coscienza del problema e denunciarlo. Da parte nostra, conoscere i problemi, decodificare la richiesta, superare i pregiudizi personali, saper ascoltare e rassicurare le pazienti, costituiscono la condizione di base per una prima accoglienza di queste donne. Non si tratta, però, di un compito facile. Diventa sempre più necessaria l'attuazione di corsi di formazione adeguati e di uno stretto rapporto di collaborazione con i servizi socio-sanitari e l'Autorità giudiziaria.

## Il gruppo violenza Aogoi

Nel 2001 è stato istituito un gruppo di lavoro all'interno dell'Aogoi, con rappresentanza nazionale, in prevalenza costituito da ginecologi, ma che ha visto la partecipazione anche di medici legali e pediatri.

Obiettivo del gruppo Aogoi è diffondere una cultura su queste tematiche tra i ginecologi, prevedendo che esse siano inserite nella formazione di base e nell'aggiornamento post-laurea. Alcuni corsi di preparazione del personale sono già stati avviati e l'8 marzo del 2003, a Firenze, è stato organizzato un primo congresso nazionale sul tema della violenza sulla donna.

Per accompagnare i ginecologi nella loro attività professionale sono state inoltre stilate le cartelle cliniche da utilizzare in caso di violenza e concordato un protocollo di intervento da utilizzare in caso di violenza (farmaci antibiotici, pillola del giorno dopo, prelievi per ricerca infettivologica e ricerca DNA) da conservare in tutte le strutture che si occupano di questo problema. È stato inoltre studiato un "percorso" da proporre nelle strutture ospedaliere e preparato un pacchetto formativo, articolato in tre moduli, con lo scopo di sensibilizzare il personale al problema della violenza e del maltrattamento, su adulte e minori.

Approfondimenti sulle attività del gruppo sono disponibili all'intero del sito web dell'Aogoi ([www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)), nel quale è possibile anche reperire le informazioni relative all'assistenza quali cartelle, kit e materiale informativo e legislativo.

In occasione dell'81° Congresso Nazionale SIGO (a Bologna dal 20 al 24 settembre) il gruppo nazionale AOGOI distribuirà un questionario rivolto ai sanitari, allo scopo di saggiare le conoscenze e le attitudini dei sanitari (medici e ostetriche) riguardo alle problematiche della violenza sulle donne.

Confidiamo nella collaborazione di tutti perché questo ci permetterà una conoscenza della realtà e quindi di intervento concreto. Chi fosse interessato a partecipare al gruppo di lavoro può contattare telefonicamente la segreteria dell'AOGOI (02/29525380) o scrivere una email ([aogoi@aogoi.it](mailto:aogoi@aogoi.it))

Intervista ad Antonio Chiantera

# Aogoi: una lunga storia che guarda avanti

È dal 1990 che Antonio Chiantera ricopre l'incarico di segretario nazionale dell'Associazione italiana dei ginecologi ospedalieri. Per questo ci siamo rivolti a lui per ripercorrere la storia dell'Aogoi, ricavandone riflessioni e indicazioni da utilizzare per il futuro. Del resto, la tradizione dell'associazione assegna al segretario nazionale proprio questa funzione: essere la memoria dell'Aogoi, fornendo a tutti gli iscritti e in primo luogo al presidente eletto gli strumenti necessari ad orientarsi al meglio nel procelloso mare della sanità italiana

Intervista a cura di Eva Antoniotti

## Professor Chiantera, quanto è cambiata l'Aogoi dal 1990 ad oggi?

L'associazione aveva già avuto una sorta di rinascita con Corrado Confalonieri, al quale io sono subentrato. Il dato più semplice da fornire è il numero degli iscritti che oggi sono quasi 5mila.

Ma accanto a questa crescita quantitativa c'è stata una crescita qualitativa, che oggi rende i ginecologi ospedalieri protagonisti di studi, ricerche e convegni, anche di livello internazionale. E non possiamo nascondersi che questo abbia in parte compensato un certo torpore del versante accademico, stretto in logiche interne che spesso ne imbrigliano la crescita.

La forza degli ospedalieri ha trovato invece gli elementi di qualità da far emergere, creando un meccanismo virtuoso di sviluppo di tutta la categoria. Penso al Progetto Menopausa Italia, intorno al quale si sono riuniti quasi 700 ginecologi di ogni parte d'Italia, che hanno potuto sviluppare la qualità del loro lavoro, lavorando con le stesse coordinate, con le stesse metodiche e anche con la stessa cartella clinica. Anche grazie all'Aogoi la ginecologia ospedaliera italiana ha raggiunto oggi ottimi livelli qualitativi e in essa, di fatto, si identifica tutta la ginecologia italiana. Oggi il ginecologo che lavora in

ospedale ha cultura, ha qualità ed è consapevole di queste sue doti. Ma soprattutto sa di avere la responsabilità di curare l'immagine della ginecologia italiana.

È stata una vera strategia di lungo periodo: dar modo ai migliori di emergere e poi convincerli a impegnarsi per sostenere la crescita di tutti i colleghi.

**Ripercorrendo la storia dell'Aogoi, si comprende come la rivendicazione originaria sia stata quella di garantire a tutte le donne un parto assistito in ospedale. Continuate a sostenere questo orientamento o pensate che si debba dare spazio a chi chiede di tornare ad una dimensione più umana del momento della nascita, tornando ai parti in casa?**

Questa richiesta ci produce forte preoccupazione, anche se siamo assolutamente certi che si tratti di tentativi destinati, nel giro di pochi anni, a naufragare miserevolmente. Non siamo la prima nazione europea nella quale si tenta il rilancio del parto a domicilio ma nei paesi del Nord Europa, dove si era cominciato con entusiasmo, sono dovuti tornare indietro, perché il numero di donne che vole-



Nella foto  
Antonio Chiantera

va partorire in casa era, alla fine, molto basso, ma soprattutto perché è emerso subito il gran numero di complicazioni e rischi che si creano con il parto in casa. Se i problemi sono stati così grandi in paesi come la Svezia o l'Olanda, dove gran parte della popolazione vive in quartieri lontani dai centri storici e in case a due piani, non voglio nemmeno immaginare cosa potrebbe succedere nel centro di Napoli.

**Questo vuol dire che voi respingete completamente ogni richiesta di creare le condizioni per il parto a domicilio?**

Credo che si debbano capire le motivazioni di questa richiesta, quando ci sono e non si tratta invece di una semplice presa di posizione politica preconcetta. Comprendo bene il desiderio legittimo di partorire in un ambiente più caldo e con la possibilità di avere vicino le persone di famiglia, ma occorre sempre valutare la possibilità di fronteggiare le possibili complicanze. Purtroppo, le brutte sorprese non sono un'eventualità remota: il 30% dei parti che si presentano come perfettamente fisiologici mostra invece una complicanza importante. Anzi, più normali sono la gravidanza e l'inizio del tra-

**Il 4 gennaio 1948 nasce a Genova l'Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani, per volontà di un piccolo gruppo di colleghi guidati dal professor Fortunato Montuoro, che sarà il primo presidente dell'Associazione. Alla sua morte, avvenuta pochi mesi dopo, sarà eletto alla presidenza dell'Aogoi Gaetano Dossena, mentre il professor Emilio Giudici è nominato segretario e tesoriere.**

In questi primi anni l'Aogoi ha vita non facile, senza una sede propria e senza alcuna strumentazione tecnica o logistica, ma le idee che animano gli iscritti sono più forti delle difficoltà: dare dignità alla comunità scientifica dei ginecologi ospedalieri è il primo passo verso il pieno riconoscimento delle necessità espresse da questa branca della medicina, a cominciare dalla richiesta di avere reparti autonomi e specialistici negli ospedali.





Nel sistema sanitario dell'Italia del dopoguerra, caratterizzato dalle diverse mutue, il parto non veniva considerato di pertinenza ospedaliera, a meno che non si trattasse di un parto "distocico". Ciò escludeva di fatto dall'assistenza le donne che non potevano permettersi un ricovero a pagamento. I rischi conseguenti, per madri e neonati, erano altissimi: nel 1951 c'erano trentun morti ogni mille nati, mentre la mortalità materna era di quasi 14 decessi ogni diecimila parti.

Quando nel 1955, al momento del rinnovo delle convenzioni mutualistiche, venne nuovamente **respinta la richiesta di ricovero sistematico di tutte le partorienti** fin dall'inizio del travaglio, Gaetano Dossena espresse così la sua protesta: "La distinzione ai fini del ricovero fra parto eutocico e parto distocico deve cadere, perché sappiamo bene che ogni parto può diventare distocico e richiedere un intervento operativo. L'ostetricia infatti deve essere considerata una branca chirurgica e non medica. È una grave ingiustizia sociale che la possibilità per una madre di ricevere una adeguata assistenza nel momento delicatissimo della nascita del suo bambino sia condizionata dal reddito familiare".

vaglio, più la complicità può diventare gravissima, soprattutto quando non si è in una struttura ben attrezzata.

Io ricordo benissimo l'ultimo parto a domicilio nel quale ho prestato la mia opera, circa trentacinque anni fa: fu un evento di una tale drammaticità, malgrado si sia concluso bene, che quando tutto fu finito, andai in una chiesa e giurai a me stesso che non avrei mai più assistito una partoriente in casa. Oltretutto dalla stampa arrivano messaggi fuorvianti: quando la cantante americana Madonna ha partorito "in casa", in realtà aveva trasformato in strutture sanitarie ben undici stanze della sua villa, attrezzandole per ogni eventualità e reclutando un'équipe di sette specialisti. Ma nella normalità della casa tutto è diverso, a cominciare dal fatto che spesso ci si trova ai piani alti dei palazzi e non sempre potendo contare su un ascensore.

La verità è che la mortalità di madri e neonati si è drasticamente ridotta proprio grazie alla massiccia ospedalizzazione del parto. Spero che i politici ci pensino bene prima di assumersi a cuor leggero la responsabilità di tornare indietro, dando spazio ad una richiesta culturale elitaria.

### Ma allora ci sono troppi rischi anche nelle maternità, o nei "punti nascita", dei piccoli ospedali?

In effetti, mantenere reparti di maternità in strutture con pochi servizi - prive di scorte di sangue, di terapia intensiva neonatale e così via - fa sì che accadano episodi drammatici, che certamente non possono essere imputabili di volta in volta al singolo medico. Però va detto anche che, in un territorio articolato come quello italiano, fatto di coste frastagliate, colline e montagne raggiungere in emergenza un centro ospedaliero d'eccellenza spesso può significare arrivare troppo tardi.

### Quale soluzione propone oggi l'Aogoi per garantire un parto sicuro?

Lumanizzazione del parto non può essere un ritorno al passato, ma deve realizzarsi creando strutture che abbiano insieme il calore di una casa e l'efficienza di un modernissimo ospedale. Per dare l'alta qualità dell'assistenza noi dobbiamo puntare sulle grandi strutture, trasferendo su queste anche le risorse economiche che fino ad oggi consumavano le piccole e garantendo che abbiano un sistema di

trasporto rapido, che possa contare anche sugli elicotteri.

Penso, insomma, alle "case da parto": un ambiente molto simile ad una abitazione privata, capace di accogliere la donna e le persone che le sono vicine, ma dove, nel caso in cui il parto presenti delle complicanze, sia possibile avere a disposizione tutte le strutture tecniche più avanzate in pochi istanti, magari soltanto facendo scorrere una parete. Realtà di questo tipo, con case da parto a ridosso dei complessi ospedalieri e delle sale parto, esistono già in qualche area del Nord d'Italia, ma restano ancora un sogno per tutto il Sud.

Ovviamente accanto alle strutture occorre lavorare per formare tutti gli operatori sanitari ad una maggiore attenzione verso gli aspetti umani dell'assistenza, che sono la condizione indispensabile per far sì che le cure e la tecnologia sia accolta positivamente dalle donne e non vissuta come una minaccia.

### Finora abbiamo parlato di come l'Aogoi si è occupata e si occupa di maternità e parto. La salute della donna però va al di là di questo momento fondamentale. Cosa ha fatto l'associazione in questo ambito più ampio?

Noi abbiamo la presunzione di essere il medico di riferimento della donna per tutto l'arco della sua vita: da quando nasce a quando affronta le fasi diverse della sua vita, l'adolescenza, la maternità, la menopausa e ancora dopo. Quando l'Aogoi ha lanciato il Progetto Menopausa lo ha fatto proprio sull'onda di questa consapevolezza, arrivando a monitorare circa 130mila donne.

Nel pieno rispetto di tutte le specifiche competenze dei settori della medicina, noi sappiamo di essere i più idonei a seguire la salute della donna in termini complessivi. Sarà il cardiologo ad occuparsi, in caso di bisogno, di una terapia specifica, ma siamo noi a poter tenere sotto controllo le situazioni



Alla fine degli anni '50 prende il via a Ferrara il primo screening di massa con la tecnica del **pap-test**. Uno strumento straordinario di prevenzione, oggi entrato nelle abitudini delle donne italiane, ma che allora dovette essere difeso con tenacia dai ginecologi per introdurne l'uso.



Lo sciopero dei medici ospedalieri del 1962 fu una scelta necessaria per imporre all'attenzione dei politici l'urgenza di una riforma degli ospedali e dell'intero sistema sanitario. L'Agoi, concorde con tutti i medici ospedalieri, chiedeva allora il riconoscimento della funzione didattica degli ospedali, la regolamentazione delle carriere dei medici e un trattamento economico adeguato, che potesse permettere ai medici di dedicarsi interamente all'attività ospedaliera. L'anno seguente, 1963, l'Agoi tenne il suo **primo Congresso nazionale a Bologna**, dove accanto alla generale richiesta di riforma del sistema ospedaliero vengono avanzate con forza le richieste specifiche, a cominciare dalla creazione di autonomi reparti di Ostetricia e Ginecologia.



a rischio, facendo prevenzione e conoscendo di ogni donna la storia, la situazione ormonale e la sua globalità. Per l'osteoporosi, ad esempio, l'intervento dell'ortopedico arriva dopo la prima frattura, ma noi vorremo riuscire a controllare prima lo stato di salute complessivo evitando, o ritardando il più possibile, l'intervento dell'ortopedico.

**Nella storia dell'Agoi c'è anche una battaglia che ha condotto all'istituzione, nel 1975, dei consultori. Ma proprio ora che si parla tanto di sviluppare la medicina del territorio i consultori vivono una crisi gravissima. Come pensate che si possa intervenire?**

Purtroppo i consultori sono stati completamente separati dall'ospedale e questo, che pure qualcuno aveva coltivato come chimera di autonomia, li ha portati ad un progressivo declino. L'ideale sarebbe invece avere un saldo rapporto tra consultorio e ospedale, che garantisca continuità di assistenza alle donne, senza pesare sul sistema con costi di ricovero evitabili. Quando si è cominciato a parlare di dimissioni precoci, si è utilizzato spesso la definizione di dimissioni protette, cosa che però in Italia purtroppo ancora non si è realizzata. Altrove questa è già una realtà: la donna dimessa in mattinata dall'ospedale già nel primo pomeriggio riceve una visita domiciliare che le fornisce assistenza, se serve, o che semplicemente la consiglia e la rassicura sul da farsi. I consultori potrebbero benissimo, se si trovasse il modo di raccorderli all'ospedale, svolgere questa funzione. Così come stanno ora le cose noi applichiamo la dimissione precoce, che comporta una quota di rischio, accettabile solo se è molto ben calcolato.

**Oltre ai grandi temi professionali di cui abbiamo parlato, in quali altre direzioni si è mossa l'Agoi in questi anni?**

Abbiamo affrontato territori nuovi, per esempio diventando editori dei nostri stessi libri. La nostra ultima fatica, che porteremo al Congresso di quest'anno, è un testo sulla depressione in menopau-

sa. Gli studi ci mostrano che, su tre casi di depressione, due riguardano donne e il terzo uomini ed il momento in cui si concentrano più casi di depressione femminile è la post menopausa, anche a causa della carenza di estrogeno.

È un tema finora lasciato all'esperienza individuale e alla saggezza popolare, ma crediamo che sia arrivato il momento di affrontare il problema in termini scientifici, fornendo ai colleghi strumenti capaci di individuare le situazioni più a rischio. Per lo stesso motivo abbiamo anche cominciato a indagare meglio la depressione puerperale e quella postpuerperale, che conducono anche a eventi tragici come quelli che arrivano poi sulle più tristi pagine di cronaca.

Dobbiamo alzare la capacità di vigilare e quindi di prevenire, sentendo anche la responsabilità per i nostri ritardi. Se in Inghilterra si calcola che circa il 16% delle puerpere sviluppa una depressione, mentre da noi non se ne rileva nessuna, non vuol dire che la realtà italiana è migliore, ma soltanto che da noi non si fa attenzione a questo aspetto. Su questo tema svilupperemo un progetto nazionale, ma abbiamo già avviato un programma specifico con la Regione Lombardia, che si chiama *Progetto gravidanza sicura*.

**Visto che ha parlato di un progetto regionale, vorrei sapere se l'Agoi ha pensato di modificare la sua organizzazione in conseguenza del potere**

Il primo segretario dell'Associazione, il professor **Emilio Giudici**, ha condotto con tenacia l'impegno per portare all'attenzione del mondo politico le richieste dei ginecologi italiani.

All'indomani dell'approvazione della legge che definisce la stabilità di carriera dei medici ospedalieri (maggio 1964), sarà lui a presentare le proposte dell'Agoi alla Commissione ministeriale che doveva mettere a punto la **riforma ospedaliera**. Il promemoria può essere riassunto in sei punti:

- istituzione di reparti autonomi diretti unicamente da primari ostetrici-ginecologi, coadiuvati da specialisti e da ostetriche;
- definizione dell'organico di questi reparti;
- riconoscimento dell'assistenza pediatrica da parte delle mutue;
- creazione di servizi di anestesia specifici;
- riconoscimento del lavoro delle ostetriche da parte delle mutue;
- creazione di un servizio continuativo h24 nei reparti ostetrico-ginecologici.





Molti passi in avanti sono stati fatti nelle tecniche e nell'organizzazione della ginecologia ospedaliera. Nel 1970 vengono finalmente istituiti i **reparti autonomi di Ostetricia**, risultato positivo per la salute di tutte le donne italiane. Qualche anno dopo, nel 1975, vengono anche aperti i consultori familiari, straordinario strumento di prevenzione e di assistenza sul territorio, in linea con gli orientamenti e l'impegno profuso dai medici dell'Aogoi che vi parteciparono offrendo ore di lavoro straordinario. Gli uomini che in questi anni guidano l'associazione sono **Corrado Confalonieri, Pietro Ragonese, Alberto Zacutti**.

### crescente delle Regioni in materia di sanità.

L'Aogoi è già ben strutturata a rete, con responsabili provinciali e regionali che godono di ampia autonomia. Credo che sia una delle associazioni scientifiche che può affrontare meglio il regionalismo sanitario che si va profilando. E penso che lo stesso valga anche per il nostro "braccio" sindacale che è la Fesmed. Così, ad esempio, sono certo che saremo in grado di vigilare sull'applicazione a livello delle singole aziende di un aspetto importante e innovativo del nuovo contratto nazionale. Nel contratto si prevede infatti che i manager delle aziende garantiscano la copertura assicurativa dei medici, una questione che è diventata molto rilevante visto il gran numero di cause per richieste di risarcimento che si registrano nel nostro Paese, sull'onda di un mal interpretato modello americano. Noi crediamo che la soluzione migliore, soprattutto per il cittadino-paziente, sia l'arbitrato da chiudere entro 90 giorni dall'episodio contestato. Tuttavia, in attesa che si attui questa soluzione, siamo certi che la Fesmed saprà vigilare in ogni singola Azienda ospedaliera affinché si applichi pienamente il Ccnl, compresa questa norma sull'assicurazione per i sanitari.

### Quindici anni fa, sull'onda della paura per l'Aids, si prestava molta attenzione alle malattie sessualmente trasmissibili. Oggi invece l'argomento è quasi dimenticato, anche se purtroppo non sono state eliminate né le malattie, né i contagi. L'Aogoi si occupa di questi temi?

Crediamo che si debba mantenere una grande attenzione sulle malattie sessualmente trasmesse e, per tale motivo, da circa due anni, sul modello del *Progetto Menopausa Italia*, abbiamo lanciato un programma di monitoraggio e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e del cervicocarcinoma. Attualmente, in considerazione dell'allargamento dell'Unione Europea, abbiamo chiesto il finanziamento di un progetto rivolto alla prevenzione dell'Hpv, che oggi è controllabile ma che potrebbe rappresentare un'emergenza per il futuro.

### Lei ci ha tratteggiato la vitalità di questa associazione, impegnata in progetti operativi e grandi campagne culturali. Può rivelarci ora qual è il prossimo grande obiettivo dell'Aogoi?

Vogliamo assumerci pienamente la responsabilità

della ginecologia italiana, attraverso il nostro quotidiano operare, fatto di convegni, editoria e ogni forma di stimolo alla crescita culturale e professionale, ma anche attraverso alcune grandi iniziative. Penso, in questo momento, all'appuntamento del 2012, quando contiamo in accordo con la compo-

nente universitaria, di portare a Roma il Congresso mondiale di ginecologia.

Sarà un'occasione straordinaria con almeno ventimila colleghi provenienti da tutto il mondo e nella quale, come Aogoi, potremo mostrare tutta la nostra forza.

La sfida attuale dell'Aogoi è sul terreno della **ricerca** in tutti i settori dell'ostetricia e della ginecologia, dall'oncologia alla fecondazione assistita, alla medicina perinatale con le tecniche più aggiornate. Grandi progetti finalizzati, come il *Progetto Menopausa Italia* caratterizzano oggi la vita dell'Associazione, impegnata con forza nel fornire ai propri iscritti strumenti sempre più aggiornati per garantire al meglio la salute delle donne.



## RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

### 1. Denominazione del medicinale

mag2®

### 2. Composizione qualitativa e quantitativa

Una bustina da g 6 contiene:

Principio attivo:

pidolato di magnesio g 2,250 (corrispondenti a g 0,184 di ione Mg<sup>++</sup>)

### 3. Forma farmaceutica

Granulato per uso orale.

### 4. Informazioni cliniche

#### 4.1 Indicazioni terapeutiche

**In neurologia e pediatria:** quadri clinici espressione di uno stato di ipereccitabilità del sistema nervoso centrale e periferico, sostenuti da una carenza di magnesio.

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

#### 4.2 Posologia e modo di somministrazione

La posologia consigliata è di 1 bustina due volte al giorno.

Sciogliere il contenuto della bustina in mezzo bicchiere d'acqua.

#### 4.3 Controindicazioni

Grave insufficienza renale. Ipersensibilità individuale verso il prodotto.

Da non somministrare nei soggetti in terapia digitalica.

#### 4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso

In pazienti con insufficienza renale è necessario ridurre la posologia e monitorare la funzionalità renale e la magnesemia.

È opportuno considerare la possibilità che si verifichi, in corso di trattamento, depressione dell'attività cardiovascolare e respiratoria.

#### 4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione

Nessuna conosciuta a carico della specialità. Relativamente al solo magnesio somministrato per via orale si può osservare un ridotto assorbimento delle tetracicline e pertanto si consiglia di non somministrare i due farmaci contemporaneamente ma a 3-4 ore di distanza l'uno dall'altro.

Nel caso di concomitante somministrazione di magnesio e colecalciferolo si consiglia inoltre il controllo della calcemia onde evitare la possibilità di episodi ipercalcemici.

#### 4.6 Gravidanza e allattamento

Si consiglia di assumere il farmaco sotto controllo medico.

#### 4.7 Effetti sulla capacità di guida e di usare macchinari

Nessuno conosciuto.

#### 4.8 Effetti indesiderati

Rari disturbi digestivi; diarrea; dolori addominali.

Sono stati segnalati casi eccezionali di intolleranza individuale allo ione, che possono essere trattati con antistaminici per via orale o parenterale.

#### 4.9 Sovradosaggio

Sono stati riportati casi di ipermagnesemia durante il trattamento di pazienti con insufficienza renale grave o a seguito di somministrazione massiva per via endovenosa. I sintomi osservati sono stati: disturbi del ritmo cardiaco, depressione respiratoria e disturbi della trasmissione neuromuscolare. Trattamento: reidratazione con ripristino di una diuresi abbondante, o diuresi forzata. In caso di insufficienza renale è consigliabile il trattamento dialitico.

### 5. Proprietà farmacologiche

Codice ATC: V03AZ49

#### 5.1 Proprietà farmacodinamiche

Il pidolato di magnesio è un nuovo sale di magnesio che si caratterizza per la sua efficacia terapeutica e per la sua tollerabilità. Il suo anione, l'acido pidolico, è un vero e proprio fattore che favorisce l'ingresso del magnesio nella cellula.

Il magnesio, caratterizzato da un'azione farmacologica di tipo calcio-antagonista, svolge un'azione stabilizzatrice delle membrane cellulari consentendo l'ottimale svolgimento dei trasporti ionici transmembrana e del processo di contrazione muscolare e di conduzione nervosa. Inoltre, intervenendo come coenzima nelle reazioni che coinvolgono l'ATP, rappresenta un elemento essenziale per l'integrità cellulare garantendo le condizioni migliori per un corretto svolgimento dei processi metabolici. La somministrazione del pidolato di magnesio per via orale o parenterale consente, grazie alla pronta disponibilità di magnesio, di reintegrare rapidamente la quota fisiologica di magnesio a livello plasmatico e soprattutto a livello intracellulare ottenendo così una efficace terapia del deficit di magnesio.

#### 5.2 Proprietà farmacocinetiche

Nell'uomo la somministrazione di mag2® comporta un rapido innalzamento della magnesemia, che raggiunge una concentrazione massima 60-90 minuti dopo la somministrazione di una dose singola per os.

L'assorbimento orale del magnesio avviene lungo tutto il tratto intestinale, con una netta prevalenza a livello del duodeno, e non è superiore al 50% della dose somministrata. Il magnesio viene escreto per via urinaria, con un modello cinetico a due compartimenti.

#### 5.3 Dati preclinici di sicurezza

##### Tossicità acuta:

Nel topo la DL50 è risultata superiore a 10000 mg/kg/os, 1000 mg/kg/i.p. e di circa 340 mg/kg/e.v. Nel ratto la DL50 è risultata superiore a 15000 mg/kg/os e 1000 mg/kg/i.p.

##### Tossicità cronica:

Il pidolato di magnesio somministrato per 26 settimane nel ratto albino a dosi fino a 1000 mg/kg/die per os e fino a 300 mg/kg/die/s.c. non ha provocato alcun effetto tossico. Parimenti ben tollerate sono state dosi di 6000-12000 mg/animale/die per os e di 6000 mg/animale/die per via e.v., somministrate al "mini-pig" per 26 settimane. Inoltre il pidolato di magnesio è privo di attività teratogena a dosi fino a 1000 mg/kg/die per os e alla dose di 250 mg/kg/die/s.c. (ratto, coniglio); non presenta tossicità peri e post-natale alla dose di 150 mg/kg/die/s.c. (ratto).

### 6. Informazioni farmaceutiche

#### 6.1 Lista degli eccipienti

Saccarina sodica, acido citrico monoidrato, saccarosio, aroma di limone.

#### 6.2 Incompatibilità

Nessuna conosciuta.

#### 6.3 Validità

Anni quattro (4).

#### 6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

Conservare a temperatura ambiente.

#### 6.5 Natura e contenuto del contenitore

Scatola contenente 20 bustine di granulato per uso orale.

#### 6.6 Istruzioni per l'uso

Non pertinente.

### 7. Titolare dell'autorizzazione

#### all'immissione in commercio

Sanofi-Synthelabo OTC S.p.A. - Galleria Passerella, 2 - IT  
20122 Milano (Italia)

### 8. Numero dell'autorizzazione

#### all'immissione in commercio

AIC 025519048

### 9. Data di prima autorizzazione/Rinnovo

#### dell'autorizzazione

Rinnovo: 01.06.2000

### 10. Data di (parziale) revisione del testo

Giugno 2003

mag2®, indicato anche nelle perturbazioni del ciclo.

### Efficace nella sindrome premestruale e nella dismenorrea<sup>1,2</sup>

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

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

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



# L'evoluzione trentennale della diagnostica delle malattie congenite

Esperienza su 35.127 casi di  $\beta$ -talassemia e cromosomopatie all'Ospedale microcitemico di Cagliari

**Giovanni Monni, Carolina Axiana, Maria Angelica Zoppi**

*Servizio di Ginecologia e Ostetricia, Diagnosi Prenatale e Preimpianto – Terapia Fetale  
Ospedale Microcitemico, Cagliari*

## Introduzione

La scelta di una procedura invasiva di diagnosi prenatale è la conseguenza di un processo articolato e complesso in cui le richieste e le aspettative della coppia incontrano le competenze dello staff medico-ostetrico e delle altre figure (genetisti, biologi molecolari, citogenetisti), durante il counselling genetico ed ostetrico informativo non direttivo.

La proposta di una tecnica di diagnosi prenatale invasiva dipende in primo luogo dalle possibilità di accesso al compartimento fetale tramite le tecniche ostetriche di prelievo che, grazie agli sviluppi della tecnica ecografica, sono sempre meno traumatiche e più precoci, e dall'accuratezza diagnostica, garantita dai rilevanti sviluppi delle tecniche di laboratorio nel campo delle malattie mendeliane e cromosomiche. La scelta della coppia per un programma di screening o di diagnosi prenatale è determinante e viene elaborata alla luce del personale bagaglio di esperienze, che rendono ogni progetto riproduttivo unico e difficilmente standardizzabile.

In questo contributo viene valutata, in maniera retrospettiva, l'esperienza trentennale dell'Ospedale Microcitemico di Cagliari dal 1977 al 2004, riguardo la diagnosi prenatale invasiva, ed in particolare la scelta delle coppie per le diverse tecniche resesi disponibili nei tempi successivi, per la diagnosi delle due principali malattie genetiche più diffuse in Sardegna: la  $\beta$ -talassemia e le cromosomopatie.

## Metodi

### $\beta$ -talassemia

A Cagliari la diagnosi prenatale è stata introdotta, per la prima volta in Europa, nel 1977, utilizzando sangue fetale ottenuto mediante placentocentesi a 20 settimane di gestazione. Nel 1982 è stata utilizzata l'amniocentesi a 16 settimane, con prelievo di 30-40 ml di liquido amniotico. Successivamente (nel 1983) è stato introdotto il prelievo diretto di sangue fetale tramite fetoscopia e, alla fine del 1983, la cordocentesi a 18 settimane di gravidanza attraverso l'inserzione di un ago spinale nel cordone ombelicale. Il 1983 è stato anche l'anno del prelievo trans-

cervicale di villi coriali (TC-CVS) dalla 9<sup>a</sup> alla 13<sup>a</sup> settimana di gestazione, mediante pinza da biopsia rigida. Nel 1984 è stata eseguita la cardiocentesi, attraverso l'inserzione diretta di un ago, nel ventricolo cardiaco fetale a 18 settimane di gestazione in quei pochi casi in cui con la cordocentesi o la fetoscopia non si era ottenuto un campione sufficiente di sangue fetale. Nel 1986 è stata introdotto il prelievo di villi coriali per via transaddominale (TA-CVS), utilizzando la tecnica a mano libera con ago spinale: tra il 1990 e il 1991 alcuni casi di TA-CVS sono stati eseguiti prima della 9<sup>a</sup> settimana di gestazione, ma dopo la valutazione, riportata in altri Centri, di maggiori rischi fetali in epoche precoci di gestazione, il TA-CVS è stato eseguito dopo la 10<sup>a</sup> settimana.

Nel 2002 è stata eseguita la diagnosi genetica preimpianto (PGD) mediante embriobiopsia di un singolo blastomero rimosso da ciascun embrione ottenuto mediante procedura FIVET-ICSI. Nel febbraio 2004 la diagnosi genetica preimpianto è stata vietata dalla legge italiana e di conseguenza non viene più attuata.

Per quanto riguarda l'analisi genetica di talassemia, dal 1977 al 1982, il metodo diagnostico è stato la sintesi di catene globiniche nel sangue fetale, mentre dal 1982 la maggior parte delle diagnosi sono state condotte mediante analisi del DNA e dal 1983 tutte le analisi di talassemia sono state eseguite inizialmente su DNA genomico, utilizzando sonde di oligonucleotidi radioattivi allele specifici. Successivamente, nel 1990, quando si è resa disponibile la reazione polimerasica a catena (PCR), l'analisi fetale è stata condotta utilizzando il reverse dot blot, primers di oligonucleotidi allele specifici (amplified refractory mutant system, ARMS), denaturing gradient gel electrophoresis (DGGE) e direct sequencing per il tipo di mutazioni. Gli ultimi due metodi sono stati usati in casi di mutazioni rare o sconosciute.

Per la PGD, l'analisi di un singolo blastomero è stata fatta utilizzando un primo ciclo con multiple PCR, seguito da nested PCR e la diagnosi di mutazione è stata eseguita mediante minisequencing ddNTP primer extension.

La scelta della coppia per un programma di screening o di diagnosi prenatale è determinante e viene elaborata alla luce del personale bagaglio di esperienze, che rendono ogni progetto riproduttivo unico e difficilmente standardizzabile



**Nella foto**

*Giovanni Monni*

## Cromosomopatie

Nel 1977 è stata introdotta l'amniocentesi dopo la 15<sup>a</sup> settimana, mediante l'aspirazione di 16-20 ml di fluido amniotico, nel 1983 il prelievo di sangue fetale attraverso cordocentesi e il TC-CVS con pinza da biopsia rigida e nel 1986 il TA-CVS. Nel 1991, nei casi in cui non era possibile eseguire la cordocentesi, si è utilizzato il prelievo di sangue fetale mediante puntura della vena intraepatica con ago spinale, sotto monitoraggio ecografico continuo. Le cellule del liquido amniotico sono state coltivate con tecnica in situ o in fiasca, l'analisi cromosomica nel sangue fetale è stata eseguita attraverso la stimolazione di linfociti e i villi coriali inizialmente venivano analizzati solo con il metodo diretto e in seguito con il metodo diretto e la coltura a lungo termine.

## Management

Tutte le procedure di diagnosi prenatale invasiva sono state precedute da counselling genetico informativo e non direttivo e da counselling ostetrico. Durante il counselling, sono state discusse le seguenti informazioni: rischio di malattie genetiche e cromosomiche nel feto, problemi correlati alla malattia nel neonato e nel bambino, possibilità di terapia intra e extrauterina, aspettativa di vita per individuo affetto, tasso di successo del prelievo e dell'analisi, rischio di perdita fetale correlato alla procedura, complicanze fetali e perinatali, tasso di misdiagnosis e le opzioni dopo diagnosi di feto affetto.

È stata inoltre discussa l'informazione riguardante le

## Procedure Prenatali Invasive di Talassemia e Cromosomopatie in 35.127 casi all'ospedale microcitemico di Cagliari (1977-2004)

Anno introduzione	β Talassemia (N°)	Cromosomopatie (N°)
Placentacentesi (1977)	981	-
Fetoscopia (1983)	67	-
Cordocentesi (1983)	120	1.488
Cardiocentesi (1984)	6	-
Prelievo Vena Intraepatica (1991)	-	31
Amniocentesi (1977)	203	17.865
Villocentesi Transcervicale (1983)	572	142
Villocentesi Transaddominale (1986)	4.598	9.012
Diagnosi Genetica Preimpianto (2002)	42	-
<b>Totali</b>	<b>6.589</b>	<b>28.538</b>

complicanze delle diverse tecniche di diagnosi prenatale invasiva e sono stati forniti i dati relativi alle perdite fetali conseguenti alle procedure come riportate in letteratura e dall'esperienza personale all'Ospedale Microcitemico: perdita fetale conseguente a placentacentesi 3-5%, fetoscopia, 3-4%, cordocentesi 2-4%, amniocentesi 0,5-1%, TC-CVS 2-4%, TA-CVS 1-2%. In tutti i casi è stato richiesto il consenso informato scritto. L'indicazione all'analisi del cariotipo fetale è stata offerta in accordo alle linee guida nazionali: in caso di età materna avanzata, storia di difetti cromosomici dei

genitori o parenti, risultato positivo/anormale dello screening ecografico e biochimico. Dal 1996, in tutti i casi dove l'età gestazionale era appropriata è stato offerto, prima della diagnosi prenatale, lo screening mediante misura della translucenza nucale e, dal 2001, la visualizzazione dell'osso nasale per le cromosomopatie e i risultati erano inclusi nell'informazione data nel corso della consulenza genetica. Il calcolo del rischio di anomalie cromosomiche è stato ottenuto da operatori certificati mediante software della Fetal Medicine Foundation di Londra.

Dal 2003 è stato offerto anche il test combinato (screening con la translucenza nucale più PAPP-A e free-beta-hCG) quando l'epoca gestazionale era appropriata per lo stesso centro.

## Risultati

Dal 1997 al 2004 sono state eseguite 35.127 diagnosi prenatali invasive, di cui 6.547 procedure prenatali e 42 diagnosi genetiche preimpianto per talassemia e 28.538 per analisi del cariotipo (vedi Tabella). Delle diagnosi prenatali invasive, 4598 (70%) sono state eseguite tramite TA-CVS per talassemia, mentre per l'analisi del cariotipo, 1.7865 (62%) sono state effettuate tramite amniocentesi e 9.012 (31%) tramite TA-CVS.

## Discussione

Dall'analisi dell'esperienza trentennale dell'Ospedale Microcitemico appare evidente che la scelta delle copie per la diagnosi prenatale invasiva della talassemia

A Cagliari la diagnosi prenatale è stata introdotta, per la prima volta in Europa, nel 1977 utilizzando sangue fetale ottenuto mediante placentacentesi a 20 settimane di gestazione

e delle cromosomopatie è per le procedure eseguibili in epoche di gravidanza più precoci, come il prelievo dei villi coriali e la diagnosi genetica preimpianto. In seguito alla sua introduzione, il TA-CVS è diventato l'unica tecnica utilizzata negli ultimi anni per la diagnosi di talassemia, mentre l'amniocentesi e il prelievo di villi coriali per via transaddominale sono state le procedure più frequentemente eseguite per l'analisi del cariotipo. Nell'ultima decade si è avuto un decremento sostanziale nel ricorso alla cordocentesi per l'analisi del cariotipo.

Lo sviluppo della tecnica ultrasonografica ha permesso procedure di prelievo in epoche più precoci per ottenere tessuti fetali e placentari, garantendo un accesso meno traumatico, la riduzione di rischi correlati alla procedura e una migliore accuratezza diagnostica. Allo stesso tempo, lo sviluppo delle tecniche di laboratorio ha consentito lo studio di differenti campioni ampliando le opportunità per la diagnosi in tessuti fetali e placentari e incrementando l'accuratezza. Questo ha riguardato la diagnosi di talassemia dove la disponibilità della analisi genetica tramite DNA-PCR su prelievo di villi coriali ha consentito un'analisi più accurata in epoca precoce di gravidanza.

In tale ambito, per l'analisi di talassemia, l'esperienza sviluppata nel nostro centro ha mostrato che l'analisi dei villi, ottenuta mediante TA-CVS (28, 29), ha avuto un'accuratezza e affidabilità più elevata rispetto all'amniocentesi al 2° trimestre. Inoltre le procedure basate su DNA-PCR, hanno ridotto consistentemente l'occorrenza di misdiagnosis.

Si è inoltre evidenziata la tendenza verso l'utilizzo di procedure meno traumatiche come l'amniocentesi e il prelievo di villi coriali piuttosto che il prelievo di san-

gue fetale e ancora il ricorso al prelievo di villi per via transaddominale invece che per via transcervicale.

La tendenza evidenziata di un 100% di scelta verso TA-CVS, sin dal 1986 quando questa tecnica è stata disponibile per la diagnosi di talassemia (eccettuati i 42 casi di Diagnosi Preimpianto) trova varie motivazioni oltre che l'esperienza del Ospedale Microcitemico e l'esperienza laboratoristica, principali elementi di discussione nell'ambito del counselling della coppia.

Nella nostra esperienza, nei casi di talassemia la diagnosi precoce è altamente preferibile e accettabile essendoci un 25% di possibilità di feto affetto e tenendo conto della possibile opzione di interruzione della gravidanza. Anche la precedente esperienza riproduttiva (precedente figlio affetto o interruzione volontaria in caso di anomalie fetali) può avere avuto un ruolo importante nella richiesta di diagnosi invasiva in epoca precoce di gravidanza. La conoscenza in fase precoce dello stato del feto riguardo malattie rilevanti può infatti offrire l'opportunità di anticipare decisioni riguardo la gravidanza.

Nella nostra esperienza si è evidenziato un incremento dal 93,2% al 99,1% di scelta e accettabilità per la diagnosi prenatale quando le procedure sono state effettuate al I trimestre anziché al II trimestre.

Per quanto riguarda l'analisi del cariotipo si è rilevato un ovvio incremento del tasso di scelta di amniocentesi e TA-CVS, verso un plateau, che rimane quasi stabile per entrambe le procedure negli ultimi anni.

Un importante fattore influenzante la scelta materna è l'esito di alcuni test di screening non invasivi eseguiti al primo trimestre come la misurazione della translucenza nucale e valutazione dell'osso nasale che possono rifinire il rischio individuale per le cromosomopatie. In caso di aumento del rischio la donna ha la possibilità di ricorrere ad una procedura invasiva in epoca precoce, come il TA-CVS, mentre in caso di riduzione del rischio in donne di età pari o superiore a 35 anni la coppia ha una decisione più ponderata nel sottoporsi o meno a procedure invasive.

L'introduzione nel nostro Centro dello screening al primo trimestre, sin dal 1996, mediante misurazione della translucenza nucale con oltre 35.000 casi e, 21.000 casi di osso nasale dal 2001, non ha indotto un incremento del numero di TA-CVS per analisi del cariotipo, in accordo con la nostra precedente esperienza.

La ricerca del DNA fetale su cellule fetali nel sangue materno per talassemia e per l'analisi del cariotipo, rappresenta una prospettiva futura che, sebbene riducendo o escludendo rischi fetali per procedure invasive, non può comunque prevenire l'aborto terapeutico in caso di feto affetto.

L'unica efficace opzione al fine di prevenire questa difficile scelta risulta la Diagnosi Preimpianto, vietata in questo momento in Italia, o la diagnosi preconcezionale tramite l'analisi del Polar Body, gravata ancora da elevati errori diagnostici per quanto riguarda le anomalie mendeliane, o in futuro la terapia genica embrionale e il trapianto in utero.

L'indicazione all'analisi del cariotipo fetale è stata offerta in accordo alle linee guida nazionali: in caso di età materna avanzata, storia di difetti cromosomici dei genitori o parenti, risultato positivo/anormale dello screening ecografico e biochimico

I senatori Cesare Corsi e Giuseppe Scalera rispondono a 12 domande sulla Sanità italiana

# Il Ssn funziona e i medici ne sono l'asse portante

La sanità italiana ha ottenuto grandi risultati, soprattutto per merito dei medici, che hanno saputo coniugare professionalità ed etica a un sistema spesso troppo aziendalizzato. Tuttavia vi sono alcuni aspetti da migliorare, con l'intervento dello Stato e una formazione del personale sanitario in grado di dare risposte sempre più efficaci ed appropriate



Senatore di An, **Cesare Corsi** è sottosegretario al Ministero della Salute

Interviste a cura di Gianpaolo Frascati

## Come giudica lo stato attuale della sanità italiana?

Il mio parere è conforme a quello recentemente espresso dalla generalità dei cittadini che si sono dichiarati soddisfatti ed hanno giudicato la sanità in Italia in grado di rispondere alle richieste e ai bisogni di salute. Sottolineo anche che la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha segnalato il nostro Sistema sanitario come una tra i migliori al mondo, secondo soltanto alla Francia. Al di là e prima delle qualità strutturali e tecnologiche offerte agli assistiti, elemento portante nel giudizio positivo che si è raccolto è rappresentato dai medici italiani che, nel rapporto con i cittadini, hanno saputo coniugare professionalità ed etica sociale personalizzando al meglio un sistema intrinsecamente molto complesso e spesso troppo aziendalizzato. Ciò non significa che abbiamo raggiunto una condizione ottimale - difficile sempre da raggiungere - ma certamente significa che si sono realizzate realtà operative assistenziali positive anche se, ovviamente, migliorabili.

## Quali sono le cose che funzionano?

Teniamo tutti ben presente che ciò che meno si nota viene di solito non colto poiché va a formare un intorno che non attira le attenzioni. Aggiungo che il vecchio assioma che la buona notizia non fa audience e quella cattiva si continua ad essere ossequiato da molti. Le cose che funzionano sono moltissime ma questo né ci meraviglia né deve rappresentare motivo di abbassamento della guardia per chi ha la responsabilità della tutela della Salute nel Paese. Va giustamente riconosciuta la qualità ma anche che un sistema sanitario ha il dovere di operare in qualità così come deve essere parte organica del sistema paese in misura sostenibile e compatibile.

## E quali quelle che non funzionano?

Esistono realtà in cui le condizioni generali di certo non aiutano ad offrire l'assistenza sanitaria che ogni cittadino ha il diritto di aspettarsi. Mi riferisco in particolare ad alcune disomogeneità, per lo più geograficamente confinate, per le quali l'intervento dello Stato deve continuare ad essere garantito ed erogato con attenzione e specificità di obiettivi. Il fenomeno della migrazione di pazienti da una Regione all'altra, pur se meno drammatico rispetto agli anni che abbiamo alle spalle, rappresenta un esempio eloquente e va compiuto ogni sforzo in termini di coinvolgimento e di sussidiarietà responsabili.

## Sono in qualche modo giustificati i cosiddetti "viaggi della speranza" all'estero?

Qui si affronta, ma in scala planetaria, ciò di cui abbiamo appena detto. A questo proposito desidero sottolineare con chiarezza che la percezione ancora diffusa - e non soltanto purtroppo nell'opinione pubblica generale - che chi deve affrontare un problema importante di salute occorre che emigri verso altri mondi sanitari non si giustifica, se non forse in ormai rarissimi casi, tutti ben individuabili e selezionabili e che, notiamolo, si presentano anche negli Eldorado della medicina. Faccio un esempio per tutti. Nel nostro Paese, in tutto il nostro Paese, esiste una rete di strutture dedicate all'assistenza oncologica perfettamente in grado di rispondere a tutte le esigenze cliniche, diagnostiche e terapeutiche, e di gestire globalmente i casi in totale allineamento, quando non in modo più avanzato, con le attuali frontiere mediche. E le regioni del meridione sono oggi in testa alla classifica. Continuare a far risuonare sempre ogni anche minimo segno di criticità del sistema ed a presentare con fragore gli episodi di malasana è sicuramente attribuzione del diritto di cronaca ed è stimolo aggiuntivo ed importante per chi è responsabile. Ma privilegiare questo tipo di messaggi trascurando il buono del sistema in cui si determinano non rende un buon servizio al Paese.

## Come reputa la preparazione professionale media dei nostri medici?

Torno a quanto già risposto ad una precedente domanda. I migliori giudici della qualità professionale dei medici sono gli assistiti, ed essi hanno a gran voce dichiarato la propria soddisfazione per il lavoro svolto dai medici così come da tutti gli altri operatori della sanità. Certo, l'avanzamento tumultuoso delle conoscenze in campo biomedico fa invecchiare rapidamente il patrimonio conoscitivo personale ma ricordiamo a questo proposito come da una recente indagine del Censis i medici italiani siano risultati attenti e pronti a recepire le innovazioni e che la competenza dei medici viene continuamente aggiornata attraverso strumenti quali l'Educazione Continua in Medicina, nota come Ecm, sempre più fruibile grazie ai collegamenti informatici e l'e-learning che sfrutta tutte le nuove tecnologie telematiche. Ma prima dell'aggiornamento dei medici occorre pensare seriamente alla loro formazione, garantendo a quanti decidono di avviarsi agli studi di medicina docenti e corsi

adeguati non soltanto all'esecuzione di compiti assistenziali specifici ma anche in grado di trasmettere e stimolare una cultura dell'uomo che possa mettere i futuri medici in dignitosa interazione con il sistema.

## Perché tante controversie di natura medico-legale: speculazione o imperizia?

Nel dare una risposta in poche righe si rischia davvero di essere eccessivamente schematici e non del tutto compresi. Diciamo intanto che in ogni attività umana esistono errori inevitabili in quanto casuali ed errori evitabili in quanto prevedibili, questi ultimi pertanto prevenibili migliorando l'organizzazione e l'attuazione dei processi. Insomma, azzerare il rischio è teoricamente impossibile mentre è possibile, e doveroso, ridurre la probabilità di incidenza degli errori. Le cose non sono diverse in campo medico, dove però esiste in premessa la precipua grande responsabilità professionale nei confronti di chi è reso maggiormente vulnerabile per lo stato di malattia. Più che avviare qui una complessa e probabilmente infruttuosa disamina dei perché di tante controversie, ritengo utile sottolineare che il ministero della Salute ha recentemente insediato l'Osservatorio sui rischi sanitari e che le strutture del Servizio sanitario nazionale si stanno dotando di strumenti importanti quali gli sportelli di conciliazione e i risk manager; i primi con il compito di raccogliere ed esaminare le segnalazioni dei pazienti risparmiando tempi e costi, elevati per tutti, degli iter giudiziari e di giungere, come alcune esperienze già operative stanno dimostrando di poter fare, ad una composizione conciliativa; i secondi, presenti nelle grandi imprese, con il compito di ottimizzare il rapporto costi/benefici nella gestione dei rischi delle attività aziendali.

Si può realisticamente prevedere che con questi strumenti si otterrà in tempi ragionevolmente brevi l'abbattimento del rischio di errore medico.

## La ginecologia: il suo livello è soddisfacente?

Senza altro sì. È forse opportuno qui sottolineare come sia in atto nel nostro paese un importante processo di evoluzione definito e normato da una direttiva emanata dal ministro per la Funzione pubblica il 24 marzo del 2004 con lo scopo di "promuovere, diffondere e sviluppare l'introduzione nelle amministrazioni pubbliche di metodi di rilevazione sistematica della qualità perce-

pita dai cittadini, basati sull'ascolto e sulla partecipazione, finalizzati a progettare sistemi di erogazione dei servizi tarati sui bisogni effettivi dei cittadini, utilizzando al meglio le risorse disponibili". La piena attuazione della direttiva consentirà di pesare in modo univoco ed omogeneo i servizi offerti e di calibrare quindi gli interventi correttivi e migliorativi del sistema. Usciamo pertanto dalle suggestioni a volte ambigue di pareri autoreferenziali per entrare in un ambito quantitativo e di garanzia omogeneo.

#### La diagnosi prenatale è una pratica valida da continuare a sostenere?

L'area della nascita è quella da cui la società riceve i suoi nuovi membri e merita pertanto alta priorità nelle attenzioni e nell'offerta assistenziali. È evidente che la diagnostica prenatale, attuata nel rispetto del dettato di linee guida tematiche condivise, rappresenta un anello di primaria importanza nella "filiera nascita".

#### Cosa si deve fare per la terza età?

Con una quota di popolazione ultra sessantacinquenne che dall'attuale 16,8% passerà a circa il 20,5% nel 2010 e si avvicinerà al 30% nel 2030 il problema della terza età rappresenta una criticità di sistema ed un argomento di grande attualità. Da considerare che l'attuale disponibilità finanziaria è in grado di rispondere a circa un terzo dei bisogni e che è di fondamentale importanza configurare strumenti alternativi integrabili. Una delle ipotesi formulate è configurare un modello generale di tipo misto cui concorrano pubblico e privato, in cui l'apporto finanziario di base dello Stato venga arricchito da quello, ad esempio, delle assicurazioni del tipo long-term care per fornire assistenza nei casi di non autosufficienza anche parziale come si verifica nell'invecchiamento. È una progettualità auspicabile che però ne-

cessita di un attento processo di informazione per colmare l'attuale carenza nel nostro Paese di una moderna cultura previdenziale. Ricordo intanto la campagna di comunicazione 2004 promossa dal ministero della Salute e rivolta in particolare alle persone anziane con enfasi sul corretto uso dei farmaci e sull'importanza degli stili di vita per favorire con strumenti autonomi il mantenimento di una buona qualità di vita anche nella terza età.

#### Come giudica le condizioni delle nostre strutture ospedaliere?

Se dal punto di vista generale ogni struttura deve fare i conti con le disponibilità finanziarie, cronicamente insufficienti e a volte non utilizzate al meglio, è d'obbligo una distinzione tra grandi ospedali e piccoli ospedali, questi ultimi plausibilmente destinati con maggiore probabilità ad accorpamenti o riconversioni quando non a chiusura. Negli ultimi anni si sono fatti grandi passi in avanti ed oggi abbiamo un panorama positivo per quanto riguarda la qualità dell'offerta tecnologica nel suo insieme ed in tutte le strutture pubbliche. Meno speditamente si stanno sviluppando i processi di allineamento ai moderni standard dei sistemi di accoglienza e di umanizzazione, frenati sia da una a volte eccessiva ricerca di produttività e profitto sia dalla consistente inappropriata di numerosi ricoveri che potrebbero essere evitati con conseguenti minori costi per molti miliardi di euro l'anno. È una questione di cultura che sta comunque trovando spazi crescenti grazie anche alle maggiori consapevolezza dei cittadini e delle associazioni. Attenzione particolare stiamo dedicando alle liste di attesa e per questo il ministro della Salute Francesco Storace ha proposto l'istituzione di un tavolo di lavoro con le Regioni per affrontare il problema.

#### Come procede la ricerca in campo medico nel nostro Paese?

La qualità scientifica dei nostri ricercatori è alta ma occorre che le risorse di sistema crescano molto perché essi possano contribuire, come vorrebbero, all'allineamento del Paese ai migliori standard internazionali. I finanziamenti pubblici alla ricerca devono crescere; i National Institutes of Health degli Stati Uniti dispongono di finanziamenti più di cinquanta volte superiori a quelli disponibili in Italia e, non dimentichiamolo, centinaia di ricercatori italiani operano in quelle strutture contribuendo non poco al prestigio degli NIH ed alle ricadute economiche dell'ottima ricerca scientifica che li svolgono. Esistono ancora troppi finanziamenti e microfinanziamenti dispersi in direzioni che non coincidono con le priorità individuate nei Piani sanitari nazionali e con le linee strategiche dettate dai programmi quadro europei. Va favorita in ogni modo la collaborazione tra industria e ricercatori pubblici in un sistema coordinato e controllato che superi alcune attuali criticità, non ultime quelle che vedono i ricercatori limitati nella loro autonomia di accesso a tutti i risultati delle sperimentazioni ed esclusi dalla responsabilità delle analisi dei dati ottenuti, rimuovendo inoltre le condizioni di vincolo da parte degli sponsor alla pubblicazione dei risultati.

#### Quale potrebbe essere la "sua" sanità?

Penso di aver chiarito il mio pensiero nelle precedenti domande. Il nostro Sistema sanitario funziona e funziona anche bene, con punte di eccellenza tra le migliori al mondo. Certo ci sono talora delle carenze e delle situazioni da migliorare. L'importante è averne piena consapevolezza e continuare, istituzioni e medici, nel cammino che da tempo abbiamo intrapreso.

## L'obiettivo è una sanità più equa e solidale

Il sistema sanitario ha raggiunto soddisfacenti risultati a livello nazionale, ma sono ancora molte le zone territoriali lasciate indietro. E se la preparazione professionale del medico italiano è buona, tuttavia il rapporto tra medico e paziente non funziona ancora pienamente. Bisogna creare un clima diverso, in grado di offrire ai cittadini maggiore omogeneità di assistenza e fiducia nei medici

#### Come giudica lo stato attuale della sanità italiana?

È una realtà fatta di chiaroscuri, dove si intrecciano isole felici di assistenza e nosocomi ai confini del paradosso. Un panorama che si muove, purtroppo, a due velocità. Per larghi tratti, un Nord ed un Centro che funzionano adeguatamente, che danno risposte pertinenti sul piano della qualità e dei tempi. Per contrasto, un Mezzogiorno dove, al di là di qualche si-

gnificativo picco qualitativo, permane una costante difficoltà a far quadrare i bilanci delle singole Asl, sviluppando un servizio sanitario non sempre all'altezza delle attese di una moderna società civile. Intendiamoci, ogni generalizzazione può sembrare eccessiva. Ma i livelli medi di produttività, in questo senso, parlano chiaro e mostrano la difficoltà del nostro Paese a raccordarsi, in modo unanime, sugli standard qualitativi europei.

#### Quali sono le cose che funzionano?

Funzionano, in modo nuovo, le sinergie a livello nazionale. In questi ultimi anni, lo sforzo di creare banche dati, di sviluppare una comunicazione immediata tra strutture sanitarie lontane, di elaborare modelli sui quali costruire una nuova sanità ha rappresentato una frontiera nuova sulla quale disegnare un futuro diverso. Negli ultimi tre anni, tra l'altro, sono stati stanziati circa 150 milioni di euro per centri scien-



Medico chirurgo,  
senatore della Margherita,  
**Giuseppe Scalera**  
è membro dell'8<sup>a</sup>  
Commissione Lavori  
Pubblici-Comunicazione

tifici di elezione. In questa chiave, hanno sviluppato un forte rilancio realtà come l'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare, i centri per il trapianto di organi, le strutture per la prevenzione e il controllo delle malattie, per la sorveglianza delle malattie infettive, ambiti che testimoniano la logica di un approccio nuovo meno legato alle incertezze del passato.

### E quali quelle che non funzionano?

Non funziona ancora pienamente il rapporto tra medici e pazienti che sfocia, in alcuni casi, in quella malasanità alla quale la stampa quotidiana è sempre particolarmente attenta. Sia chiaro l'informazione ha in prevalenza un approccio emergenziale ed allarmista sul tema della sanità. Gli dedica spesso ampio spazio, lo colloca direttamente in cronaca, mettendo subito a nudo carenze e sospetti della prestazione medica. Bisogna creare un clima diverso.

Solo una conoscenza sistematica, sulla base di dati accettati e riconosciuti da tutti i soggetti sui rischi legati ad ogni prestazione medica può consentire di attivare un rapporto razionale di condivisione del rischio e di capacità nel ridurre i danni ai singoli pazienti. Altre strade finirebbero eternamente per esaltare una polemica che indebolisce le istituzioni sanitarie e mortifica il ruolo del paziente.

### Sono in qualche modo giustificati i cosiddetti "viaggi della speranza" all'estero?

Mi sembra che questo tema sia in forte calo nella sanità italiana. Ormai, nel Paese, esistono centri di eccellenza capaci di far fronte ad ogni tipo di patologia e di esigenza. Paradossalmente, alla luce delle nuove leggi, i "viaggi della speranza" sono legati oggi a coppie in cerca di una maternità. Coppie che trovano, in Italia, limiti più restrittivi che in altre realtà europee. Coppie che, alla luce di una migliore condizione economica, possono trovare risposte più rapide e concrete.

### Come reputa la preparazione professionale media dei nostri medici?

La preparazione professionale del medico italiano è sostanzialmente buona. In questi anni si sono fatti molti passi avanti. Le specializzazioni si sono trasformate in qualcosa di concreto, da vivere direttamente sul campo. L'ospedale si è aperto ai giovani secondo logiche probabilmente impensabili venti anni orsono. Si può, comunque, fare di più. Integrare strutturalmente e funzionalmente i nodi della rete ospedaliera, assicurando un costante confronto sulle diagnosi e sulle terapie. Ridurre la criticità di tipo clinico-diagnostico e tecnico-organizzativo, dando un riferimento più moderno al lavoro del medico ospedaliero. Acquisire una migliore conoscenza dei fabbisogni di salute delle popolazioni locali per lo sviluppo di politiche programmatiche e di cooperazione adeguate. Ma, soprattutto, la promozione di una formazione sempre più specifica che assicuri al personale sanitario una professionalità sempre più alta e adeguata.

### Perché tante controversie di natura medico-legale: speculazione o imperizia?

C'è una progressiva, montante conflittualità tra medico e paziente, aggravata da un sistema mediatico che è sempre pronto a cavalcare ogni disagio, ogni difficoltà. Il ricorso di pazienti e familiari alla magistratura è ormai un dato acclarato, mentre meno incisive, su questo piano, appaiono le iniziative delle associazioni dei pazienti e, più ancora, quelle legate

agli ordini professionali.

Attenzione, qui non c'è da salvaguardare semplicisticamente il medico. Chi ha sbagliato, chi ha commesso errori gravi deve certamente risponderne, anche se ogni cosa va considerata nel contesto ambientale complessivo in cui si muove. Ma quel che sconcerta è, oggettivamente, l'assenza di un qualsiasi presidio difensivo, organico per il medico che opera nella trincea ospedaliera. Troppo spesso, le denunce vengono archiviate, troppo spesso il medico viene riconosciuto innocente, ma nessuno valuta, in chiave propria, l'enorme danno di immagine per un professionista che, spesso, ha costruito sulla credibilità la sua carriera e che, in pochi giorni, può ritrovarsi nella polveriera per qualche stupido attacco giornalistico. Un tema sul quale riflettere e meditare. È un problema che riguarda anche il mondo dei ginecologi e che richiede, oggi, un atteggiamento più deciso che respinga ogni forma di confusa speculazione.

### La ginecologia: il suo livello è soddisfacente?

La ginecologia è oggi, in Italia, un settore legato ad alte professionalità. Il ginecologo ha saputo, negli anni, rapidizzare la sua formazione, restando spesso al passo con quanto l'evoluzione della ricerca medica e scientifica ha finito per proporgli. Siamo, tra l'altro, all'interno di un settore delicatissimo dove si intrecciano costantemente scienza ed etica, secondo principi assolutamente nuovi rispetto al passato. La stessa politica ha finito per rendersene conto in ritardo, provando a colmare affannosamente i suoi limiti. Ne sono sortite leggi acefale, prive di un approccio sistematico, che mancano di una visione unitaria e di un approccio europeo. Ecco quindi i clamorosi contrasti legati ad una Europa dove la moneta è unica e dove la natalità ha indirizzi e potenzialità diverse. Un controsenso assoluto che non può solo essere legato ad una Italia culla della Chiesa ma che deve offrire una dimensione di dialogo nuova, meno particolare e più universale.

### La diagnosi prenatale è una pratica valida da continuare a sostenere?

È un altro tema delicato che non merita poche righe di commento ma una discussione ampia ed articolata che coinvolga tutti gli attori scientifici legati alla problematica.

### Cosa si deve fare per la terza età?

La terza età, è opinione comune, ha oggi connotati nuovi e diversi. È legata a persone uscite, in qualche caso, troppo presto dal processo lavorativo, non segnate da attività usuranti, ancora in grado di godere

di un benessere psico-fisico particolarmente alto. È uno straordinario bacino di utenza che richiede servizi di alta professionalità, disponibile anche, in molti casi, al pagamento della prestazione, ad un concreto rapporto con il privato. Bisogna adeguarsi a queste nuove richieste, rinnovando l'organizzazione delle strutture pubbliche, guardando alla geriatria non come un'antica realtà fossile ma come lo scenario nuovo dietro il quale si muove una medicina moderna. E poi, la permanenza di una assistenza sociale più ampia che tenga conto anche degli anziani più diseredati, quelli che soffrono l'estate nel caldo delle nostre città, troppo spesso privi di qualsiasi forma di sostegno. Un tema sociale di enorme profilo che va modulato secondo modelli organizzativi assolutamente nuovi.

### Come giudica le condizioni delle nostre strutture ospedaliere?

Ne ho già parlato precedentemente. Le strutture ospedaliere sono, spesso, lo specchio della realtà territoriale nella quale si muovono. Migliori condizioni economiche corrispondono a migliori nosocomi, secondo un tema che, soprattutto nel Mezzogiorno, meriterebbe ampi approfondimenti critici.

### Come procede la ricerca in campo medico nel nostro paese?

La ricerca, in Italia, ha incentivato, in questi ultimi anni, la sua presenza, mostrando lineamenti nuovi, di respiro internazionale. Ma il suo futuro è stabilmente legato alla forza economica di cui potrà disporre. È un comparto indispensabile per una sanità moderna spesso solcata dalla cultura dello spreco. Si ha spesso la sensazione, nel nostro Paese, di un eccessivo consumo di risorse, a beneficio dell'industria sanitaria. Lo spreco ha finito, col tempo, per generare costi insostenibili, iniquità e malessere sociale. È ora di invertire questa tendenza, assicurando alla ricerca percentuali costanti di attenzione e di interesse.

### Quale potrebbe essere la "sua" sanità?

Una sanità più equa e solidale. Nella quale il pubblico non sia indiscriminatamente disponibile, sugli stessi livelli di spesa, a pazienti con redditi diversi. Una sanità nella quale all'indigente venga messo tutto a disposizione gratuitamente e dove chi ha più mezzi paghi, la stessa prestazione, secondo la propria fascia di reddito. Un'evoluzione che consentirebbe a pubblico e privato di monetizzare immediatamente un ticket e, soprattutto, di assicurare un trattamento analogo a costi diversificati, secondo un principio di equità sociale in linea con una moderna sanità.

<p><b>GYNECO</b> AOGOI</p> <p>ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI</p> <p>PRESIDENTE Carlo Sbiroli DIRETTORE SCIENTIFICO Felice Repetti COMITATO SCIENTIFICO Giovanni Brigato Antonio Chiantera Valeria Dubini DIRETTORE RESPONSABILE Cesare Fassari</p>	<p>COORDINAMENTO REDAZIONALE Arianna Alberti email: redazione@ihg.it PUBBLICITÀ Publiem srl Centro Direzionale Colleoni Palazzo Perseo 10 20041 Agrate (Milano) Tel. 039/6899791- Fax 039/6899792</p> <p>EDITORE IEP ITALPROMO ESIS PUBLISHING 00147 Roma Via Vittore Carpaccio, 18</p> <p>Testata associata A.N.E.S. ANNO 1980 - N. 1000000</p>	<p>PROGETTO GRAFICO Glancarlo D'Orsi STAMPA Tecnostampa srl Via Le Brecece 60025 Loreto (Ancona) ABBONAMENTI Annuo: € 26 Prezzo singola copia: € 4</p> <p>Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33 Poste Italiane spa - Sped. in abb. postale D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) Art. 1, comma 1, DCB Ancona</p> <p>Finito di stampare: settembre 2005 Tiratura 7.800 copie</p>
--	--	--



# Il dolore segreto

**L**o dice lei stessa. Anzi, il suo sorriso splendente. Il tratto dominante di Alessandra Graziottin, medico e psicoterapeuta, è la serenità. Lei dice che è frutto del piacere di essere se stessa. Di sicuro, a sentirla parlare, si avverte la gioia di una vita a servizio della propria vocazione. Che nel suo caso è quella di "aiutare le donne a recuperare la loro sessualità, ferita dalla vita, dal dolore e dalla malattia". Proprio l'obiettivo del suo saggio appena uscito: "Il dolore segreto: le cause e le terapie del dolore femminile durante i rapporti sessuali" (Mondadori, 2005).

**Professoressa Graziottin, la sorprende che una rivista medica dedichi attenzione ad un libro sul dolore rivolto alle donne?**

Di più, mi entusiasma e mi commuove. Ho un grazie speciale al Professor Sbiroli, presidente dell'AOGOI, per l'attenzione che ha voluto dedicare a questo libro, che è anche una grande richiesta di aiuto e di attenzione da parte delle donne. Richiesta di cui mi sono fatta portavoce.

Quest'attenzione mi sembra in linea con l'enorme sforzo educativo che l'AOGOI ha portato avanti in questi anni: e credo che anche quest'attenzione al dolore possa qualificarci sempre più, sia nella consulenza individuale alla singola donna, sia come livello di ricerca da portare anche a livello internazionale. Sull'endometriosi, per esempio, abbiamo ginecologi chirurghi tra i più accreditati al mondo. È bello se riusciamo a crescere culturalmente insieme, ciascuno portando quello specifico di specializzazione in più che è legato alla propria vocazione e al percorso di crescita professionale.

**Cosa l'ha spinto a scrivere questo libro?**

La solidarietà con le donne, innanzitutto. La stessa ragione che tanti anni fa mi aveva spinto a scegliere la specializzazione in ginecologia e poi in oncologia. L'indignazione per la negazione sistematica della verità fisica, biologica, del dolore femminile: durante i rapporti ma anche nelle molte altre sindromi di dolore pelvico cronico che devastano la vita delle donne e delle loro fami-

Ginecologa specializzata in oncologia, psicoterapeuta e sessuologa, Alessandra Graziottin, vive e lavora a Milano dove dirige il Centro di Ginecologia e Sessuologia medica dell'Ospedale S. Raffaele Resnati. È autrice di numerosi libri e saggi dedicati alla psicosessualità femminile. Nell'intervista che abbiamo raccolto ci parla dell'ultimo uscito per la Mondadori: **"Il dolore segreto: le cause e le terapie del dolore femminile durante i rapporti sessuali"**



glie. E, in positivo, il desiderio di condividere con le donne, ma anche con i medici, le ostetriche, gli psicoterapeuti, il molto che oggi si sa sulla natura di questo dolore complesso e insidioso, sia sulle possibilità di cura, che oggi sono straordinarie e spesso risolutive.

**Questo libro è un libro bianco sul dolore femminile, un vero e proprio "cahier de doléances"...**

Sì, credo che nulla meglio del racconto che la donna fa della propria verità, di quello che prova, che ha vissuto, della sua disperazione, della sua frustrazione, della sua rabbia, possa trasmettere cosa significhi davvero, per una donna, incontrare questo drammatico interlocutore: il dolore, che si insinua nella sua vita fino a diventare il protagonista assoluto e devastante dei suoi giorni, e che finisce per dominarla. Ascoltando con attenzione le donne e le loro storie spesso drammatiche, ho capito di più, sul dolore e le sue ragioni, che in tutti i miei libri. Nello

stesso tempo, ho cercato di trasmettere anche il grande senso di dignità che la donna mostra, proprio quando il dolore la mette alle corde in un modo così pervadente da uccidere, a volte, anche la speranza.

**Nelle sue storie emergono figure di medici straordinari ma anche una desolante ignoranza sul significato del dolore...**

Sì, lo scenario della competenza professionale è molto variegato, come sempre nella vita. Purtroppo nella nostra formazione il dolore è sempre stato considerato nella migliore delle ipotesi come un sintomo ancillare della patologia principale. Solo raramente come un protagonista indipendente che, nelle forme croniche, può diventare protagonista assoluto della malattia. Spesso con la complicità indiretta dei medici che insistono nel dire che: "Il dolore ce l'ha in testa, signora, vada dallo psicologo", oppure: "È stressata signora, si rilassi...".

**Da molti dei racconti che le donne fanno del loro peregrinare da un medico all'altro in cerca di risposte, emerge anche un colpevole ritardo diagnostico...**

Sì, purtroppo un ritardo angosciante: 9 anni e tre mesi tra l'inizio dei sintomi e la diagnosi di endometriosi; 4 anni e 8 mesi nella mia serie clinica di vestiboliti vulvari, dato che si sovrappone ai 5 anni di ritardo medio registrato anche per le pazienti seguite alla Mc Gill University di Montreal, un centro leader nel mondo nel campo del dolore; 5 a 7 anni per le cistiti interstiziali. Credo sia necessario un sforzo comune, delle nostre associazioni mediche, per crescere culturalmente nell'approccio al dolore: questo aumenterebbe enormemente le possibilità di diagnosi precoce, di cure rapide ed efficaci. Non ultimo aumenterebbe di molto la nostra soddisfazione professionale. Lo dico per vita. Nulla è più gratificante, umanamente e professionalmente, di una donna e di una coppia che tornano a sorridere alla vita e all'amore, dopo anni di intimità devastata del dolore.



Nella foto  
Alessandra Graziottin

**Esiste una differenza di atteggiamento clinico tra medici uomini e donne nei confronti della diagnosi biologica del dolore?**

No, purtroppo no, e questo è motivo di grande delusione. Alcune ricerche internazionali, specialmente nel campo dell'endometriosi, hanno dimostrato che purtroppo il negletto nei confronti delle cause fisiche, biologiche del dolore, è sovrapponibile tra medici di ambo i sessi. Il ruolo sembrerebbe perciò prevalere sull'identità di genere. Solo una diversa preparazione personale distingue i professionisti che sanno dare ascolto e parole al dolore, e attenzione clinica adeguata. E questo succede indipendentemente dal loro essere uomini e donne. In Italia abbiamo eccellenti ginecologi maschi, molto sensibili alla complessità del dolore, specie nel campo dell'endometriosi.

**Lei non crede alle cause psichiche del dolore?**

Distinguo: solo il dolore da lutto è psicogeno, quando soffriamo perché abbiamo perso qualcosa o qualcuno che era essenziale per noi. È il dolore dell'assenza, che può devastarci. Tuttavia, in tutti gli altri casi, la assoluta magioranza, il dolore è un segnale biologico di danno in corso. E questo deve essere chiarissimo. È una sentinella di vita preziosa, perché ci avverte di una minaccia, anche grave, per la nostra salute e la nostra integrità, una minaccia che noi medici dobbiamo decodificare rapidamente per limitare i danni. Solo quando trascuriamo questo segnale amico, il dolore può diventare malattia per sé. Vira cioè da nocicettivo (indicatore di danno) a neuropatico (malattia in cui il dolore si autogenera nelle fi-

Alessandra Graziottin

**IL DOLORE SEGRETO**

Edizione Mondadori  
<http://www.bcdeditore.it>  
[info@bcdeditore.it](mailto:info@bcdeditore.it)  
 Pagine 414 - Euro 17,00



bre e nelle vie del dolore). Ma non nego affatto la complessità anche psichica del dolore fisico, anzi! Il dolore è per definizione l'esperienza più soggettiva che esista. E proprio per approfondire la complessità delle implicazioni psichiche del dolore, ho dedicato due capitoli del libro all'analisi delle interazioni tra depressione, ansia, stress e percezione del dolore. Allo straordinaria possibilità che la neurofarmacologia ci offre nel modulare il dolore centrale. Ma anche al ruolo della meditazione, che la PET ha dimostrato essere capace di inibire le afferenze sensoriali dolorose grazie all'aumento della attività inibente della corteccia frontale sui segnali in entrata. Non ultimo, non dimentico l'essenzialità dell'ascolto empatico e affettuoso delle emozioni e dei sentimenti legati al dolore: "Date al dolore la parola. Il dolore che non parla sussurra al cuore oppresso e gli dice di spezzarsi". Così sosteneva Shakespeare, nel Macbeth (IV, 3), con profonda intuizione umana.

**In positivo, quali sono le patologie nelle quali un diverso atteggiamento, diagnostico e terapeutico, potrebbe dare significativi miglioramenti dal punto di vista della percezione e della cura del dolore?**

Le vaginiti ricidivanti da candida. Le cistiti ricidivanti. La vestibolite vulvare: che è una patologia per eccesso, dove sono iper-regolati il sistema immunitario, con iperattivazione della degranolazione mastocitaria, il sistema muscolare, con ipertono dell'elevatore dell'ano fino alla mialgia, e il sistema del dolore, con iperattività periferica e centrale. Per spiegare meglio alle donne la sua complessità e la necessità di una terapia multimodale, ho trasformato la storia naturale della vestibolite vulvare nel copione di un film. Ogni protagonista biologico diventa un attore. Un modo per rendere semplice un tema obiettivamente ostico, nella grande tradizione della "scienza classica" e della "scienza romantica" di cui parlava il grandissimo neurologo russo Alexander Lurja. Ma sono curabilissimi da ogni buon ginecologo anche il dolore ai rapporti in puerperio, questa stagione della vita femminile ancora così negletta, e il dolore dopo la menopausa. Per non parlare dell'endometriosi e delle altre sindromi di dolore pelvico cronico, specie in co-morbidità con patologie urologiche, proctologiche e immunologiche. E, poi, a me immensamente caro, visto che sono nata come ginecologa oncologa, il dolore nelle pazienti operate di tumore. Tutti campi in cui possiamo essere tanto più efficaci, quanto più la diagnosi è precoce e la terapia è multimodale e aggiornata secondo le più recenti acquisizioni.

**Monuril® JO1XX Fosfomicina trometamolo**

**RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO** 1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE: MONURIL® 2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA: MONURIL® Pediatrico 2g - una busta contiene: Principio attivo Fosfomicina trometamolo g 3,754 (pari a fosfomicina g 2,0) Eccipienti: Aroma mandarino mg 70, Aroma arancio mg 60, Saocarina mg 16, Saccarosio mg 2100 MONURIL® 3g - una busta contiene: Principio attivo Fosfomicina trometamolo g 5,631 (pari a fosfomicina g 3,0) Eccipienti: Aroma mandarino mg 70, Aroma arancio mg 70, Saocarina mg 16, Saccarosio mg 2213 3. FORMA FARMACEUTICA Buste di granulato per uso orale 4. INFORMAZIONI CLINICHE MONURIL® è stato impiegato su ampia casistica (bambini, adulti, soggetti anziani e donne gravide) costituita da pazienti affetti da infezioni delle basse vie urinarie nelle quali risulta vantaggioso il trattamento antibatterico di breve durata (una o due somministrazioni) ad alte dosi. Sterilizzazione persistente delle urine, associata a scomparsa dei principali sintomi clinici, è stata osservata in più del 90% dei casi trattati già dal 2°-3° giorno dall'inizio del trattamento. L'attività antibatterica in vivo del MONURIL® non viene modificata da ampie variazioni del pH urinario. MONURIL® per le sue peculiari caratteristiche, è particolarmente adatto al trattamento (profilassi-terapia) di breve durata (una o due dosi) delle infezioni acute "non complicate" delle basse vie urinarie. È stato dimostrato che questo approccio terapeutico assicura i seguenti vantaggi: è semplice e di efficacia pari alla terapia prolungata, ben tollerato, non presenta il rischio di interruzione precoce della terapia da parte del paziente al momento della scomparsa dei sintomi clinici; rischio frequente nella pratica clinica durante l'applicazione di schemi di trattamento prolungato nelle infezioni urinarie non complicate, per gli alti livelli raggiunti in sede di infezione assicura un'azione battericida sulla maggior parte dei germi uropatogeni, riducendo il rischio di selezione di ceppi batterici resistenti, riduce i rischi per il feto in caso di gravidanza. 4.1 Indicazioni terapeutiche Cistite batterica acuta, episodi acuti di cistiti batteriche ricidivanti, sindrome uretro-vescicale acuta batterica, uretrite batterica aspecifica. Batteriuria significativa asintomatica (gravidanza). Infezioni urinarie post-operatorie. Profilassi delle infezioni del tratto urinario negli interventi chirurgici e nelle manovre diagnostiche transuretrali. 4.2 Posologia e modo di somministrazione Adulti: Una busta da 3 g (come principio attivo) una sola volta preferibilmente la sera prima di coricarsi, dopo aver vuotato la vescica. Nei casi più impegnativi (anziani pazienti a letto, infezioni ricorrenti) somministrare una seconda busta a distanza di 24 ore. Bambini: Una busta da 2 g (come principio attivo) una sola volta (MONURIL® Pediatrico). I sintomi clinici generalmente scompaiono dopo 2-3 giorni. Nelle infezioni acute delle basse vie urinarie (cistiti, uretriti non gonococciche) sostenute da germi sensibili al MONURIL®, una sola dose di prodotto (2g di principio attivo nel bambino) è sufficiente a determinare la guarigione dell'episodio. L'eventuale persistenza di alcuni sintomi locali, dopo il trattamento non è necessariamente espressione di insuccesso terapeutico essendo per lo più riferibile ad esiti di progressa flagiosi. Nei casi clinicamente più impegnativi (soggetti anziani, pazienti a letto, infezioni ricorrenti) oppure nelle infezioni sostenute da germi sensibili prevalentemente alle più alte concentrazioni di antibiotico (Pseudomonas, Enterobacter, Proteus indolo+) possono essere necessarie due dosi di MONURIL® da somministrarsi a distanza di 24 ore una dall'altra. Nella profilassi di infezioni urinarie in seguito ad interventi chirurgici ed a manovre diagnostiche transuretrali, il trattamento viene attuato di norma utilizzando due dosi di MONURIL®. La prima dose va somministrata circa 3 ore prima dell'intervento, la seconda deve essere assunta a distanza di 24 ore dalla prima. MONURIL® deve essere somministrato esclusivamente per via orale, a stomaco vuoto; preferibilmente prima del riposo notturno, dopo aver vuotato la vescica. La dose deve essere sciolta in un bicchiere di acqua (50-75 ml) od altra bevanda gradita al paziente e somministrata subito dopo la sua preparazione. 4.3 Controindicazioni Ipsensibilità accertata verso il prodotto. 4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso Il pasto può ritardare l'assorbimento del principio attivo del MONURIL®, con conseguente lieve diminuzione dei picchi ematici e delle concentrazioni urinarie. È preferibile pertanto che il prodotto sia assunto a stomaco vuoto, circa 2-3 ore lontano dai pasti. Non sono noti effetti collaterali di importanza tale da suggerire altre particolari precauzioni connesse all'assunzione del prodotto. Tenere fuori dalla portata dei bambini. 4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione Non segnalate. 4.6 Gravidanza e allattamento Nelle donne in stato di gravidanza, in corso di allattamento e nella primissima infanzia il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. 4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari Non ci sono presupposti né evidenze che il farma-

co possa modificare l'attenzione ed i tempi di reazione. 4.8 Effetti indesiderati MONURIL® è particolarmente ben tollerato sia dal soggetto adulto che dal bambino. Molto raramente sono stati osservati disturbi gastrointestinali (nausea, pirosi, diarrea) e rash cutanei regrediti spontaneamente o rapidamente senza particolari e specifici interventi terapeutici. 4.9 Sovradosaggio Non sono noti effetti indesiderati determinati da dosi eccedenti quelle consigliate ai fini terapeutici. In caso di sovradosaggio accidentale (5-10 buste), è sufficiente favorire l'eliminazione urinaria del principio attivo mediante adeguata somministrazione di liquidi. 5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche MONURIL® (mono (2-ammonio-2-idrossimetil-1,3-propandiolo) (2R-cis)-(metilossiranil) fosfonato) è un antibatterico ad ampio spettro attivo nelle infezioni delle vie urinarie, derivato dall'acido fosfonico. Esplica un'elevata attività battericida per blocco metabolico della sintesi della parete batterica con meccanismo peculiare (inibizione specifica dell'enzima enolpiruviltransferasi), da cui l'assenza di resistenze crociate verso altri antibatterici con la maggior parte dei quali può agire sinergicamente. È attivo nei confronti dei batteri Gram-positivi e Gram-negativi, comprendendo nel suo spettro i ceppi produttori di penicillina ed i germi di più frequente isolamento nelle infezioni delle vie urinarie (E. Coli, Protei, Klebsiella, Enterobacter, Pseudomonas, stafilococchi ecc.) anche se resistenti ad altri antibatterici. 5.2 Proprietà farmacocinetiche MONURIL® si somministra per via orale disciolto in acqua, in cui è completamente solubile. Dosi di 2 e 3g di principio attivo, rispettivamente nei bambini e negli adulti, compresi i soggetti anziani, sono rapidamente e completamente assorbite nel tratto gastroenterico. Elevate concentrazioni antibatteriche vengono raggiunte nel plasma (circa 30 mcg/ml) e nei tessuti (prostata) dopo dosi terapeutiche. Il principio attivo, non legato alle proteine plasmatiche, viene escreto immutato principalmente attraverso l'emuntorio renale. Il T<sub>1/2</sub> sierico è di circa 3 ore e non è dipendente dalla dose. Il cibo può ritardare l'assorbimento del principio attivo determinando lieve riduzione dei picchi ematici e delle concentrazioni urinarie, tali comunque da non pregiudicare in alcun modo l'attività antibatterica del prodotto. Concentrazioni urinarie molto elevate (circa 3000 mcg/ml) vengono raggiunte rapidamente (entro 2-4 ore) e permangono per almeno 36-48 ore superiori a quelle battericide nei confronti della maggior parte dei germi responsabili delle infezioni delle vie urinarie. Nel soggetto anziano con ridotta funzionalità renale l'emivita sierica appare lievemente prolungata; le concentrazioni urinarie tuttavia subiscono solo trascurabili modificazioni, rispetto all'adulto normale, tali da non suggerire aggiustamenti posologici. Il tris-idrossi metilaminometano non interferisce nella cinetica del principio attivo. 5.3 Dati preclinici di sicurezza La DL50 per os nel ratto e nel topo è superiore a 10.000 mg/kg. Per via orale dosi fino a 1000 mg/kg non hanno determinato eventi tossici degni di rilievo a carico delle funzioni e delle strutture dei diversi organi ed apparati nel corso delle prove di tossicità sub-acuta nel ratto e cronica nel cane. MONURIL® non ha azione mutagenica. Gli studi di teratogenesi (ratto, coniglio), della fertilità (ratto) e della tossicità peri e post-natale (ratto) non hanno evidenziato segni di possibili effetti tossici indotti dal MONURIL®. 6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Lista degli eccipienti Si veda il punto 2. 6.2 Incompatibilità Nessuna per quanto noto. 6.3 Validità Anni 3 (tre) La data di scadenza indicata si riferisce al prodotto in confezionamento integro correttamente conservato. Il preparato va assunto una volta allestita la soluzione. 6.4 Speciali precauzioni per la conservazione Nessuna particolare. 6.5 Natura e contenuto del contenitore Buste in accoppiato triplo carta-alluminio-poliene. MONURIL® Pediatrico scatola da 2 buste da 2 g. MONURIL® scatola da 2 buste da 3 g. 6.6 Istruzioni per l'uso Si veda il punto 4.2 7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO ZAMBON ITALIA s.r.l. Via della Chimica, 9 - Vicenza 8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO MONURIL® Pediatrico buste da 2 g - AIC n° 025680012 - MONURIL® buste da 3 g - AIC n° 025680024 9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE Prima autorizzazione: 12 luglio 1986. Rinnovo: 1 giugno 2000 10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO 30/10/99



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

## Movement Against Medical Malpractice and Accident

# compie un anno

di Carmine Gigli  
Presidente coordinatore FESMED

**A**lla fine del mese di settembre 2004, il programma "M.A.M.M.A. AOGOI" (Movement Against Medical Malpractice and Accident) ha cominciato ad accettare le prime richieste di assistenza, da parte dei soci AOGOI. Da allora si sono susseguite in maniera ininterrotta le richieste di pareri, relativi a problematiche medico-legali di diritto civile e penale ed a contenziosi amministrativi e sindacali.

Il grande successo che ha raccolto questa iniziativa è testimoniato dalle centinaia di richieste di assistenza, che sono state inoltrate dai soci AOGOI e dal fatto che oltre 700 soci hanno già visitato almeno una volta il sito [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it).

Nella maggior parte dei casi i colleghi hanno richiesto un "Parere legale", a questo hanno fatto seguito le richieste di "Parere Sindacale o amministrativo", quindi di "Parere di esperto clinico" per finire con le richieste di "Verifica della linea difensiva già in atto".

Come è stato più volte ricordato su questa rivista e nei convegni AOGOI, questo servizio, che l'Associazione offre gratuitamente a tutti i soci, si avvale:

- del sito web [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it), dove i soci possono trovare informazioni utili per accrescere le proprie conoscenze sulle problematiche medico-legali attinenti la nostra professione;
- di un "Gruppo operativo", incaricato di tenere i contatti con i soci coinvolti in un contenzioso medico-legale e che hanno richiesto l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI";
- di un drappello di avvocati (Collegio dei legali) e di un folto gruppo di colleghi esperti nei diversi settori della nostra specialità (Collegio degli esperti).

Sul sito [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it) potrete trovare: le ultime notizie in materia di ginecologia forense, un archivio delle sentenze di maggior interesse per lo specialista ostetrico ginecologo, le risposte degli esperti alle domande

più frequenti su problematiche legali e sindacali, gli articoli della rivista Ginecologia Forense ed anche dei forum di discussione sugli argomenti più scottanti della professione. Inoltre, i soci coinvolti in contenziosi giudiziari, troveranno il modulo da compilare "on line" per richiedere l'assistenza di M.A.M.M.A. AOGOI.

Non tutto il sito è aperto al pubblico dei navigatori della rete e per entrare nell'area riservata, alla quale possono accedere soltanto i soci AOGOI, è necessario registrarsi. Tutti i Soci possono registrarsi in pochi secondi, utilizzando il codice d'attivazione che è stato inviato loro dalla Segreteria Nazionale. Chi lo avesse smarrito, può richiederlo alla stessa Segreteria nazionale (tel. 02 29525380). L'operazione di registrazione viene richiesta solo la prima volta che accederete all'area riservata, successivamente, come avviene per tutti i siti riservati, vi sarà sufficiente utilizzare la "username" e la "password" che avrete scelto liberamente e che costituiranno la vostra firma elettronica, valida a tutti gli effetti di legge.

L'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI" può essere richiesta per problemi relativi a:

- Diagnosi prenatale
- Controllo della gravidanza
- Assistenza al parto
- Diagnosi e terapia ginecologica
- Esiti d'interventi chirurgici
- Conflitti con i pazienti ed il personale
- Conflitti con l'Amministrazione.


Il modo più semplice per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI" è di compilare "on line" il modulo che si trova sul sito [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it), nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on

line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta. Tutti quei colleghi che continuano ad essere "refrattari" all'utilizzo di internet, potranno utilizzare il **modulo disponibile alla pagina seguente** da inoltrare per posta o via fax alla Segreteria Nazionale AOGOI (02.29525521), oppure telefonare alla stessa Segreteria (tel. 02 29525380) esponendo a voce il problema. Ove necessario, il servizio "M.A.M.M.A. AOGOI" potrà essere integrato con la polizza "Protezione legale AOGOI" (GEAS-CONVENZIONE A.O.G.O.I. N° 11005696), della quale tutti i soci AOGOI dispongono gratuitamente e che copre le spese e le competenze del legale liberamente scelto dall'associato. Di seguito vengono elencati i tipi di evento per i quali può essere attivata la polizza, con i massimali per evento riportati fra parentesi:

- 1) Difesa Penale per delitti colposi e contravvenzioni (euro 25.000,00)
- 2) Recupero danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi (euro 25.000,00)
- 3) Controversie in materia di lavoro, compreso il ricorso al TAR per i dipendenti pubblici (euro 5.000,00).

Sono i massimali più alti offerti gratuitamente da un'Associazione medica.

Il modulo per l'attivazione della polizza "Protezione legale AOGOI", può essere scaricato direttamente dalla "Home page" del sito [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it), o dal sito [www.fesmed.it](http://www.fesmed.it), alla voce "modello denuncia sinistro GEAS".

Con il servizio "M.A.M.M.A. AOGOI", la nostra Associazione conferma e rafforza la sua vocazione alla difesa degli ostetrici ginecologi. 

segue da pagina 26 - Intervista ad Alessandra Graziottin

## Il dolore segreto

### E quanto conta il coinvolgimento del partner, nella cura del dolore?

Due cose frustrano tremendamente un uomo di fronte al dolore nella sua donna. Il sentirsi dire che lei il dolore se lo inventa. E il sentirsi impotente nell'aiutarla.

Quando si spiega all'uomo che quel dolore non è un'invenzione o un'alibi per rifiutarlo, ma che ha cause precise, un nome, una diagnosi e una terapia, l'uomo può diventare straordinariamente collaborativo e un potente fattore di miglioramento e di guarigione. Io credo molto all'"amore che cura". E aiutare la coppia a ritrovare questa misura può rivelarsi uno straordinario alleato terapeutico in più.

### Dalla sua esperienza di ginecologa e sessuologa, esiste un interlocutore privilegiato per la donna quando parla di ses-

### sualità? E se esiste, chi è o chi sarebbe "giusto" lo fosse?

Per parlare di sessualità e d'amore, l'interlocutore professionale ideale - per la donna - è un/a ginecologo con formazione sessuologica.

Che sappia cioè integrare la sua solida competenza medica, ginecologica, endocrinologica e ostetrica con uno sguardo diagnostico integrato anche sulle costanti implicazioni sessuali, affettive ed emotive del mondo e dei problemi delle donne.

L'ideale sarebbe che il ginecologo facesse parte di un gruppo di lavoro, in cui anche il partner e la coppia possano trovare ascolto e aiuto qualificato: l'uroandrologo, lo psicoterapeuta, lo psichiatra, la fisioterapista, il dermatologo, l'anestesista sono figure essenziali per rispondere in modo appropriato, personalizzato e multimodale ai di-

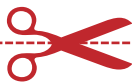
versi problemi che la coppia porta in consultazione.

### Qual è il suo augurio?

Che, insieme, noi medici, noi ginecologi si riesca a vincere questa sfida, anche sul fronte del dolore: riuscire a integrare la frattura che ha percorso tutto il Novecento tra una "medicina senz'anima", che ha smarrito l'attenzione al malato come persona, alle sue emozioni e al suo dolore, e una "psicologia senza corpo", che non approfondisce le basi neurobiologiche del pensiero, degli affetti e dei sentimenti e tanto meno del dolore.

Un augurio che ho voluto sintetizzare nella scelta di copertina, del fiore di mughetto: che vive nell'ombra, che richiede attenzione per essere scoperto, che placa il cuore con il suo profumo, e che ha questo straordinario significato augurale: "Felicità che ritorna".

Questo modulo può essere utilizzato per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI". Dopo averlo compilato, dovete ritaglierlo ed inoltrarlo alla Segreteria nazionale AOGOI, via G. Abamonti, 1 - 20129 Milano, per posta oppure, via fax (02.29525521). In maniera più semplice, potrete compilare il modulo "on line", andando al sito [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it), nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta di assistenza. È anche possibile telefonare alla Segreteria nazionale AOGOI (tel. 02.29525380) ed esporre a voce il problema.





[www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it)



**M.A.M.M.A. AOGOI**  
Movement Against Medical Malpractice and Accident  
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

legale on-line

**socio**

nome	cognome	indirizzo	telefono
città	provincia	cap	sede di lavoro
e-mail	mobile	telefono	fax

**tipo**

evento sanitario avverso       atti della magistratura       contenzioso amministrativo

**evento**

descrivere in modo sintetico l'evento per il quale si richiede assistenza

**assistenza**

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

**descrizione**

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

**contatto**

telefono       e-mail      indicare la modalità con cui si preferisce essere contattati  
 fax       mobile

**consenso**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni generali di funzionamento del servizio di "tutela legale" e sulla rivista dell'associazione "Gynecoogoi".

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



# Razionale d'impiego inerente alla supplementazione di vitamina K e di vitamina D nelle donne in post-menopausa

Prof. Antonio Chiàntera – Direttore U.O.C. Ginecologia e Ostetricia  
Ospedale Buon Consiglio FBF – Napoli

## Premessa

**L'osteoporosi** è una patologia scheletrica caratterizzata da una riduzione della massa ossea e da un'alterazione della microarchitettura del tessuto osseo, con conseguente incremento della fragilità e del rischio di frattura. La frattura rappresenta, pertanto, la manifestazione clinica dell'osteoporosi.

L'osteoporosi si manifesta, più frequentemente, nelle donne in post-menopausa.

Tale difetto fisiopatologico è correlato ad un incremento del riassorbimento osseo dovuto ad insufficienza ormonale estrogenica. A partire dai 50 anni di età, il rischio di incorrere in una frattura di tipo osteoporotico è tre volte maggiore nel sesso femminile, dovuta a cause diverse, le più importanti delle quali sono: un minor picco di massa ossea alla maturità, la brusca attivazione del riassorbimento scheletrico alla menopausa ed una maggior incidenza di cadute in età avanzata. Tutto questo, insieme ad una longevità maggiore della donna, ci fa comprendere come nei paesi industrializzati il 75% delle fratture osteoporotiche sia a carico del sesso femminile.

Il tessuto osseo è un tessuto dinamico, sottoposto ad un continuo processo di riassorbimento, (perdita di matrice e di sostanza minerale) compensato da nuova formazione di matrice ossea mineralizzata. Tale processo, denominato "**Bone Remodeling**", nella donna in post-menopausa, a causa dell'insufficienza estrogenica, è spostato verso una progressiva riduzione (più rapida nella fase menopausale) della densità minerale ossea.

Il processo di rimodellamento inizia con gli **osteoclasti** che distruggono una parte di tessuto osseo in un dato tempo. Successivamente gli **osteoblasti** producono osso nuovo.

Nella donna in pre-menopausa, alla fine del processo, verrà ricostruita la stessa quantità di osso che era stata distrutta e lo scheletro avrà riacquisito la sua massa iniziale.

La situazione cambia decisamente in **menopausa e post-menopausa**: l'osso che è stato riassorbito dall'osteoclasta non viene del tutto ricostruito dagli osteoblasti (a causa di insufficienza ormonale) e pertanto si determina una diminuzione della massa ossea, che nel tempo porta al rischio di fratture. Nelle donne nei primi anni di menopausa (3-5 anni), questa perdita avviene in maniera molto rapida.

## Osteoporosi, dati italiani

Lo studio **ESPO** è la prima indagine epidemiologica sulla diffusione dell'osteoporosi in Italia: ha raccolto i dati clinici di **16.000 soggetti**, attraverso 83 centri specialistici distribuiti su tutto il territorio nazionale, evidenziando come l'**osteoporosi** sia una patologia sotto-diagnosticata e sotto-trattata. Circa il 23% delle donne dopo i 40 anni e il 14% degli uomini sopra i 60 anni è affetto da questa malattia, mentre nelle stesse fasce di età l'**osteopenia** riguarda il 42% delle donne e il 34% degli uomini. Le donne, in conseguenza del drastico abbassamento di estrogeni dopo la menopausa, sono molto più vulnerabili degli uomini, con un rischio quasi 4 volte superiore di sviluppare questa patologia. Tuttavia l'osteoporosi resta legata a molti fattori propri dell'invecchiamento e, dato l'andamento demografico italiano, è destinata a diffondersi sempre di più. **L'Italia**, infatti, è al primo posto nella top ten dei paesi più vecchi del mondo, con oltre il 18% di ultrasessantacinquenni e quasi il 4% di over 85. Il rapido e marcato invecchiamento, che si prevede continuo nei prossimi 20 anni, non può che portare ad un aumento delle condizioni associate all'età e, quindi, dei loro costi socio-sanitari.

Costi particolarmente elevati quando si parla della conseguenza più grave: la **frattura del femore**, che necessita sempre del ricovero in ospedale. La **mortalità** in fase acuta è del 5% e sale al 15-25% nei dodici mesi seguenti; il 20% dei pazienti perde completamente la capacità di camminare, mentre solo il 30-40% riacquista la piena autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane.

## Bibliografia

- Beavan SR et al. **2005**. Ethnic differences in osteocalcin g-carboxylation, plasma phylloquinone (vitamin k1) and apolipoprotein e genotype. Eur. J. Clin. & Nutr. 59 :72-81
- Ivaska KK et al. **2005**. Urinary osteocalcin as a marker of bone metabolism. Clin Chem. Jan 13
- Niemeier A et al. **2005**. Expression of Irpl by human osteoblasts: a mechanism for the delivery of lipoproteins and vitamin K(1) to bone. J Bone Miner Res. Feb; 20(2): 283-93
- Guiti Z, Eghbali-Fatourehchi et al. **2005**. Circulating osteoblast-lineage cells in humans. N Engl J Med. 352;19
- Eghbali-Fatourehchi G. et al. **2003**. Role of rank ligand in mediating increased bone resorption in early post-menopausal women. J Clin. Invest. 111:1221-1230
- Boyle W.J., Simonet W.S. et al. **2003**. Osteoclast differentiation and activation. Nature 423: 337-342

- Hidaka T., Hasegawa T. et al. **2002**. Treatment for patients with postmenopausal osteoporosis who have been placed on hrt and show a decrease in bone mineral density: effects of concomitant administration of vitamin K2. J Bone Miner Metab. 20: 235-239.
- Masaaki T., Kenichi N. et al. **2001**. Effect of vitamin K and/or d on undercarboxylated and intact osteocalcin in osteoporotic patients with vertebral or hip fractures. Clin Endocr 54, 219-224
- Caillot-Augusseau A et al. **2000**. Space flight is associated with rapid decreases of undercarboxylated osteocalcin and increased of markers of bone resorption without changes in their circadian variation: observations in two cosmonauts. Clinical Chemistry 46: 1136-1143
- Seibel MJ et al. **1997**. Editorial: serum undercarboxylated osteocalcin and the risk of hip fracture. J Clin Endo-

crinol Metab. 82: 717-718

- Szulc P. et al. **1996**. Serum undercarboxylated osteocalcin is a marker of the risk of hip fracture: a three year follow-up study. Bone 18(5), 487-488
- Douglas AS et al **1995**. Carboxylation of osteocalcin in post-menopausal osteoporotic women following vitam k and d supplementation. Bone 17: 15-20
- Price PA **1993**. Vitamin k nutrition and post-menopausal osteoporosis. J Clin Invest 91: 1268
- Szulc P., Chapuy M.C. et al. 1993. Serum undercarboxylated osteocalcin is a marker of the risk of hip fracture in elderly women. J Clin Invest. 91 : 1769-74
- Hodges S.J., Pilkington M.J. et al. **1991**. Depressed levels of circulating menaquinones in patients with osteoporotic fractures of the spine and femoral neck. Bone. 12 : 387-9.

## Prevenzione, si può, si deve

Affrontare il concetto di prevenzione, in un paese evoluto come l'Italia, dovrebbe essere la norma ed, invece, assistiamo, purtroppo ad un processo involutivo perché le frasi "**prevenire è meglio che curare**" fanno molta scena, ma nella pratica comune non vengono attuate, vuoi per i costi, vuoi per liste di attesa troppo lunghe etc.

A tutti noi è ben noto la spesa costo letto per degenza ospedaliera e cure.

E se cominciamo ad attuare la politica della prevenzione, nelle patologie che possono essere, e sono, con grande possibilità di successo, prevenute? (malattie cardiovascolari, ca, osteoporosi etc.).

Dalla premessa iniziale appare chiaro e incontrovertibile che dovremmo cercare di prevenire, sia con la diagnostica strumentale (MOC, DXA, SXA, etc.), sia con esami di laboratorio (ricerca dei markers), che con diete adeguate, esercizi fisici.

Condizione primaria per una giusta prevenzione in osteopenia e osteoporosi è l'opportuna e imprescindibile **assunzione di vitamina K** senza la quale non si può avere la **carbossilazione** della **osteocalcina**, proteina che lega il calcio.

La **vitamina K** nota in origine come **cofattore** per la normale coagulazione del sangue, ha avuto recentemente grande attenzione per il suo ruolo nel metabolismo osseo (si veda anche la recente opinione della European Commission, ED.A. americano, farmacoepa giapponese).

Numerosi studi clinici hanno dimostrato che una dieta scarsa di vitamina K (non viene sintetizzata dal nostro organismo) è associata in menopausa ed in post-menopausa ad una ridotta densità minerale ossea ed ad un incrementato rischio di frattura.

Altri trials clinici hanno evidenziato, inoltre, che alti livelli di osteocalcina non carbossilata, in conseguenza di insufficiente assunzione di Vitamina K, sono associati con una mineralizzazione ossea non fisiologica e con incrementato rischio di frattura.

Studi su cellule di midollo osseo umano in cultura hanno messo in evidenza che la **vitamina K** stimola l'**osteoblastogenesi**, cioè la differenziazione di cellule necessarie alla formazione dell'osso, mentre inibisce l'**osteoclastogenesi**, vale a dire riduce il numero delle cellule che promuovono l'osteopenia ed il successivo evento osteoporotico nelle donne in post-menopausa.

Sebbene la percentuale di osteocalcina sotto-carbossilata o non carbossilata sia un sensibile indicatore biochimico dello stato nutrizionale della Vitamina K, è stato suggerito che la relazione con la frattura rifletta una combinazione di uno status insufficiente di Vitamina K ed uno status **carente di Vitamina D**.

In donne in post-menopausa con bassa densità minerale ossea, sono stati osservati sia un maggiore incremento ematico, nella percentuale di osteocalcina carbossilata, sia un aumento della densità minerale ossea, allorché le pazienti, ricevevano una supplementazione congiunta di Vitamina K e Vitamina D, rispetto alla sola supplementazione di Vitamina K.

Studi sperimentali hanno dimostrato che 1,25-diidrossi-vitamina D induce direttamente la sintesi dell'osteocalcina promuovendo la trascrizione del suo gene, mentre la Vitamina K è responsabile dell'attivazione post-translazionale di questa proteina, rendendola matura ed in grado di legare il calcio necessario alla mineralizzazione dell'osso.

In sintesi, **le due vitamine hanno un effetto sinergico sul metabolismo osseo**, come è dimostrato in trials clinici condotti in donne in post-menopausa con ridotta densità ossea, che ricevevano una supplementazione a base di Vitamina K e Vitamina D.

**La supplementazione con Vitamina K nelle pazienti in postmenopausa con osteopenia e/o osteoporosi non induce attivazione emostatica, anche in quelle pazienti con sospetta deficienza di Vitamina K.**

# Osteokappa compresse con Vitamine K1 e D3

# Valutazione di un nuovo dispositivo medico per le affezioni vulvo-vaginali

Prof. Antonio Chiàntera – Direttore U.O.C. Ginecologia e Ostetricia  
Ospedale Buon Consiglio FBF – Napoli

La sempre più costante e frequente richiesta di consultazioni ginecologiche per disturbi vulvovaginali e l'altissima incidenza di infezioni batteriche e micotiche, associate alla disponibilità di farmaci sempre più attivi sulle diverse specie patogene, ha finito per lasciare in ombra molti aspetti di grande interesse, sia biochimici che clinici, che stanno emergendo da un sempre più crescente interesse della ricerca internazionale verso l'ambiente vaginale ed il suo ecosistema. Accanto a forme di infezione specifica c'è poi da considerare tutte quelle caratterizzate da sintomi frequentissimi – generalmente considerate non gravi, ma al tempo stesso molto angoscienti per le donne – rappresentati da leucorrea, dolorabilità, prurito, bruciore etc. che si presentano in totale assenza di positività microbiologica.

Il distretto vulvo-vestibolo-vagina, dove si osserva il passaggio dalla cute vulvare, con la sua primaria funzione di barriera, alla mucosa vestibolo-vaginale, riccamente innervata e vascolarizzata e la cui unica difesa è rappresentata dall'acidità e dall'ecosistema microbico, è molto vulnerabile.

Come già risaputo, diversi e molteplici sono i fattori che tendono ad alterarlo, sia endogeni che esogeni, mentre il suo principale strumento di difesa è rappresentato dal Lactobacillo ed il mantenimento di un ambiente acido (pH<4.5).

Recenti studi di biologia molecolare hanno fatto luce sui molteplici meccanismi che i lattobacilli mettono in atto nel mantenimento della omeostasi vaginale:

- Mantenimento del pH acido con la produzione di acido lattico (forma isomerica D non producibile dalle cellule umane) utilizzando il glicogeno depositato nell'epitelio vaginale grazie all'attivazione ormonale operata dagli estrogeni
- Produzione di perossido di idrogeno, che escreto dai lattobacilli inibisce la crescita di altri batteri
- Produzione di antibiotici naturali, quali le batteriocine (lactocina, acidolina, lactobacillina etc..) che legandosi a recettori specifici determinano vescicolazioni protoplasmatiche e fori nella membrana di diverse specie patogene
- Inibizione, con l'enzima arginino-deaminasi, la crescita e la proliferazione dei batteri anaerobi patogeni, associati alle vaginosi
- Inibizione dell'adesione delle specie patogene alla parete vaginale con la creazione di un biofilm, che esercita effetto barriera
- Inibizione dell'espansione dei patogeni che co-aggregandosi a questi, impediscono loro l'accesso ai recettori tissutali e la loro adesione all'epitelio.

Il termine probiotico, riservato a quei microrganismi che quando assorbiti sono in grado di esercitare funzioni benefiche per l'uomo, deriva dal greco pro bios e significa a favore della vita al contrario di quello antibiotico (anti bios) a cui funzionalmente si contrappone.

In considerazione di quanto fin qui enunciato e tenendo presente che un buon prodotto per l'igiene intima deve fondamentalmente rispettare le normali condizioni fisiologiche delle vie genitali, senza interferire col sistema di autodifesa e quindi non essere troppo aggressivo, abbiamo condotto uno studio aperto sull'uso di una lavanda vaginale contenente probiotici ed antiossidanti\* al fine di valutarne l'efficacia nei confronti delle vaginiti aspecifiche.

## Materiali e metodi

Previo consenso informato sono state arruolate allo studio 25 pazienti in età fertile tra i 20 ed i 45 anni occorse al nostro ambulatorio per disturbi di tipo vulvovaginale (leucorrea, prurito, bruciore, dolorabilità, edema e/o eritema vulvovaginale, etc..) ed esame batteriologico vaginale negativo.

Le pazienti sono state trattate con il prodotto in esame alla dose di una irrigazione vaginale al dì per 10 giorni consecutivi senza altre terapie antibiotiche o antimicotiche. Per valutare l'efficacia clinica è stata presa in considerazione l'intensità della sintomatologia, l'esame obiettivo e la valutazione del pH vaginale, al tempo 0 e dopo 10 giorni di trattamento.

L'intensità dei sintomi è stata valutata utilizzando una scala arbitraria con punteggio tra 1 e 3 (1= assente, 2= lieve, 3= intenso).

Al termine dello studio è stato espresso un giudizio complessivo espresso come guarigione (completa risoluzione del quadro clinico e negativizzazione del reperto obiettivo), miglioramento (miglioramento del quadro clinico e parziale risoluzione del reperto obiettivo), fallimento terapeutico (persistenza sia della sintomatologia clinica che del reperto obiettivo).

## Risultati e conclusioni

Tutte le donne hanno portato a termine lo studio, la determinazione del pH effettuata all'inizio dello studio era superiore a 5. Al termine del trattamento nelle pazienti guarite il pH era uguale o inferiore a 4, in quelle migliorate era compreso tra 4 e 5, superiore a 5 in quelle in cui il trattamento è stato considerato inefficace.

Dalla valutazione della sintomatologia clinica e del reperto obiettivo effettuati al termine dello studio sono risultate guarite 13 pazienti (52%), migliorate 9 (36%), mentre nelle rimanenti 3 (12%) l'uso del prodotto in esame è stato considerato fallimento terapeutico, per cui aggiungendo le guarite con le migliorate si arriva a 22 pazienti pari all'88% nelle quali il trattamento è risultato efficace.

In nessuna delle pazienti trattate si sono verificati fenomeni di ipersensibilità o effetti collaterali, né tanto meno esacerbazioni della sintomatologia.

In conclusione pur con la limitazione dei casi trattati, dai dati in nostro possesso si può affermare che la lavanda vaginale utilizzata risulta essere efficace nel ridurre e migliorare quei disturbi di tipo vulvovaginale, così frequenti nelle vaginiti aspecifiche, e che essa può essere utilizzata anche come coadiuvante in quelle specifiche, vista la sua capacità di abbassare il pH vaginale.

\* ALIS® - lavanda vaginale – probiotico e antiossidante

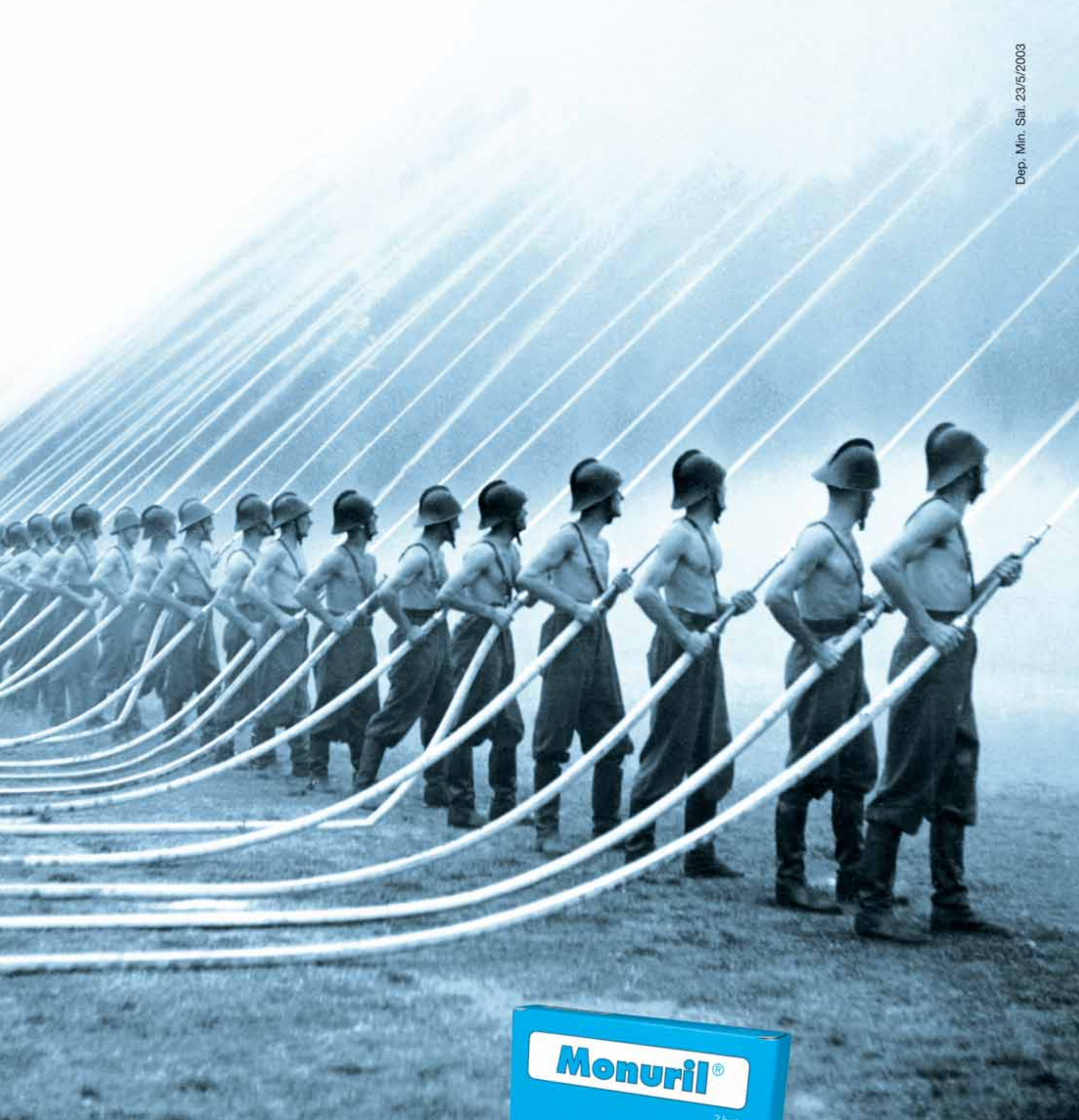


Lavanda Vaginale

Eutrofico  
Igienizzante Intimo

ALIS®  
GININTIMO

**Eutrofico - Multifunzionale  
il primo probiotico - antiossidante  
a difesa dell'ecosistema vaginale**



**Monuril<sup>®</sup>**

J01XX

Fosfomicina trometamolo



 **Zambon**

Bruciori?  
Prurito?  
Piccole perdite?  
Fastidi intimi?



Euclorina®



NOVITÀ

## La tua difesa delicata contro le infezioni.

### Euclorina Soluzione disinfettante,

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

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