



Ecco il Piano Nazionale Fertilità

PAROLA D'ORDINE: INVERTIRE IL TREND

■ AOGOI E SIGO A EXPO 2015

Aogoi e Sigo presentano l'evento "La Ginecologia italiana parla al mondo". Cinque incontri scientifici e tante iniziative nello spazio "multi task" di Aogoi e Sigo

■ PROGETTO AOGOI IVG

Al centro del progetto, un programma di sensibilizzazione degli operatori dei centri italiani che praticano l'ivg per assicurare alle pazienti una contraccezione efficace e sicura

■ CTU& PERITI

"Sanzione, ma anche Informazione e Formazione". Intervista al presidente Omceo di Napoli sul problema dei Periti e Ctu "non all'altezza del loro compito"

FLORA BATTERICA

PROBIOTICO

cresce



FLORA BATTERICA

PSYLLOGEL[®] Megafermenti

cresce

+

nutre



Il simbiotico con psyllium e fermenti, per il benessere del tratto urogenitale



PSYLLOGEL[®] Megafermenti 6 con fibra di psyllium e 6 miliardi di fermenti lattici vivi, sostiene la microflora e ripristina la salute intestinale, per contrastare le infezioni del tratto genito-urinario e per prevenire le recidive.



NATHURA[®]

LA NOSTRA RICERCA,
IL TUO STAR BENE.

NATHURA.COM

4



Tavolo consultivo Fertilità

“Il documento affronta a tutto tondo gli aspetti legati alla fertilità, ma il punto di vista non è solo quello strettamente medico-scientifico. ‘Sotto la lente’ ci sono anche gli atteggiamenti sociali e psicologici verso la procreazione”

10-14



Aogoi e Sigo a Expo 2015

“Il programma delle iniziative Aogoi - Sigo ad Expo 2015 è molto ricco. Ogni appuntamento scientifico in agenda sarà seguito da una settimana dedicata a incontri e dibattiti relativi alle varie tematiche”

PRIMO PIANO

4 Il Piano nazionale “fertilità” di Lorenzin

- Il documento del Tavolo consultivo fertilità
- La lettera di ringraziamento della Presidente del Tavolo, Eleonora Porcu, alla “task force” ministeriale

25 AOGOI LIGURIA-PIEMONTE-VAL D'AOSTA Il confronto “interregionale”: una ricetta di successo

25 AOGOI-AIO Medici e ostetriche insieme, con un obiettivo comune: la salute e il benessere femminile

Marina Tabò, Angela Maccagnola, Loredana Tessarina

IN EVIDENZA

10-14

AOGOI E SIGO A EXPO 2015: “La Ginecologia italiana parla al mondo”

Il programma dei cinque incontri scientifici e le iniziative che - per tutto il mese di ottobre - si svolgeranno presso lo spazio “multi task” Aogoi-Sigo.

L'appuntamento è alla Cascina Triulza - Padiglione Società Civile!



PROFESSIONE

18 Commissione sulla medicina difensiva e responsabilità professionale del sanitario. Raccolto l'appello dei ginecologi: Trojano nella nuova Commissione

19 Il Progetto Aogoi per la prevenzione delle IVG ripetute

Silvia von Wunster

20 Periti e consulenti tecnici “non all'altezza del loro compito”

“Sanzione, Informazione e Formazione: solo così la nostra coscienza ordinistica è a posto”

A colloquio con Silvestro Scotti, Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli

22 Tar Lazio: “clinica e assistenza non possono essere separate”

22 Sant'Anna di Torino: primo Centro nascite gestito esclusivamente da ostetriche

27 CAPRI 2015 Un modello vincente, consolidato dall'esperienza maturata nel corso delle quattro precedenti edizioni

27 AOGOI-AIO PUGLIA Medicina materno-fetale: quale futuro?

RUBRICHE

30 Libri

a cura di Carlo Sbiroli



DALL'AOGOI I MIGLIORI AUGURI ALLA NEO MAMMA BEATRICE LORENZIN

Il 7 giugno scorso sono nati i gemelli del ministro della Salute: Lavinia e Francesco. Da tutta l'Aogoi un benvenuto ai piccoli e i migliori auguri alla neo mamma e al papà!



Ecco il Piano na “fertilità” di Lo

“Difendi la tua fertilità, prepara una culla nel tuo futuro”. Questo lo slogan del Piano nazionale per la fertilità presentato il 27 maggio scorso dal Ministero della Salute per arrestare il processo di denatalità che investe l'Italia ormai da decenni e “collocare la Fertilità al centro delle politiche sanitarie ed educative del nostro Paese”. Informare i cittadini, fornire assistenza sanitaria qualificata, sviluppare nelle persone la conoscenza, operare un capovolgimento della mentalità corrente rispetto alla procreazione assistita e celebrare questa rivoluzione culturale istituendo il “Fertility Day”. **Questi in sintesi gli obiettivi del Piano, frutto anche del contributo del Tavolo consultivo sulla Fertilità**, che vedrà coinvolti cittadini, medici, farmacisti, operatori sanitari, scuole, università, aziende sanitarie.

La denatalità mette a rischio il welfare. Il tema nascite sotto zero è in effetti molto delicato e investe a tutto tondo la società

Negli ultimi 5 anni 64mila nascite in meno. Il 20% delle coppie ha difficoltà a procreare per vie naturali e l'età media in cui si fanno i figli è cresciuta notevolmente.

Per invertire la rotta il Ministero lancia il Piano, frutto anche del contributo del Tavolo consultivo sulla Fertilità: più informazione, assistenza qualificata, capovolgere la mentalità sulla procreazione assistita e istituzione del “Fertility Day” per tenere viva l'attenzione

italiana, soprattutto se si proietta lo sguardo al futuro. E sono i numeri li a dircelo. “In Italia – sottolinea il documento – la bassa soglia di sostituzione nella popolazione non consente di fornire un ricambio generazionale. Il valore di 1,39 figli per donna, nel 2013, colloca il nostro Paese tra gli Stati europei con i più bassi livelli”. Su 10 coppie il 20% circa (1 su 5) ha difficoltà a procreare per vie naturali rispetto a 20 anni fa dove la percentuale era circa la metà. Negli ultimi 50

anni il numero di spermatozoi nel maschio si è ridotto della metà e negli ultimi 30 anni l'età media al concepimento in ambo i sessi è aumentata di quasi 10 anni, sia per l'uomo che per la donna. Se non si invertirà la rotta “la combinazione tra la persistente denatalità ed il progressivo aumento della longevità conducono a stimare che, nel 2050, la popolazione inattiva sarà in misura pari all'84% di quella attiva. Un fenomeno che inciderà sulla di-

sponibilità di risorse in grado di sostenere l'attuale sistema di welfare, per effetto della crescita della popolazione anziana inattiva e della diminuzione della popolazione in età attiva”. A determinare questa situazione, e i rischi connessi, in Italia ma anche nel resto d'Europa, sono fattori sanitari ed economici, ma anche e soprattutto culturali e sociali.

Ecco come il Piano nazionale per la Fertilità intende contrastarli:

I cinque obiettivi del piano in sintesi

- Informare i cittadini sul ruolo della Fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio
- Fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la Fertilità, promuovere interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo e intervenire, ove possibile, per ri-



zionale renzini

pristinare la fertilità naturale

- Sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente ed autonomamente.
- Operare un capovolgimento della mentalità corrente volto a rileggere la Fertilità come bisogno essenziale non solo della coppia ma dell'intera società, promuovendo un rinnovamento culturale in tema di procreazione.
- Celebrare questa rivoluzione culturale istituendo il "Fertility Day", Giornata Nazionale di informazione e formazione sulla Fertilità, dove la parola d'ordine sarà scoprire il "Prestigio della Maternità"

Obiettivi formativi-informativi

Gli obiettivi informativi e formativi hanno per destinatari i cittadini in gene-

rale, le famiglie, gli insegnanti e gli operatori sanitari. Si propone un progetto di educazione e di didattica riproduttiva che preveda corsi di formazione sulla fisiologia e la patologia riprodut-

tiva, strumenti informatici e mediatici indirizzati alla popolazione e alla medicina di base, conferenze, trasmissioni radio e televisive che producano cultura e consapevolezza popolare in tema di salute riproduttiva. Corsi di formazione e aggiornamento professionale saranno rivolti anche ai vari specialisti del settore (ginecologi, oncologi, endocrinologi, ostetriche, ecc).

IL PROGETTO FORMATIVO

1) Incontri formativi per i cittadini

I cittadini, indipendentemente dal livello culturale e dall'impiego lavorativo, hanno idee vaghe e sovente errate sugli elementi persino basilari della funzione riproduttiva. È necessario, quindi, un progetto nel quale le redini della informazione e della formazione siano tenute da esperti che veicolino concetti riproduttivi di base semplici, comprensibili, memorizzabili ed interiorizzabili per le scelte personali di pianificazione familiare. Il progetto può prevedere l'organizzazione di 3 corsi l'anno indirizzati ai cittadini con particolare attenzione alle famiglie con figli piccoli o adolescenti, agli insegnanti, alle coppie alla ricerca di un figlio.

I corsi dovrebbero comprendere nozioni in linguaggio semplice e divulgativo su:

- a) anatomia, fisiologia e patologia del Sistema Riproduttivo;
- b) epidemiologia del rischio riproduttivo e descrizione delle curve di fertilità naturale in relazione all'età;
- c) prevenzione della sterilità fin dall'infanzia;
- d) prevenzione della sterilità in relazione al rischio professionale e alle cattive abitudini
- e) terapie della sterilità con descrizione semplice ma esauriente delle tecniche di Procreazione Medicalmente As-

sistita (PMA), dalle più semplici come l'induzione dell'ovulazione e l'inseminazione intrauterina, alle più complesse come la fecondazione extracorporea con prelievo degli ovociti dalle ovaie ed eventuale prelievo degli spermatozoi dai testicoli; descrizione dei risultati concretamente ottenibili e dei rischi possibili; strumenti di valutazione ad opera del paziente

dell'attendibilità ed affidabilità di un Centro di Sterilità e PMA.

2) Corsi per i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono le colonne portanti della medicina più vicina ai bisogni sanitari quotidiani dei cittadini. E' quindi opportuno promuovere per

Lorenzin: "È un Piano di salute pubblica. Il 7 maggio si celebrerà il 'Fertility day'"

"Il Piano per la fertilità è un pilastro di un intervento più grande di salute pubblica che coinvolgerà altri ministeri e non durerà solo per questa legislatura. Il 7 maggio si celebrerà il 'Fertility day', una giornata per informare i cittadini sui temi della riproduzione e della fertilità. A maggio perché in questo mese ci sono già molte campagne dedicate alla salute della donna". È quanto ha affermato il ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** nel suo intervento in streaming alla presentazione a Roma del Piano nazionale per la fertilità. "L'obiettivo è informare i cittadini sulla durata della fertilità e su come proteggere questa da comportamenti, abitudini e stili di vita a rischio. Inoltre – ha sottolineato – con il Piano potremmo un'assistenza sanitaria qualificata promuovendo una rete tra medici di medicina generale, i pediatri e i consultori". "Per elaborare il piano – ha detto Lorenzin – siamo partiti dall'analisi demografica e dai dati sull'invecchiamento della popolazione italiana. Serve un'inversione del trend demografico nel Paese altrimenti avremmo difficoltà a mantenere il welfare.

Abbiamo inoltre analizzato i dati dell'infertilità, e abbiamo visto che sono sottostimati e sottovalutati e non c'è consapevolezza piena tra la popolazione. Spesso – conclude – la coppia arriva da un medico per capire i motivi dell'infertilità troppo tardi. Dobbiamo invertire tutti questi trend".



Per invertire la rotta, recuperare il "valore sociale della maternità" ed educare i giovani ad aver cura della propria salute riproduttiva e sessuale

Vito Trojano
Presidente Nazionale AOGOI

Far parte del gruppo di esperti del tavolo consultivo del ministero della Salute per la realizzazione del Piano nazionale fertilità è stata un'esperienza molto interessante. La prima tappa di una bella "avventura che ci ha coinvolto negli ultimi otto mesi", come ha scritto nella sua lettera di ringraziamento ai componenti della "task force ministe-

riale" la collega Eleonora Porcu, Presidente del Tavolo, che a mia volta ringrazio per le belle parole di stima che mi ha riservato. Il documento di osservazioni e proposte che abbiamo elaborato per promuovere la natalità e la tutela della fertilità affronta a tutto tondo gli aspetti legati alla fertilità, ma il punto di vista non è solo quello strettamente medico-scientifico: "sotto la lente" ci sono anche gli atteggiamenti sociali e psicologici verso la procreazione

in relazione a molteplici fattori. Nello specifico, con il mio gruppo di lavoro, mi sono occupato di due temi di importanza crescente: il contrasto alla sterilità/infertilità secondaria ai trattamenti antiproliferativi nelle pazienti oncologiche, a partire dal dato che le tecniche di crioconservazione di ovociti, embrioni e tessuto ovarico hanno raggiunto livelli di efficienza impensabili fino a qualche anno fa, e le infezioni a trasmissione

► Segue a pagina 6



gli operatori sanitari, in primis per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta, anche in collaborazione con gli Ordini professionali, le Federazioni e le Società scientifiche, eventi formativi nell'ambito del sistema nazionale di educazione continua in medicina (ECM), finalizzati all'acquisizione di conoscenze e competenze tecnico-professionali nonché di modalità comunicative efficaci sia sulla prevenzione dell'infertilità nel-

► Segue da pagina 5

sessuale – tra i principali fattori di infertilità, sia femminile che maschile, in quanto, una volta acquisite, possono dare origine ad alterazioni spesso irreversibili nel funzionamento degli organi della riproduzione. E che sono purtroppo in preoccupante aumento nella maggior parte degli Stati membri dell'Unione. Ogni gruppo di lavoro ha toccato aspetti importantissimi che inci-

dono sulla fertilità, spesso ignorati o sottovalutati. Tutti noi però siamo stati richiamati a incardinare il nostro contributo su quello che l'obiettivo principale del piano: l'informazione e la formazione dei medici e dei cittadini sulla fertilità e su come proteggerla da cattive abitudini e comportamenti a rischio, adottando, sin da giovanissimi, uno stile di vita salutare. Le premesse da cui siamo partiti,

e che, a mio avviso, danno un valore aggiunto al documento degli esperti sono due. La prima è che ancora manca nel nostro paese – sia nell'opinione pubblica che in una certa quota di medici – “una cultura che promuova un momento riproduttivo consapevole e nelle migliori condizioni biologiche possibili”. La seconda, forse più importante per invertire la rotta e i dati al-

larmanti rilanciati anche dall'ultimo rapporto Istat, è che bisogna recuperare un valore forse mai pienamente riconosciuto: “il valore sociale della maternità, sia come esperienza formativa individuale sia come bene di tutti. La società deve comprendere che è un bene che nascano bambini, è un bene che il Paese possa riprodursi e sostituirsi, senza declinare irrimediabilmente.”

l'età pediatrica e nell'età adulta sia sulla tutela della fertilità, anche rispetto all'adozione di corretti stili di vita e all'impatto che sulla fertilità possono avere trattamenti farmacologici per affe-

zioni temporanee o patologie concomitanti.

Per quanto attiene più specificamente ai Medici di medicina generale, la tutela della fertilità andrà ricompresa anche negli

obiettivi didattici e nei programmi delle attività teoriche e pratiche del Corso di formazione specifica in Medicina generale. Inoltre, per i medici di famiglia, nell'ambito della nuova organiz-

zazione della Medicina Generale, così come prevista dalla legge n. 189 del 2012 e dall'Accordo Collettivo Nazionale competente, si ipotizza l'individuazione di medici di medicina generale

“La denatalità influenza direttamente molti settori: economico, sociale, sanitario, previdenziale, tanto per citarne alcuni. Occorre, pertanto, promuovere una consapevolezza nelle persone e un cambiamento culturale che porti negli anni ad invertire la tendenza al declino delle nascite”. Ma “manca ancora, purtroppo, una vera cultura della fertilità sia nell'opinione pubblica che in una certa quota di medici, nonché nei processi comunicativi di massa, una cultura che promuova un momento riproduttivo consapevole e nelle migliori condizioni biologiche possibili”. **Questo il quadro della realtà italiana dipinto dal “Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità” del ministero della Salute, che per la realizzazione del Piano nazionale per la fertilità ha elaborato un documento di osservazioni e proposte per promuovere la natalità e la tutela della fertilità nel nostro Paese.** Il contributo del Tavolo consultivo prende le mosse da un inquadramento giuridico in materia di maternità e famiglia, sulla base dei principi costituzionali ed europei; affronta poi un'analisi epidemiologica e statistica dell'andamento ormai acclarato della riduzione delle nascite nel nostro Paese, effettuata

Il documento del Tavolo consultivo Fertilità

Gli esperti: “Ecco le nostre proposte per promuovere la natalità e difendere la fertilità”

avvalendosi degli studi scientifici pubblicati in materia e prosegue esaminando l'atteggiamento sociale e psicologico verso la procreazione in relazione a fattori quali l'età della coppia, la professione, i ruoli di responsabilità, in particolare femminili, e gli effetti che la crisi economica globale, il ritardo nell'uscita dalla famiglia di origine, l'accresciuto livello di istruzione, la lunghezza del corso di studi hanno prodotto sulla decisione di rinviare la prima gravidanza. “Si assiste, infatti – spiegano gli esperti del Tavolo nel documento –, ad una pericolosa tendenza a rinviare questo momento, in attesa proprio di una realizzazione/affermazione personale che si pensa possa essere ostacolata dal lavoro di cura dei figli. La maternità, invece, sviluppa l'intelligenza creativa e rappresenta una straordinaria opportunità di crescita. L'organizzazione ingegnosa che serve a far quadrare il ritmo delle giornate

di una mamma, la flessibilità necessaria a gestire gli imprevisti, la responsabilità e le scelte implicite nel lavoro di cura, le energie che quotidianamente mette in campo una madre sono competenze e potenziali ancora da esplorare e capire come incentivare e utilizzare al rientro al lavoro”.

Per gli esperti del Tavolo “è necessario, allora, recuperare il valore sociale della maternità, sia come esperienza formativa individuale sia come bene di tutti. La società deve comprendere che è un bene che nascano bambini, è un bene che il Paese possa riprodursi e sostituirsi, senza declinare irrimediabilmente. In questo senso impegnarsi per un welfare e anche per progetti di sostegno economico alla natalità (vedi bonus bebè, detrazioni fiscali, forme di lavoro flessibile, maggiore uso del congedo parentale per gli uomini, presenza capillare di nidi aziendali, ecc) non deve essere visto come una sorta di “compensazione” per il “disagio”, ma come un atto di responsabilità e giustizia sociale”.

Questo significa anche “offrire, a partire dai più giovani, informazioni corrette sulla fisiologia maschile e femminile, sull'andamento della curva della fertilità ed i suoi tempi, sui comportamenti che possono compromettere la fertilità ma anche sulle principali patologie che se opportunamente trattate in tempi e modi corretti possono

consentire comunque di avere un figlio”. Ecco, dunque, che un'apposita sezione del documento è dedicata alla descrizione della fisiologia della fertilità, dall'infanzia all'età adulta, e alle condizioni che possono comprometterla, dalle malattie generali extrariproduttive, agli stili di vita, alle condizioni ambientali, professionali, iatrogene, fino alle malattie riproduttive femminili e maschili.

Un'altra tematica affrontata nel documento concerne la prevenzione dell'infertilità con le strategie di identificazione precoce e cura di patologie quali per la donna la malattia infiammatoria pelvica, l'endometriosi, la sindrome dell'ovaio policistico e per il maschio le cause di oligoastenoteratozoospermia: dal criptorchidismo alle infiammazioni delle vie seminali, dal varicocele alle alterazioni ormonali. “Al riguardo – osserva il Tavolo – è indispensabile sensibilizzare e formare gli operatori sanitari affinché si facciamo parte attiva nel lavoro di promozione e tutela della fertilità favorendo la diagnosi precoce di eventuali patologie che possono comprometterla”.

Al tema dell'infertilità è dedicata un'apposita sezione che affronta sia le terapie etiologiche che le tecniche sostitutive di procreazione medicalmente assistita (PMA), con una specifica descrizione circa i risultati conseguiti, i farmaci, le complicanze, il follow up dei bambini, “per far comprendere

alle coppie che le tecniche di PMA rappresentano un'opzione per il trattamento della sterilità, ma non sono in grado di dare un bambino a tutti”.

Un approfondimento a parte è dedicato alla tutela e conservazione della fertilità nelle pazienti affette da neoplasie. “Garantire la migliore qualità della vita costituisce oggi un obiettivo imprescindibile da perseguire nel trattamento dei pazienti oncologici, in associazione alla sopravvivenza. Ciò riveste particolare importanza per la preservazione della funzione riproduttiva che ha un ruolo fondamentale per l'integrità dell'essere uomo o donna, e che spesso si identifica con l'identità stessa della persona”, afferma il Tavolo.

Il documento sottolinea quindi l'importanza di prevedere modalità di comunicazione e informazione differenziate in relazione ai diversi target. Sarà necessario utilizzare i media, il web ma anche il territorio, le farmacie, le scuole, i professionisti sanitari: medici, pediatri, ginecologi che saranno attori per la realizzazione di questo piano. In chiusura si propongono, accanto a brevi sintesi dei paragrafi, messaggi chiave da proporre a tutti per la diffusione delle informazioni e riflessioni proposte, in quanto per ritornare ad una crescita della popolazione, che garantisca il futuro riproduttivo del nostro Paese, è indispensabile il coinvolgimento di tutti.

“Abbiamo deciso di entrare nel dettaglio di tutti gli aspetti della fertilità – ha evidenziato Eleonora Porcu, Presidente del Tavolo consultivo. Ci sono malattie che incidono sulla fertilità che sono sottovalutate. Bisogna evitare i comportamenti inappropriati e le cattive abitudini eccesso, alcool, fumo per esempio. Tutti aspetti, come quello delle malattie trasmissibili, che la popolazione generale non conosce”

“Si è conclusa la prima tappa di un'avventura che ci ha coinvolto negli ultimi 8 mesi”

Carissimi Amici,

sensibilizzati e formati nella Medicina della fertilità, responsabili e referenti del tema, uno per ciascuna Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), con compiti formativi nei confronti dei colleghi operanti nella medesima AFT e divulgativi, oltre che assistenziali, nei confronti della popolazione assistita.

Per i pediatri di libera scelta, potrà essere effettuato un ulteriore progetto di formazione e aggiornamento professionale, su scala nazionale, in tema di individuazione precoce delle più comuni patologie dell'apparato riproduttivo ad insorgenza nell'infanzia e nell'adolescenza, per intercettarle e trattarle tempestivamente.

3) Corsi per Oncologi, Ematologi e Onco-ematologi pediatrici

Tra gli eventi che maggiormente possono mettere a repentaglio la salute riproduttiva ci sono le malattie neoplastiche. Alcune neoplasie di per sé, e comunque in generale le terapie antineoplastiche, possono danneggiare irreparabilmente la capacità riproduttiva. Di fatto la corretta informazione su questi possibili effetti della malattia neoplastica non viene regolarmente fornita ai pazienti. I medici preposti alla diagnosi e terapia dei tumori (oncologi medici, chirurghi, radioterapisti, immunologi ecc.) non sono sempre pronti e nelle condizioni di dare questa informazione e, a volte, non sono sufficientemente al corrente dell'interazione tra neoplasia e riproduzione e delle possibilità di proteggere la fertilità dall'evento neoplastico.

L'obiettivo di Corsi di Medicina della Riproduzione per Oncologi si prefigge la collaborazione consapevole ed informata coi medici specialisti che fronteggiano in prima linea il rischio riproduttivo dei pazienti oncologici. I corsi dovrebbero prevedere l'illustrazione dei rischi riproduttivi legati alla malattia neoplastica e di quelli determinati dalle terapie antineoplastiche. Dovrebbero, inoltre, essere date informazioni sulle attuali moderne possibilità di tutelare la fertilità nei pazienti oncologici come la crioconservazione di ovociti e spermatozoi e di tessuto ovarico e testicolare.

PROGETTO INFORMATIVO 1) Media e campagna di comunicazione

Sul tema della fertilità i media (giornali, televisioni, radio, internet, social network) e gli opinion leader rivestono un ruolo fondamentale nell'informazione e nella sensibilizzazione della popolazione e nell'orientamento dei comportamenti.

È necessario utilizzare questi

ieri abbiamo raggiunto la prima tappa dell'avventura che ci ha coinvolto negli ultimi otto mesi. Abbiamo lavorato tutti gratuitamente, con spirito di servizio ai cittadini e ad un Ministero che per primo si è dimostrato sensibile al tema della Fertilità. Io sono riconoscente a tutti voi per la passione e la dedizione che avete profuso. Sono grata ad **Andrea Borini** per la puntualità e l'assiduità della sua presenza, per la competenza, la precisione e la penetranza del suo contributo che ha coperto con le sue conoscenze di risonanza internazionale anche temi del Tavolo rimasti inaspettatamente scoperti all'ultimo momento.

Ha la mia gratitudine **Laura Mazzanti**, esperta di fama mondiale di malattie rare che, da sempre, sostiene con ricerca avanzata ed assistenza qualificata il ponte endocrinologico tra infanzia ed età adulta nei ragazzi e nelle ragazze.

Sono grata a **Mauro Costa** col quale condivido da sempre la passione per la medicina pubblica nella quale egli svolge efficacemente il duplice ruolo di ginecologo ed andrologo.

Sono riconoscente ad **Alberto Revelli** che per primo ha accolto quindici anni orsono il mio appello ad occuparci della fertilità nelle pazienti oncologiche costruendo in questo settore un presidio altamente qualificato.

Ringrazio **Antonio La Marca** che fin dall'inizio ha mostrato un entusiasmo contagioso per il lavoro del Tavolo nel quale ha riversato le sue conoscenze di brillante ricercatore.

Mi è cara **Alessandra Kustermann** che ci ha stimolato alla discussione col suo temperamento infuocato e la sua esperienza sul campo di inestimabile valore.

Mi ha entusiasmato **Nicolino Rossi** con la sua capacità di mostrarci i percorsi sotterranei esistenziali delle dinamiche procreative.

Sono riconoscente a **Gianluca Monaco** per la pazienza, la pacatezza e la competenza con le quali ha infuso al

La lettera di ringraziamento che Eleonora Porcu, Presidente del Tavolo consultivo, ha inviato a tutti i componenti della task force del ministero della Salute

Tavolo le sue conoscenze con serenità.

Ringrazio **Annarosa Racca** che con la sua presenza discreta ci ha messo a disposizione l'universo straordinario della Farmaceutica con le sue declinazioni a favore dei cittadini.

È stato preziosissimo il contributo rigoroso e circostanziato alle terapie della sterilità di **Paolo Vercellini**, massimo esperto mondiale di endometriosi.

Mi ha gratificato la presenza di **Antonio Lanzone**, professore universitario di lungo corso capace di coniugare mirabilmente lo spessore scientifico della cura della sterilità con l'attenzione alle possibili riserve morali.

Sono felice che **Marilisa D'Amico** sia dei nostri perché il suo sapere giuridico ha dato un ordinamento rigoroso ma aperto al futuro su ciò che si può, si deve o non si deve fare nella fertilità.

Ringrazio **Filippo Ualdi** che ha tutte le carte in regola per fare il professore universitario ma non ha nessun bisogno dell'università per avvalorare il suo sapere ed arricchire il Tavolo considerevolmente. Mi ha dato grande piacere avere **Carlo Alviggi** con la sua raffinata conoscenza dell'endocrinologia riproduttiva ed il suo fervore di ricercatore.

All'indiscusso valore scientifico di **Salvatore Dessole** si aggiunge per me il valore di origine che ci accomuna e mi ha gratificato in questi mesi di lavoro al Tavolo. Ringrazio **Vito Trojano**, baluardo della ginecologia ospedaliera, presidio della medicina di qualità che ha riversato nel nostro lavoro collettivo.

Siamo stati fortunati ad avere **Sergio Belardinelli** perché senza sociologia non si capiscono le dinamiche della fertilità e Sergio ci ha aiutato molto in questa

comprensione.

Sono grata ad **Enrico Vizza** per il suo lavoro competente e ben strutturato sull'oncofertilità che mi preme particolarmente. Ringrazio **Andrea Lenzi**, poliedrico ed insostituibile.

Sono onorata dalla presenza di **Giacomo Faldella** e **Giovanni Corsello**, colonne portanti della pediatria che è alla base della fertilità.

Ringrazio **Lucia Lo Presti** con il suo entusiasmo ed attenzione a tutti gli aspetti del Tavolo.

Maria Emilia Bonaccorso è stata e sarà l'anima della comunicazione e ci ha insegnato come si parla alla gente di fertilità.

Assuntina Morresi, professore di chimica fisica, ha movimentato la chimica dei gruppi di lavoro con la sua versatilità e la sua capacità di analizzare i problemi e darne una lettura antropologica.

Ringrazio **Lucia Lispi**, **Rosanna Mariniello**, **Chiara Marinacci** ed **Anna Maria Palma** che nel Ministero hanno profuso energie instancabili di elevato valore professionale per il successo del tavolo.

Sono riconoscente a **Sara Terenzi** ed **Ilaria Misticoni** per il loro ruolo di segreteria di altissimo livello.

Ringrazio **Consuelo Gasparini**, regista magistrale del nostro debutto in pubblico.

Sono grata a **Serena Battilomo**, nostro angelo custode in tutto il percorso svolto fino ad ora, garante della correttezza formale e sostanziale dei contenuti del documento, Dottoressa tuttofare che non ha disdegnato nessun compito e che si è guadagnata sul campo una specializzazione ad honorem in ginecologia.

Ringrazio i Direttori Generali **Ranieri Guerra** e **Renato Botti** ed il Capo di Gabinetto **Giuseppe Chinè**.

Grazie al Ministro **Beatrice Lorenzin** per averci dato questa opportunità ed aver creduto in noi.

Grazie davvero a tutti di cuore, questo non è che l'inizio.

Eleonora

strumenti per veicolare informazioni chiare e corrette, sgombrando il campo da equivoci che inducono in errore le persone celebrando, ad esempio, le nuove tecniche di procreazione come infallibili e percorribili senza limitazione di tempo. Non si può lasciare credere a donne (e uomini) che con l'aiuto di queste tecniche si possa procreare per tutta la vita, né si può considerare il fattore economico l'unico elemento determinante nel rinvio di una gravidanza. Ma il messaggio da divulgare non deve generare ansia per l'orologio biologico che corre.

Ovviamente si debbono trovare i mezzi, i registri comunicativi e il linguaggio più adatto ai target da raggiungere, che passi attraverso i media da loro più utilizzati e non venga percepito come moralistico. Per i giovani è particolarmente importante anche

l'interattività del mezzo e la pronta risposta, in linea con una modalità 2.0. Via libera quindi a Web tv e Social Network.

Per il pubblico meno giovane, appare potenzialmente efficace proporre rubriche interattive dedicate su Televisione e Radio, rubriche fisse su Quotidiani e Settimanali e la diffusione di opuscoli ad hoc.

Utili per tutte le fasce di età spot Tv e Radio considerato il largo utilizzo di questi mezzi (secondo il Censis l'utenza complessiva della televisione è del 96,7% mentre l'utenza complessiva della radio è pari al 83,9% degli italiani).

2) “FERTILITY DAY”: La Giornata Nazionale di informazione e formazione sulla Fertilità

L'istituzione di una Giornata nazionale dedicata al tema della

fertilità “Fertility day” rappresenta un'occasione per richiamare l'attenzione di tutta l'opinione pubblica sul tema. Può diventare una proposta d'incontro sul tema della fertilità con i giovani, gli insegnanti, le famiglie, i medici, coinvolgendo proprio questi ultimi in una serie di iniziative a partire dagli stessi studi medici. Si tratta di mettere a fuoco con grande enfasi il pericolo della denatalità, la bellezza della maternità e paternità, il rischio delle malattie che impediscono di diventare genitori, l'aiuto della Medicina per le donne e per gli uomini che non riescono ad avere bambini, prima che sia troppo tardi.

Si propone l'evento su scala nazionale per il prossimo 7 maggio 2016, con successiva cadenza annuale, in tutte le città che aderiranno, con il coinvolgimento dei Sindaci dei Comuni, degli Ordi-

ni dei Medici, delle Società Scientifiche, delle Farmacie, delle Scuole e delle Famiglie. Gli eventi formativi si terranno nei teatri locali e in stands appositamente allestiti nelle piazze.

3) Operatori Sanitari

Come detto, gli operatori sanitari operanti sul territorio, in particolare i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta e gli specialisti della salute riproduttiva, svolgono un ruolo fondamentale nel veicolare messaggi per la promozione e la tutela della fertilità e per la diagnosi precoce di patologie che possono comprometterla. Sono infatti queste le prime figure professionali che l'uomo/la donna consultano quando insorgono sintomi dolorosi o in caso d'infertilità.

Gli operatori sanitari del territorio potranno svolgere anche un importante ruolo informativo dif-

fondendo informazioni e materiali qualificati, realizzati anche in occasioni di campagne ministeriali per la tutela della fertilità. E' importante che tutti i professionisti sanitari in contatto con la coppia condividano linee guida per il trattamento delle patologie e percorsi diagnostico-terapeutici, anche per saper indirizzare i/le pazienti, in caso di patologie specifiche, a centri di riconosciuta esperienza con l'obiettivo di offrire una consulenza completa, dettagliata e bilanciata e una preparazione tecnica adeguata per ottimizzare i benefici di terapie o interventi.

4) Farmacie

Anche le farmacie, presenti in modo capillare su tutto il territorio nazionale, dalla grande città al piccolo centro rurale, possono svolgere un ruolo determinante per la realizzazione del Piano Nazionale per la Fertilità, ruolo rafforzato dalle indicazioni del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 e i successivi decreti attuativi che di fatto configurano la farmacia come Centro socio sanitario polivalente, vera e propria "struttura di servizio", integrata con la rete del Ssn.

Anche nel campo della conoscenza sui temi della fertilità e sulla prevenzione dell'infertilità le farmacie possono dare un contributo importante, sia diffondendo materiale informativo autorevole e avallato dal Ministero della salute sia fornendo ai cittadini informazioni dirette sui corretti stili di vita e sull'utilizzo consapevole dei medicinali sia, infine, indirizzando i pazienti verso gli specialisti in grado di individuare e affrontare nel modo migliore il problema specifico.

Per agevolare le farmacie nello svolgere queste attività, sarebbe necessario attivare e coordinare un programma di formazione e informazione rivolto ai farmacisti, in comune con gli altri operatori sanitari, volto a garantire l'univocità dei messaggi da diffondere su tutto il territorio nazionale.

5) Scuola e Università

La scuola rappresenta un contesto privilegiato di incontro con le nuove generazioni in cui favorire l'acquisizione nei bambini e negli adolescenti di conoscenze sui fattori di rischio per la salute ma anche per promuovere una maggiore consapevolezza sull'importanza della tutela della fertilità.

È necessaria una stretta collaborazione tra il Ministero della Salute e quello dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Al riguardo, lo scorso 2 aprile, i due Ministeri hanno sottoscritto un protocollo d'intesa per favorire l'offerta attiva di iniziative di promozione ed educazione alla sa-



Il Piano Nazionale per la Fertilità propone, in collaborazione con le Regioni e le Asl, una valorizzazione dei Consultori come primo anello e filtro nella catena assistenziale delle patologie riproduttive. Il Consultorio dovrà essere la prima tappa del percorso sanitario dedicato al paziente infertile, in stretto dialogo col successivo livello terapeutico ospedaliero

lute rivolte a bambini e adolescenti, e concernenti sia la promozione di corretti stili di vita (attività fisica, alimentazione, etc) che la promozione di una corretta relazione di genere, attraverso interventi sulle tematiche dell'affettività.

Tali attività dovranno essere realizzate anche attraverso il coinvolgimento dei servizi (in particolare i consultori familiari) e dei professionisti sanitari del territorio e delle famiglie. Verranno messi a disposizione degli insegnanti i corsi di formazione sulla fisiologia riproduttiva illustrati in precedenza.

Altro ambito in cui diffondere ed educare le nuove generazioni alla tutela della propria fertilità è il contesto universitario. Si potrebbero realizzare convegni, momenti di incontro e dibattito per informare correttamente i giovani studenti universitari e sensibilizzarli a rivolgersi con fiducia ai servizi sanitari, anche per gli aspetti connessi alla propria salute riproduttiva.

6) Famiglia

Il ruolo della famiglia è fondamentale ed insostituibile nell'educazione sessuale in tutte le diverse fasi della vita dei giovani, fasi diverse a cui corrisponderà

un coinvolgimento e peso differente dei genitori stessi i quali, consapevoli delle domande, dei bisogni e del grado di maturità dei propri figli, devono poter contare sul supporto delle istituzioni - scuola, strutture sanitarie, consultori - per rispondere alle esigenze dei ragazzi. È importante che in famiglia si individuino professionisti di fiducia a cui indirizzare i giovani, perché possano avere un approccio positivo, consapevole e responsabile riguardo la gestione della propria salute anche riproduttiva.

OBIETTIVI SANITARIO-ASSISTENZIALI

Prevenire, diagnosticare precocemente e curare le malattie del Sistema Riproduttivo è compito di Medici e Strutture altamente specializzate. I livelli d'intervento si suddividono in territoriali di base (Consultori) e in ospe-

dalieri avanzati (Reparti di Medicina e Chirurgia della Fertilità). La sequenza corretta d'intervento dovrebbe essere quella di un inquadramento diagnostico a livello delle strutture territoriali e successiva eventuale gestione terapeutica ospedaliera.

1) I Consultori Familiari

Il Consultorio familiare rappresenta la porta di accesso principale alla gravidanza. Appare chiaro il ruolo dei Consultori quali perno di un processo di umanizzazione del percorso nascita, e in generale della gestione della salute riproduttiva di uomini e donne, valorizzando la loro diffusione capillare e la loro possibilità di muoversi verso le persone adottando un approccio quanto più possibile individualizzato e mirato alla globalità delle necessità e non al singolo organo o alla singola patologia. Nonostante questa responsabi-

lità che ai Consultori viene attribuita e che, nei fatti, non è sostituita da alcuna ipotesi alternativa e sebbene i Consultori siano la rete di servizi più estesa e ramificata sul territorio nazionale, dopo quella dei Comuni, in Italia, anche in ragione della estrema diversità di regolamentazione e di impostazione delle politiche sanitarie delle singole Regioni, quello dei Consultori è senza dubbio uno degli ambiti più critici dal punto di vista degli investimenti in strutture e risorse umane.

Il Piano Nazionale per la Fertilità propone, in collaborazione con le Regioni e le Asl, una valorizzazione dei Consultori come primo anello e filtro nella catena assistenziale delle patologie riproduttive. Il Consultorio dovrà essere la prima tappa del percorso sanitario dedicato al paziente infertile, in stretto dialogo col successivo livello terapeutico ospedaliero. La sequenza assistenziale efficace dovrebbe iniziare dal Medico di Medicina Generale, oltre che dal pediatra di libera scelta per l'adolescente, e dovrebbe proseguire con l'invio dei pazienti al Consultorio dove gli Specialisti eseguiranno una accurata anamnesi e prescriveranno le indagini più opportune per raggiungere una diagnosi e delineare un'ipotesi terapeutica appropriata che potrà eventualmente essere messa in atto nella struttura ospedaliera.

2) Unità Organizzative di Medicina e Chirurgia della Fertilità

Nell'ambito delle attività di implementazione del Regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera verrà valutata la possibilità e le condizioni per definire requisiti specifici per Unità Organizzative di "Medicina e Chirurgia della Fertilità" nell'ambito dell'assistenza ospedaliera a complessità crescente. Tale tipologia di Unità Organizzativa, dotata di un'equipe multidisciplinare integrata, si pone come realtà medica propedeutica alla ginecologia e ostetricia nella loro classica accezione, come fondamento dei Dipartimenti materno infantile dei maggiori Ospedali, ad avamposto culturale e assistenziale di difesa e garanzia dei processi successivi di nascita e crescita dei bambini. La Medicina e Chirurgia della Fertilità si occupa di fertilità femminile e maschile, con gli aspetti diagnostici e terapeutici di endocrinologia riproduttiva e di imaging ed endoscopia dei genitali.

L'obiettivo qualificante di partenza di questa Unità Organizzativa è riportare l'attenzione, la ricerca, le risorse sulla priorità

della tutela e del ripristino della funzione riproduttiva naturale rilanciando la prevenzione della patologia, le terapie mediche non invasive e, quando necessario, la chirurgia conservativa e ricostruttiva come quella tubarica, ovarica e uterina.

Le tecniche di fecondazione assistita hanno avuto uno straordinario sviluppo nell'ultimo decennio e consentono attualmente soluzioni riproduttive prima inimmaginabili. Tuttavia, paradossalmente, quella che era nata come risposta terapeutica a condizioni di patologia specifiche e molto selezionate, sta forse assumendo il significato di un'alternativa fisiologica. Non bisogna tuttavia dimenticare che i costi economici ed emotivi della fecondazione assistita sono elevati e gli effetti sulla salute restano in parte sconosciuti. Conoscere la fertilità, prevenire la sterilità, diagnosticare e curare la patologia deve quindi diventare la strategia da privilegiare prima dell'eventuale inevitabile ricorso alla procreazione medicalmente assistita che comunque deve essere presente a livelli di eccellenza in una Unità Organizzativa di Medicina e Chirurgia della Fertilità.

La Medicina e Chirurgia della Fertilità deve produrre Salute e produrre Cultura.

I prodotti da elaborare sono:

- 1) l'intervento medico sui pazienti per diagnosticare e curare la patologia riproduttiva che insidia la capacità procreativa e/o la salute generale
- 2) l'intervento medico sui pazienti per sostenere o sostituire con la procreazione medicalmente assistita i distretti riproduttivi severamente danneggiati
- 3) l'intervento medico di tutela della fertilità sui pazienti oncologici
- 4) l'educazione dei cittadini alla consapevolezza e alla conoscenza della loro funzione riproduttiva, alla prevenzione della patologia sia nella ricerca di prole sia nel controllo delle nascite

Gli obiettivi si raggiungono attraverso l'interazione e cooperazione con:

- a) la Medicina Prenatale per le eventuali gravidanze a rischio dei concepimenti assistiti;
- b) la Neonatologia per i neonati a rischio da gravidanze multiple dei concepimenti assistiti
- c) l'Auxologia per monitorizzare l'accrescimento e il regolare sviluppo dei bambini nati

- da concepimenti assistiti
- d) la Genetica Medica
 - e) l'Endocrinologia Pediatrica per la valutazione congiunta del regolare sviluppo puberale e l'identificazione precoce della patologia riproduttiva
 - f) l'Onco-ematologia Pediatrica per la tutela della fertilità prima, durante e dopo le terapie antineoplastiche, anche in coordinamento la Radiologia
 - g) la Chirurgia Pediatrica per la cooperazione in interventi di interesse riproduttivo
 - h) la Neurologia Pediatrica per la cooperazione nelle adolescenti con disturbi del comportamento alimentare
 - i) l'Ematologia per la tutela della fertilità nelle leucemie e linfomi
 - j) l'Oncologia per la tutela della fertilità
 - k) la Psicologia per consulenza durante trattamenti di PMA a norma legge 40
 - l) il Centro Nazionale Trapianti per la conservazione e trapianti di tessuti e cellule riproduttive nell'ambito dell'attuazione del Decreto 191/2004

All'interno di un numero limitato geograficamente equilibrato di Unità Organizzative di Medicina della Fertilità si deve collo-


care il Centro di Oncofertilità per la tutela della potenzialità riproduttiva nei pazienti oncologici. Il Centro di Oncofertilità deve possedere tutte le professionalità ed offrire al suo interno tutte le alternative terapeutiche per preservare la fertilità e per ripristinare la fertilità dopo la remissione della patologia di base. Il Centro deve essere in grado, dopo accurato counseling multidisciplinare, di fornire interventi di chirurgia conservativa, di crioconservare tessuti gonadici e gameti sia maschili che femminili e di processarli e reimpiantarli con tecniche di fecondazione assistita. Considerata il grado elevato di specializzazione di una siffatta struttura, è necessario individuare o istituire ex-novo un numero limitato di Centri di Oncofertilità che rispondano a questi requisiti e che forniscano ai pazienti una risposta terapeutica esaustiva senza costringerli a peregrinazioni sanitarie alla ricerca delle diverse competenze. Si tratta quindi di pianificare la nascita di un servizio sanitario che non sia meramente un centro di fecondazione assistita o un centro oncologico o una banca del seme bensì un nuovo soggetto con tutti questi contenuti e la capacità di dialogo terapeutico inter-

no. Ovviamente è necessario in primis educare e formare i professionisti destinati ad interagire in modo del tutto innovativo. Il Piano Nazionale per la Fertilità, in collaborazione con le Regioni e le Aziende Ospedaliere, propone di valutare l'individuazione di Unità Organizzative di Medicina e Chirurgia della Fertilità nell'ambito dell'assistenza ospedaliera a complessità crescente, quale struttura di riferimento per tutte le patologie del sistema riproduttivo.

MONITORAGGIO DEL PIANO

Il Ministero della Salute effettuerà un monitoraggio annuale del presente Piano, in collaborazione con il MIUR, le Regioni, i Comuni e le Federazioni degli operatori sanitari coinvolti sul territorio.

Il monitoraggio delle iniziative realizzate per il raggiungimento degli obiettivi sarà presentato in occasione del Fertility Day e pubblicato sul sito del Ministero della Salute.

Sul sito www.aogoi.it, in allegato all'articolo, il Piano nazionale per la fertilità e il documento finale del Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità 

Clogín[®] Lavanda vaginale

pH 4,5

Acido Borico, Tea Tree Oil
Aloe vera gel

Azione mucoadesiva

NUOVA FORMULA

Acido ialuronico

Efficacia prolungata

Idratazione intensa



CANNULA SOTTILE
DELICATA



Immediato sollievo da
Prurito e Bruciore

5 flaconi da 100 ml



AOGOI E SIGO A EXPO 2015

La ginecologia italiana parla al mondo

Ecco le 5 giornate di Milano: 29 settembre e 12, 13, 17, 24 ottobre. L'appuntamento è alla Cascina Triulza - Padiglione Società Civile

Alimentazione, stile di vita e sessualità. Nutrizione in gravidanza e terza età della donna, Chirurgia robotica ginecologica nella grande obesa, Benessere riproduttivo e alimentazione, Endometriosi.

Questi i temi scelti per "La Ginecologia italiana parla al mondo": cinque appuntamenti scientifici - aperti anche alla stampa, alle associazioni e al pubblico - che Aogoi, con le sue società affiliate, ha organizzato ad Expo 2015. Insieme alla Sigo e in collaborazione con il Cic.

Ad ospitare gli eventi, sarà la Cascina Triulza - Padiglione Società Civile, nelle giornate del 29 settembre e 12-13-17-24 ottobre. Una **conferenza stampa il 29 settembre** lancerà il primo appuntamento dedicato ad alimentazione, stile di vita, sessualità, i disturbi sessuali dell'uomo nella coppia in collaborazione con gli urologi SIU.

Ma non è tutto. Aogoi e Sigo avranno un loro spazio "multitask", punto di riferimento e incontro per i ginecologi italiani e stranieri. E anche di "dialogo" con il pubblico e la stampa di tutto il mondo, grazie alla presenza di alcuni specialisti di ginecologia che, coadiuvati da personale multilingue, forniranno informazioni e counselling ai visitatori.

In questa intervista al presidente Aogoi i dettagli di questi appuntamenti scientifici che hanno ricevuto il patrocinio del Ministero della Salute, dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (Onda), della Provincia di Milano e della Regione Lombardia.

Professor Trojano, vi aspetta un ottobre a dir poco impegnativo: a latere del Congresso nazionale questo importantissimo evento ad Expo: cinque appuntamenti scientifici, uno spazio multi-task con la presenza di esperti... Come è nata l'idea della "Ginecologia che parla al mondo"? Più che impegnativo, il mese di ottobre si profila come un entusiasmante tour de force. C'è anche il XXI Congresso FIGO, che si svolgerà a Vancouver, dal 4 al 9 ottobre, dove saremo presenti con una sessione, con un panel di giovani relatori. Non dimentichiamolo. Non potevamo comunque mancare la straordinaria opportunità dell'Expo per promuovere le eccellenze della ginecologia italiana, a partire dal confronto scientifico su Nutrizione, Stili di vita e salute della Donna, che è poi il titolo che abbiamo scelto per il nostro congresso nazionale. In altre parole, come hanno scritto i presidenti del Congresso nella loro lettera di invito al Nazionale, abbiamo colto "le sinergie e le opportunità che Expo 2015 apporta al tema della nutrizione e della salute della donna e anche del suo partner". L'idea de "La Ginecologia italiana parla





La sala degli eventi Aogoi - Sigo ad Expo

al mondo" è maturata poco a poco. Strada facendo. Dapprima siamo partiti con il progetto di realizzare alcuni incontri scientifici di rilievo, che coinvolgessero anche le società affiliate Aogoi, sui vari temi di nostro interesse legati al rapporto tra nutrizione e salute:

Nutrizione in gravidanza e terza età della donna. È importante mettere in luce come stili di vita e qualità dell'alimentazione condizionino la fertilità e la salute della madre e del feto e che una sana alimen-

tazione è un'arma formidabile per contrastare i processi fisiologici e patologici dell'invecchiamento. Una grande attenzione all'alimentazione e allo stile di vita è richiesta anche nel periodo

menopausa, in quanto i cambiamenti che si producono nell'organismo femminile richiedono un adeguato controllo del metabolismo.

Una dieta corretta è inoltre un

del climaterio e della

prezioso strumento di prevenzione e talvolta di cura di molte patologie, come il diabete, le malattie cardiovascolari e i tumori. Si stima che almeno il 30 per cento dei tumori sia causato da com-

► Segue a pagina 12

29 SETTEMBRE: CONFERENZA STAMPA E PRIMO APPUNTAMENTO IN AGENDA

Le iniziative Aogoi-Sigo-Cic ad Expo

"Ogni appuntamento scientifico in agenda sarà seguito da una settimana dedicata a incontri e dibattiti relativi alle varie tematiche. Ci sarà perciò la settimana dedicata alla Sessualità, alla Gravidanza e vita fertile, alla Menopausa e Obesità, all'Endometriosi. Le iniziative dureranno tutto il mese di ottobre"

Antonio Chiantera
Segretario Nazionale AOGOI

La presenza ad Expo Milano 2015 è un momento strategico per giocare un ruolo importante nel panorama nazionale e mondiale. È un'opportunità incredibile per promuovere le eccellenze della ginecologia italiana e dobbiamo fare il possibile perché chi visiterà il nostro Paese per Expo divenga poi un ambasciatore delle nostre ricchezze e competenze. Il Mondo sarà qui. Occorre fare sistema intorno a questa grande opportunità. Il programma delle iniziative che Aogoi e Sigo hanno organizzato in collaborazione con il Collegio Italiano Chirurghi (Cic) ad Expo 2015 è molto ricco. Ogni appuntamento scientifico in agenda sarà seguito da una settimana dedicata a incontri e dibattiti relativi alle varie tematiche. Ci sarà perciò la settimana dedicata alla Sessualità, alla Gravidanza e vita fertile, alla Menopausa e Obesità, all'Endometriosi.

Il cibo non è solo alimentazione, è amore, energia vitale, nutrimento spirituale, affettivo, sessuale, culturale, tradizioni, simboli, relazioni, ricordi, condivisioni. È un bene comune e da sempre sono soprattutto le donne a tramandare tradizioni, conoscenze, valori, dinamiche, esperienze. Ma anche l'uomo deve imparare ad esserne più consapevole, fin dall'adolescenza. Vogliamo che siano proprio le donne a dare questo aiuto agli uomini, soprattutto in età adulta quando vivono in coppia. **La conferenza stampa** sarà l'occasione per sottolineare questi aspetti.



Sarà presente la stampa – abbiamo invitato 20 testate giornalistiche, tra Tv, radio, quotidiani e periodici della carta stampata e del web. Saranno inoltre presenti anche i rappresentanti di diverse Associazioni. Nel corso della conferenza stampa introdurrò, insieme al Professor **Vincenzo Mirone**, Segretario Generale della Società Italiana di Urologia (SIU), il primo appuntamento

in agenda **"Alimentazione, stile di vita e sessualità (partiamo dal 'seme' della vita) per il recupero di una buona sessualità e passionalità di coppia a partire dalla tavola"**. In tema di benessere riproduttivo e sessuale - al centro del Progetto Aogoi-Siu - è necessario costruire una cultura di coppia. E anche qui le donne giocano un ruolo fondamentale. Spesso in

una coppia la presenza di problematiche sessuali da parte di un partner è causa di problematiche anche nell'altro partner. Pensiamo soprattutto alla disfunzione erettile, all'ingrossamento della prostata e ai disturbi urinari maschili che – se trascurati – possono compromettere la vita sessuale maschile e di coppia. Pensiamo anche a come possono incidere negativamente anche malattie croniche, come il diabete. Il messaggio che vogliamo veicolare e che queste problematiche vanno affrontate con un approccio multidisciplinare

► Segue a pagina 12

29 settembre AOGOI-SIU Ginecologi e Urologi insieme: "per e con la coppia"

"Alimentazione, stile di vita e sessualità (partiamo dal 'seme' della vita) per il recupero di una buona sessualità e passionalità di coppia a partire dalla tavola"

Introduzione e moderazione:
Antonio Chiantera e Vincenzo Mirone

- Il cibo, alleato dell'amore
- Alimentazione, stile di vita e sessualità
- Diabesità, disturbi sessuali (DE) e disturbi urinari maschili
- Alimentazione, prevenzione e salute della prostata
- Ruolo della donna nella gestione dei disturbi sessuali maschili
- Conclusioni e lancio delle iniziative Aogoi-Sigo-Cic





rienze concrete e buone pratiche sui temi dell'Esposizione Universale ed incentiva la collaborazione fra più soggetti in grado di promuovere proposte per un futuro sostenibile. Per questo, Cascina Triulza non rappresenta solo uno spazio unico riservato al terzo settore ma anche un luogo in cui aziende, istituzioni pubbliche ed organizzazioni internazionali possono dare visibilità e valore alle proprie *best practices* in collaborazione con le organizzazioni della società civile.

Come è stato concepito questo spazio polifunzionale?

Si tratta innanzitutto di uno spazio in grado di accogliere i nostri colleghi, italiani e stranieri, con funzioni di supporto, informazione e orientamento. Ma lo spazio Sigo-Aogoi sarà anche un punto di incontro/confronto/dibattito, aperto anche alla stampa e al pubblico, sui temi legati alla ginecologia e al benessere riproduttivo. Abbiamo inoltre previsto la presenza di alcuni esperti che, supportati da uno staff multilingue, sarà in grado di rispondere alle domande dei visitatori e di fornire informazioni e counselling. Alla fine del colloquio gratuito con i medici saranno consegnate anche delle schede tematiche in base al tema trattato in quella giornata.

Cercheremo inoltre di organizzare, sulla base del budget a disposizione, anche un vero e proprio percorso espositivo: "The Circle of Life", in cui ciascuna fa-

se della vita potrà essere illustrata con testi, video, immagini, infografiche, touchscreen etc. Insomma vorremmo creare una sorta di "raccolta di *best practices*", a cura dell'Aogoi e Sigo e delle sue società affiliate, relative alla salute femminile e di coppia, nelle varie fasi della vita. L'Esposizione Universale del 2015 è una "vetrina" aperta sullo scenario della ginecologia mondiale: una grande opportunità per valorizzare le nostre eccellenze. E per noi ogni occasione di confronto e dialogo con la comunità scientifica internazionale è importante. L'impegno che abbiamo profuso nell'ospitare a Roma il Congresso mondiale FIGO 2012 e nella costruzione del percorso europeo, che ha poi dato vita al Network europeo di Ginecologia e Ostetricia, sono il segno di quanta importanza l'Aogoi attribuisce allo scambio di esperienze e competenze su scala internazionale: questo "melting pot", che la comunità scientifica è stata la prima a mettere in pratica, è davvero un valore irrinunciabile. E non solo in ambito prettamente scientifico perché, come ha ben evidenziato Carlo Rubia: "La scienza continuerà ad avere il suo ruolo essenziale per un futuro migliore dell'Umanità se gli scienziati saranno preparati ad interagire in modo più costruttivo con la società non solo come scienziati, ma anche come cittadini pienamente coinvolti nelle sue problematiche".



Cascina Triulza e Padiglione Società Civile

La Cascina Triulza è un'antica costruzione rurale già presente sul territorio ed è stata recuperata per ospitare il padiglione della Società Civile e dopo l'evento rimarrà in eredità alla città di Milano. Il complesso di Cascina Triulza è gestito, in collaborazione con Expo Milano 2015, dalla Fondazione Triulza, un raggruppamento di numerose organizzazioni di rilevanza nazionale e internazionale. Il Padiglione della Società Civile intende mostrare il contributo di queste organizzazioni nell'affrontare i grandi problemi dell'umanità, valorizzare esperienze concrete e buone pratiche sui temi dell'Esposizione Universale ed incentivare la collaborazione fra più soggetti in grado di promuovere proposte per un futuro sostenibile. Per questo, Cascina Triulza non rappresenta solo uno spazio unico riservato al terzo settore ma anche un luogo in cui aziende, istituzioni pubbliche e organizzazioni internazionali possono dare visibilità e valore alle proprie *best practices* in collaborazione con le organizzazioni della società civile.

13 OTTOBRE 2015

dalle 14.00 alle 18.00



Presidente
Collegio Italiano dei Chirurghi
Prof. Nicola Surico, Novara

Presidente
Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani
Prof. Vito Trojano, Bari

Presidente
Società Italiana Ginecologia
Ostetricia
Prof. Paolo Scollo, Catania

Giornata organizzata da:



Segreteria organizzativa EMS
Euro Medical Service
daria.sirimarco@emsgroup.it

LA CHIRURGIA ROBOTICA GINECOLOGICA NELLA GRANDE OBESA

EVENTO ECM



Un regime alimentare scorretto, unitamente a fattori costituzionali e funzionali possono essere causa di un grave stato di obesità, soprattutto nella donna. Oltre alle inevitabili conseguenze negative legate alla condizione di obesità grave, esiste una reale problematica relativa alle scelte chirurgiche da adottare per tali pazienti. La moderna tecnologia viene incontro a queste esigenze attraverso l'utilizzo della tecnologia robotica che consente un migliore approccio e una più agevole chirurgia, soprattutto nell'addome profondo. In un quadro di programmazione sanitaria, è evidente che si impone un'attenta valutazione costo/beneficio, e al tempo stesso una serena disamina degli effettivi vantaggi di queste nuove tecnologie rispetto alla chirurgia tradizionale.



Moderatori: M. Busacca - V. Trojano

Introduzione
P. Scollo

- **Il Paziente chirurgico con obesità grave:** un problema nel problema
E. Stola
- **Chirurgia mini invasiva laparoscopica ginecologica nella paziente obesa:** quali vantaggi a quali costi?
D. Surico
- **Vantaggi della Chirurgia robotica nei paziente con obesità patologica**
E. Vizza
- **Chirurgia robotica oncologica nella grande obesa:** risultati della esperienza italiana
V. Chiantera
- **Linfadenectomia pelvica e lombo aortica robotica nella paziente obesa:** ruolo della nuova generazione di robot
G. Scambia

17 OTTOBRE 2015

dalle 14.00 alle 18.00



Presidente
Collegio Italiano dei Chirurghi
Prof. Nicola Surico, Novara

Presidente
Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani
Prof. Vito Trojano, Bari

Presidente
Società Italiana Ginecologia
Ostetricia
Prof. Paolo Scollo, Catania

Presidente
Società Italiana Ospedaliera
Sterilità
Dott. Cristofaro De Stefano,
Avellino

Giornata organizzata da:



Segreteria organizzativa EMS
Euro Medical Service
daria.sirimarco@emsgroup.it

24 OTTOBRE 2015

dalle 10.00 alle 13.30



Presidente
Collegio Italiano dei Chirurghi
Prof. Nicola Surico, Novara

Presidente
Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani
Prof. Vito Trojano, Bari

Presidente
Società Italiana Ginecologia
Ostetricia
Prof. Paolo Scollo, Catania

Presidente
Società Italiana Ospedaliera
Sterilità
Dott. Cristofaro De Stefano,
Avellino

Giornata organizzata da:



Segreteria organizzativa EMS
Euro Medical Service
daria.sirimarco@emsgroup.it

BENESSERE RIPRODUTTIVO ED ALIMENTAZIONE: INFORMARE, PREVENIRE TRATTARE

EVENTO ECM



La fertilità viene preservata tramite un equilibrato apporto nutrizionale che determina una ovulazione adeguata. Il comportamento alimentare di fatto è tra i primi fattori da considerare in caso di problemi di fertilità. Disturbi alimentari sono presenti nel 7,6% delle pazienti subfertili, nel 10% si manifestano problemi più lievi, ma nei casi di amenorrea o anovulatorietà i disturbi dell'alimentazione sono presenti quasi nel 60% dei casi. Infatti, sia le pazienti obese che quelle sottopeso, presentano difficoltà nel concepimento. Ma il peso non è l'unica variabile da prendere in considerazione ma si traduce in un problema riproduttivo quando sono presenti altri fattori di rischio, come dieta povera di proteine, rapidità nella perdita di peso, irregolarità mestruali ed età. La dieta della fertilità si basa soprattutto sul controllo dell'ormone della crescita (IGH), correlato agli ormoni sessuali, e l'insulina. Un'alimentazione corretta dovrebbe mantenere il giusto equilibrio tra questi due componenti, basandosi su alimenti a basso indice glicemico, come frutta e verdura, e cibi ricchi di enzimi necessari per convertire ciò che si assume con l'alimentazione in sostanze disponibili per ogni attività del corpo.



Introduzione
V. Trojano Presidente AOGOI

Chair: C. De Stefano SIOS - A. Borini SIFES

OPENING LECTURE

- **Trend riproduttivo In Italia, Europa e nel pianeta. Motivazioni sociali, economiche e sanitarie**
Prof. Concetta Maria Vaccaro (CENSIS)
- **Il cibo dei "Geni". Diverremo quel che mangiamo?**
Prof. Carlo Alberto Redi
- **Carenze vitaminiche e Infertilità**
Prof. Massimo Candiani
- **Alimentazione e riproduzione nel continente africano**
Prof. Gamal Serour
- **La fertilità maschile e l'alimentazione**
Dott. Mauro Costa
- **Alimentazione e riproduzione nel mondo latino-americano**
Prof. C. Rubio

TAVOLA ROTONDA
Le abitudini alimentari e la riproduzione
Chair: L. Gianaroli (SIOS) - M. Bini

Opening Lecture

- **Chance alimentare e chance riproduttiva al tempo attuale: una considerazione etica** - Prof. Guido Pennings

Margherita De Bac (Giornalista)
Luigi Nicolais (Presidente CNR)
M. Campogrande (Responsabile Slow Medicine)
Prof. Antonio Lanzone (Ginecologo)

Discussione

ENDOMETRIOSI: MALATTIA SOCIALE

EVENTO ECM



La sindrome endometriosa presenta una grave limitazione per la vita e l'attività lavorativa della donna, presentando quindi tutti i caratteri della malattia invalidante. In effetti, la componente dolorosa è causa di grave sofferenza per la donna e richiede un grande impegno della medicina finalizzato alla ricerca delle migliori soluzioni diagnostiche e terapeutiche per eliminare, o quantomeno ridurre, tale disagio. È pertanto molto utile un approccio multidisciplinare al problema e un attento confronto tra specialisti, nonché una corretta ed ampia comunicazione alle donne.



Moderatori: M. Malzoni - P. Scollo - C.M. Stigliano

Saluto
F. Merzagora

Introduzione
V. Trojano Presidente AOGOI

- **Basi Biologiche dell'endometriosi profonda**
P. Viganò
- **Il contributo della diagnostica per immagini nello studio dell'endometriosi e nelle scelte terapeutiche**
G. Trojano
- **Ruolo della chirurgia nella paziente sterile con endometriosi**
C. Crescini
- **Neuropelviologia: la nuova frontiera per il trattamento dei dolori pelvici nella donna**
M. Possover
- **Chirurgia radicale nell'endometriosi profonda**
V. Chiantera
- **Adenomiosi focale e diffusa. Quale trattamento**
B. Bonaffini
- **La terapia medica dell'endometriosi. Indicazioni e limiti**
F. Petraglia

Tavola rotonda con le associazioni e la stampa

- **Endometriosi malattia sociale. Le richieste delle pazienti e l'informazione** (Associazioni e Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna - ONDA - Intervento della Dott.ssa N. Orthmann)



MILANO SIGO 2015

PRESIDENTI

Mauro Busacca
Claudio Crescini
Luigi Fedele
Francesco Raspagliesi

NUTRIZIONE, STILI DI VITA E SALUTE DELLA DONNA.

NH Centro Congressi Milano Fiori
Milano, 18-21 ottobre 2015

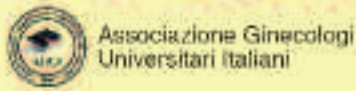
90° CONGRESSO NAZIONALE



55° CONGRESSO NAZIONALE



22° CONGRESSO NAZIONALE



COMITATO ORGANIZZATIVO LOCALE

Bolis Giorgio
Candiani Massimo
Cetin Irene
Ferrazzi Enrico
Kustermann Alessandra
Levi Seth Paolo
Maggioli Angelo
Marconi Anna Maria
Meroni Mario
Maschio Michele

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA



Tel. 0541 305811
mail: sign@adriacongress.it

Congresso Nazionale 90° SIGO - 55° AOGOI - 22° AGUI

Milano, 18 - 21 ottobre 2015

Save the date

Cari amici,

abbiamo il piacere di presentarvi il 90° Congresso Nazionale SIGO e sue Società Federate che avrà luogo a Milano, presso il Centro Congressi dell'Hotel NH MilanoFiori dal 18 al 21 ottobre 2015.

La salute riproduttiva della donna, la fisiologia stessa della gravidanza e la crescita del feto con i fenomeni epigenetici ad essa correlati, la salute della donna in pre e post menopausa dipendono in larga misura dalla qualità del profilo nutrizionale.

I risultati degli studi clinici dell'ultimo decennio hanno evidenziato il ruolo della corretta nutrizione della donna in età fertile e durante la gravidanza per favorire la fertilità, ridurre le complicazioni ostetriche legate alla scorretta alimentazione, prevenire alcuni dei principali difetti malformativi, favorire la qualità della crescita fetale e in particolare del sistema cardiovascolare e del sistema nervoso centrale. Particolare rilievo hanno oggi le conoscenze sulle patologie croniche di basso grado legate alla scorretta alimentazione che portano alla

obesità troncata e alla sindrome metabolica con il loro carico di patologie ostetriche (preeclampsia maternogenica, diabete gestazionale) e di malattie cronico-degenerative metaboliche e cardiovascolari della post menopausa.

Sul versante fetale l'apporto di macro e micronutrienti in un corretto equilibrio sono la base delle modificazioni epigenetiche che determinano in larga misura la qualità della risposta genomica all'ambiente nella vita adulta.

La Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia intende quindi porre al centro del dibattito scientifico del Congresso Nazionale annuale il tema della nutrizione e della salute della donna cogliendo le sinergie e le opportunità che l'EXPO 2015 apporta a questo tema.

Affrontando queste tematiche, ci auspichiamo una partecipazione numerosa da parte dei colleghi medici e del personale ostetrico-infermieristico regionale e nazionale.

*Mauro Busacca, Claudio Crescini,
Luigi Fedele, Francesco Raspagliesi*

Main topics

- Oncologia
- Genetica dell'invecchiamento e Riproduzione
- Nutrizione e Gravidanza
- Ginecologia
- Ostetricia

www.aogoi.it

Scarica il programma scientifico

percorso
Multicentrum[®]
mamma

Da Multicentrum, integratore alimentare multivitaminico multiminerale più studiato al mondo, nasce una nuova linea dedicata alla mamma durante tutte le fasi della maternità.



Il sogno



L'attesa



La gioia

Formule complete e bilanciate
 specifiche con Vitamine e Minerali essenziali,
aggiornate in base alle recenti
 evidenze scientifiche, **LARN* (2014)**.



Per chi cerca il concepimento

BENEFICI

- Acido Folico:** 400 mcg
- Difese Naturali:** Vitamina C, Rame e Zinco
- Salute delle ossa:** Calcio e Vitamina D
- Protezione Cellulare:** Vitamina E, C, Rame e Zinco
- Fertilità e funzioni riproduttive:** Zinco



In gravidanza

BENEFICI

- Difese Naturali:** Vitamina C, Rame e Zinco
- Salute delle ossa:** Calcio e Vitamina D
- Livelli di glucosio nel sangue:** Cromo
- Formazione del sangue:** Ferro, Acido Folico e Vitamina B12
- Salute della placenta:** Acido Folico
- Cervello e occhi del feto:** DHA



Nei mesi successivi al parto

BENEFICI

- Funzione Psicologica:** Magnesio
- Difese Naturali:** Vitamina C, Rame e Zinco
- Pelle, capelli e unghie:** Zinco, Iodio e Selenio
- Salute delle ossa:** Calcio e Vitamina D
- Riduzione dell'affaticamento:** Magnesio, Ferro, Vitamine B2, B6, B12, Niacina, Acido Pantotenico e Vitamina C
- Cervello e occhi del lattante:** DHA

New entries nella Commissione sulla medicina difensiva e responsabilità professionale del sanitario

Raccolto l'appello dei ginecologi: Trojano nella nuova Commissione

I presidenti di Sigo, Aogoi e Agui in una nota congiunta avevano denunciato l'assenza dei ginecologi nella Commissione sollecitando il ministro a 'rimediare' al mancato coinvolgimento dei ginecologi italiani

La composizione della Commissione consultiva per le problematiche in materia di medicina difensiva e responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, istituita lo scorso 26 marzo dal Ministro Lorenzin, è stata integrata, con apposito decreto del ministro della Salute, con la nomina di ulteriori componenti, tra cui il Professor Vito Trojano, presidente Aogoi. Il Ministro ha così raccolto l'appello dei ginecologi che avevano denunciato il loro mancato coinvolgimento nel nuovo organo collegiale che dovrà elaborare soluzioni al boom del contenzioso medico-legale e l'eccessivo ricorso a esami e accertamenti inutili.

“Siamo una delle categorie più esposte al rischio di denunce. Possiamo mettere la nostra esperienza al servizio della collettività. Chiediamo al Ministro Lorenzin di coinvolgerci nella Commissione” avevano scritto l'8 maggio scorso, in una nota congiunta, i presidenti di Sigo, Aogoi e Agui sottolineando la totale assenza dei ginecologi nel nuovo organo collegiale. “I suoi componenti sono tutti stimati professionisti e non mettiamo in dubbio il loro valore, ma su un organismo così delicato ci saremmo aspettati una consultazione preliminare con le società scientifiche che rappresentano



Trojano: “Sarebbe stato un grave errore non 'rimediare' al mancato coinvolgimento dei ginecologi italiani nella Commissione. Siamo impegnati da anni su questi temi, la nostra è una delle categorie più esposte al rischio di denunce”

i professionisti della salute e che ogni giorno vivono in prima linea, e sulla loro pelle, i problemi legati a questi aspetti così delicati.

“La nostra è una delle categorie più esposte al rischio di cause legali da parte dei pazienti – avevano spiegato nella nota **Vito Trojano, Paolo Scollo e Nicola Colacurci** –. Da molti anni denunciavamo questo clima da caccia alle streghe che sta rendendo sempre più difficile il nostro lavoro e rischia di minare il rapporto medico-paziente. Nei nostri congressi, convegni e riunioni

abbiamo discusso insieme di questi problemi elaborando una serie di proposte concrete che potrebbero salvare il sistema sanitario nazionale. Ricordiamo, infatti, che oltre il 98% delle cause contro i camici bianchi termina con un'assoluzione o archiviazione. E la medicina difensiva costa all'intera collettività più di

12 miliardi. Possiamo mettere la nostra esperienza al servizio della collettività e per questo chiediamo al Ministro di coinvolgerci nella commissione”.

Soddisfatto per la decisione del Ministro Lorenzin il presidente Aogoi **Vito Trojano**, che aveva espresso una forte critica per l'esclusione dei ginecologi dalla

Commissione sollecitando il ministro a “rimediare a questa assenza”. “Da oltre due anni, insieme con le istituzioni della ginecologia di cui l'Aogoi è capofila, stiamo lavorando sul tema della responsabilità professionale avendo messo in atto numerosi contatti con la commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e con la commissione Sanità del Senato – ha sottolineato Trojano. Abbiamo portato alla ribalta le nostre difficoltà e le nostre esigenze, proponendo una serie di provvedimenti che sono andati ad integrare i vari Disegni di Legge poi confluiti in un testo unico ora in discussione alla commissione Affari Sociali della Camera. Questo Ddl è frutto di un lavoro fatto dai firmatari di tutti i Disegni di Legge, compresi i 5 Stelle, e di 65 mila medici che lavorano nell'ambito della sanità, soprattutto in chirurgia. Il tema della medicina difensiva e responsabilità professionale è una questione che ho sollevato da tempo, anche in Europa in commissione Sanità. Che dire? Sarebbe stato davvero un grave errore non 'rimediare' al mancato coinvolgimento dei ginecologi italiani. Per fortuna la nostra denuncia è stata raccolta e potremo mettere la nostra esperienza al servizio della collettività”. **Y**



Aogoi e Sigo nel Tavolo tecnico Reti Pediatriche nel sistema di Emergenza Urgenza

Il Tavolo tecnico istituito presso l'Agencia dei Servizi Sanitari Regionali è finalizzato all'approfondimento delle Reti Pediatriche nell'ambito del sistema di emergenza urgenza e nel rapporto con le altre reti assistenziali, ospedaliera e territoriale. Lo scopo del gruppo di lavoro, il cui

primo incontro è fissato a fine giugno, è di redigere Linee guida per l'individuazione di Modelli organizzativi omogenei nell'ambito della Rete Pediatrica.

Tra i componenti del Tavolo, composto dai rappresentanti del ministero della Salute e delle Regioni, vi sono i presidenti Aogoi **Vito Trojano** e il presidente Sigo

Paolo Scollo e i presidenti delle Società italiane di Neonatologia (**Sin**), di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (**Siti**), di Medicina Emergenza e Urgenza (**Simeup**), della Federazione Italiana delle Società Scientifiche di Psicologia- (**Fissp**) e della Federazione delle società medico scientifiche italiane (**Fism**).

PROGETTO AOGOI

Prevenzione delle IVG ripetute

Obiettivo del progetto è di contrastare il fenomeno delle Ivg ripetute attraverso un'opera di sensibilizzazione dei centri italiani che praticano l'interruzione volontaria di gravidanza al fine di assicurare una contraccezione efficace e sicura alle pazienti che effettuano l'Ivg. A tale scopo l'Aogoi intende diffondere la pratica di inserire i dispositivi Larc durante l'intervento di Ivg nonché di agevolare le procedure finalizzate all'acquisto e alla dispensazione dei dispositivi da parte dei centri che praticano le Ivg.

Il progetto Aogoi prevede anche la distribuzione di materiale informativo per gli operatori e l'organizzazione di incontri di formazione

Silvia von Wunster
Responsabile del Progetto AOGOI

Descrizione del problema
Il fenomeno delle Ivg ripetute è senz'altro rilevante nel nostro paese. I dati Istat del 2012 indicano che la percentuale di donne che ripete l'intervento di Ivg è del 26.6%, con una frequenza più alta nelle donne straniere (38%), rispetto alle donne italiane (21%). Il costo complessivo delle Ivg ripetute è di circa 29.9 milioni di Euro l'anno in Italia.

Appare pertanto evidente l'importanza di impostare un programma contraccettivo immediatamente dopo l'interruzione di gravidanza.

I dati dell'Oms indicano come i sistemi contraccettivi più sicuri e che garantiscono la percentuale più alta di adesione al metodo dopo 12 mesi, siano i sistemi contraccettivi a lunga durata e reversibili (Larc), in particolare gli Iud al rame o medicati al Levonorgestrel e l'impianto contraccettivo sottocutaneo a rilascio di etonogestrel.

La pratica dell'inserimento dei dispositivi contraccettivi a lunga durata e reversibili già al momento della interruzione di gravidanza è risultata essere sicura ed efficace. È inoltre dimostrato come le donne che scelgono i metodi Larc al momento della Ivg abbiano un rischio inferiore di ripetere l'Ivg rispetto alle donne che scelgono altri metodi contraccettivi.

Alcuni studi su popolazioni molto ampie hanno dimostrato che la diffusione di questi metodi aumenta in modo significativo qualora si abbattano le barriere di tipo culturale e di tipo economico. La possibilità di fornire un counselling adeguato, associata alla disperazione gratuita dei dispositivi, si associa ad un aumento significativo delle donne che scelgono questi metodi.

IL PROGETTO

Il progetto intende avviare un programma di sensibilizzazione degli operatori dei centri italiani che praticano l'Ivg al fine di assicurare una contraccezione efficace e sicura alle pazienti che effettuano l'Ivg. A tale scopo si intende diffondere la pratica di inserire i dispositivi Larc durante l'intervento di Ivg.

Il progetto prevede la distribuzione di materiale informativo per gli operatori e l'organizzazione di incontri di formazione. Si cercherà inoltre di agevolare le procedure finalizzate all'acquisto e alla dispensazione dei dispositivi da parte dei centri che praticano le Ivg.

“Uno dei nostri obiettivi è di garantire un adeguato counselling contraccettivo a tutte le donne che richiedono una Ivg. Un'altra priorità è di ottenere la rimborsabilità dei dispositivi contraccettivi a lunga durata e reversibili per le pazienti che ne richiedano l'inserimento contestualmente all'interruzione volontaria di gravidanza”

OBIETTIVI

1. Sensibilizzare i centri che praticano l'interruzione volontaria di gravidanza in Italia a proporre e permettere l'applicazione di metodi contraccettivi a lunga durata e reversibili contestualmente all'intervento di Ivg.
2. Garantire che tutte le donne che richiedono una Ivg ricevano adeguato counselling sulla contraccezione.
3. Ottenere la rimborsabilità dei dispositivi contraccettivi a lunga durata e reversibili per le pazienti che ne richiedano l'inserimento contestualmente all'interruzione volontaria di gravidanza.

RISULTATO ATTESO

Il progetto mira ad avere un impatto significativo sul fenomeno delle Ivg ripetute attraverso la sensibilizzazione alla pratica dell'inserimento dei dispositivi contraccettivi reversibile e a lungo termine contestualmente all'intervento di isterosuzione e quindi determinare una riduzione delle percentuali delle Ivg ripetute in Italia. L'efficacia del progetto sarà valutata attraverso la distribuzione e l'analisi di un questionario sulla scelta contraccettiva effettuata dalle donne che richiedono l'Ivg. A lungo termine potrà essere valutata anche attraverso la verifica di una riduzione delle Ivg ripetute osservata dai dati Istat. **Y**



Incontro AOGOI-AIFA

Il presidente Aogoi **Vito Trojano** ha incontrato il Direttore generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) **Luca Pani** l'11 giugno scorso. Al centro dell'incontro, il **Progetto Aogoi per la prevenzione delle Ivg**, elaborato dalla dottoressa Silvia von Wunster, che verrà a breve presentato al ministero della Salute, e alcune proposte integrative al **documento della Commissione Aifa sull'approccio farmacologico all'infertilità di coppia: le gonodotropine**. A questo riguardo, il presidente Trojano ha chiesto che il documento dell'Aifa sull'utilizzo di una classe di farmaci destinata al trattamento dell'infertilità di coppia venga aggiornato in linea con le più rilevanti evidenze scientifiche, nonché completato nelle sue parti carenti, da un team che coinvolga le competenti società scientifiche Sigo, Aogoi, Agui e la Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità (Sios), affiliata Aogoi.

A colloquio con Silvestro Scotti, Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli

Periti e consulenti tecnici "non all'altezza del loro compito" "Sanzione, ma anche Informazione e Formazione: solo così la nostra coscienza ordinistica è a posto"

In questa intervista affrontiamo con il Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli Silvestro Scotti un tema di cui l'Aogoi ha fatto uno dei suoi principali cavalli di battaglia: il problema dei periti/consulenti tecnico d'ufficio e di parte che, su incarico del giudice o del pubblico ministero, li coadiuvano nell'esercizio dell'attività giudiziaria.

Il loro ruolo è fondamentale: consulenze tecnicamente inesatte, lacunose e/o errate inducono in errore il giudice con le immagini, deleterie conseguenze sia per il cittadino danneggiato, sia per il professionista erroneamente condannato. Le ricadute negative però hanno una portata più vasta, sociale, in quanto minano la fiducia nel sistema sanitario e nel sistema giudiziario. Alimentano inoltre il fenomeno della medicina difensiva-astensiva e aggravano i problemi assicurativi.

L'Aogoi si è molto battuta in questi anni per la creazione di un elenco nazionale di consulenti/esperti - validato dall'Associazione dei ginecologi italiani - nelle specialità e subspecialità in campo ostetrico ginecologico. Elenco che è attualmente in fase di elaborazione. Inoltre nel 2011, su sollecitazione dell'Aogoi, l'Onorevole Fucci, ha presentato una proposta di legge "Modifiche alle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, in materia di consulenti tecnici del giudice nelle discipline medico-chirurgiche" (4775), che prevede un riordino della materia.

Ma veniamo al punto affrontato con il presidente Scotti: mentre i medici sembrano essere diventati responsabili di tutto, i periti/consulenti "non pagano mai", nemmeno per gli errori più clamorosi. Attualmente un medico iscritto al proprio Ordine provinciale che formuli una consulenza tecnicamente inesatta "può o non può" essere deferito all'Ordine per eventuali sanzioni disciplinari.

Questa problematica è stata ben rappresentata in un documento

"È importante che i medici che vogliono ricoprire questo ruolo ricevano una formazione specifica e continua. Per questo il nostro Ordine sta predisponendo un'iniziativa di formazione rivolta ai colleghi che intendono svolgere attività di Ctu/perito del Tribunale. Il nostro compito - sottolinea il Presidente Omceo di Napoli Silvestro Scotti - non è solo quello di sanzionare".

E poi c'è un dato: "le segnalazioni che ci pervengono sono pochissime. Bisogna invece portare all'attenzione degli Ordini tutte quelle situazioni in cui vengano rilevati comportamenti inadeguati o non consoni da parte dei colleghi"



che l'Aogoi ha sottoposto all'attenzione del Presidente dell'Ordine di Napoli, in cui viene affrontato, e contestualizzato, il grande tema della responsabilità medica nella "peculiarità della legislazione italiana", con i suoi corollari: contenzioso medico legale, "industria" dei risarcimenti, medicina difensiva, assicurazioni...

Alla base del "nuovo" percorso di collaborazione e dialogo tra la nostra società scientifica e l'Ordine di Napoli c'è una sintonia tra il segretario nazionale Antonio Chiantera e il neo presidente Omceo Scotti su questioni di cruciale importanza per la professione e la particolare sensibilità che quest'ultimo ha dimostrato, fin dall'inizio del suo insediamento, sul fronte della responsabilità professionale.

L'iniziativa "Dalla stessa parte per un'unica causa: la tua salute" lanciata dal neo presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli, di cui abbiamo dato notizia sullo scorso numero di *GynecoAogoi*, rappresenta uno dei primi importanti segnali in questo senso.

Partiamo perciò da questa innovativa campagna di comunicazione rivolta ai cittadini, "contro le denunce facili", che ha fatto dire al segretario nazionale Chiantera: "Per la prima volta un Ordine dei medici è sceso a nostro fianco facendoci sentire meno soli".

Presidente Scotti, il business della malasanità, in cui media, organi di informazione e avvocati hanno grandi responsabilità, contribuisce a rendere sempre più conflittuale il rapporto medico-paziente, accentuando e strumentalizzando una distanza che come lei ha affermato, "non fa bene né agli uni né agli altri". La campagna di comunicazione lanciata dall'Ordine di Napoli ha voluto dare - con un messaggio semplice, ma tangibile - un segnale importante. Ai cittadini innanzitutto, ma anche ai medici. Ci dica innanzitutto come è andata questa iniziativa e se contate di riproporla anche nel prossimo futuro.

Direi che l'iniziativa è andata bene e che ha avuto una buona ri-

presa mediatica, sia a livello locale-provinciale sia a nazionale. Per il futuro, mi auguro che iniziative simili vengano riprese su scala nazionale dalla Federazione, che vi sia insomma un'azione congiunta tra i singoli Ordini provinciali e tra questi e la Federa-

zione per trasmettere questo tipo di messaggi, soprattutto nelle strutture a cui i cittadini si rivolgono.

Sono iniziative importanti, che fanno bene sia ai cittadini sia ai medici, che stanno attraversando una profonda crisi motivazionale e vocazionale, in particolare quelli che appartengono a discipline che si sentono particolarmente "sotto attacco" da parte di un contenzioso dilagante. Il riscontro che ho avuto da parte di Associazioni come l'Aogoi, e più in generale l'apprezzamento ricevuto da tutta la classe medica, mi rende ancor più convinto della necessità di proseguire in questa direzione. Bisogna far sentire ai medici che l'Ordine è loro vicino, che è vicino ai cittadini, a cui, soprattutto, bisogna fornire più informazioni. Penso d'altra parte che dare una corretta informazione sia un nostro dovere istituzionale. I cittadini spesso si avventurano in un contenzioso immotivato perché non hanno le informazioni corrette, anche sulle procedure

che li riguardano. Un esempio banale può essere il sistema di *triage* nei pronto soccorso, che ha la funzione di prendersi cura di chi che ha più bisogno di assistenza e non di "chi arriva prima".

Sul piano delle azioni risarcitorie, vorrei sottolineare un altro aspetto importante: il cittadino - che da un punto di vista informativo viene "aggredito" da queste associazioni od onlus (con alle spalle studi legali) che lo spingono ad azioni risarcitorie - spesso non sa, o non realizza, che ciò che viene speso dalle aziende sanitarie, dal sistema pubblico in generale, per coprire i costi assicurativi e del contenzioso viene sottratto poi dal fondo per l'assistenza. Le risorse per le prestazioni e i servizi sono sempre di meno: tutti parlano, giustamente, di appropriatezza clinica, di appropriatezza delle prestazioni... ma quando si comincerà a parlare con il cittadino di "appropriatezza del contenzioso"? È necessario che i cittadini comprendano che il contenzioso immotivato va ad erodere le risorse per le prestazioni e i servizi.

Nel documento elaborato dal Dottor Giuseppe Botta del Gruppo di lavoro Aogoi sulla responsabilità professionale che è stato posto alla sua attenzione vengono affrontate le problematiche più cogenti in materia di colpa medica. Tra queste spicca il problema dei consulenti tecnici d'ufficio (Ctu)/periti/consulenti tecnici di parte (Ctp) che, spesso, come l'Aogoi denuncia da anni, "non sono all'altezza del loro compito" e non pagano per gli errori commessi. Neppure per i più clamorosi. Cosa pensa in proposito?

All'interno della struttura disciplinare dell'Ordine c'è una discussione attiva su questi temi. Proprio qualche giorno fa ho partecipato ad un convegno sulla responsabilità professionale e il contenzioso medico legale in cui abbiamo affrontato una problematica che è sempre più presente: il contenzioso tra consulenti.

La legge italiana prevede un



Silvestro Scotti

“Poco dopo il mio insediamento, a gennaio, ho richiesto e ottenuto dalla presidente del Tribunale di Napoli l’elenco di tutti i consulenti/periti per avviare un processo di digitalizzazione e aggiornamento degli elenchi”

certo grado di libertà del giudice nella scelta dei consulenti di cui avvalersi: la scelta del Ctu può quindi, talvolta, essere effettuata prescindendo dall’iscrizione all’albo dei Ctu e dai requisiti indicati dagli Ordini professionali. Ma questa discrezionalità, che si basa su un principio liberale, presenta però delle criticità da un punto di vista scientifico: il fatto che un consulente possa essere scelto in assenza di un curriculum o di una competenza specifica in merito al caso in oggetto può orientare il magistrato ad una conclusione erronea. Benché il giudice rimanga il *peritus peritorum*, è chiaro che la chiave di lettura e di interpretazione dei dati acquisiti dal Ctu ausiliario del giudice viene fatta propria dall’organo giudicante ai fini della decisione.

A proposito di casi eclatanti, vorrei citare uno dei più recenti: quello relativo alla sentenza del giudice del lavoro di Rimini, che nel 2012 aveva stabilito un nesso tra la vaccinazione trivalente Mpr e l’insorgenza di autismo in un bambino vaccinato nel 2002, condannando il Ministero della salute a risarcire la famiglia del bimbo. Alla base della sentenza, ribaltata il marzo scorso dalla corte d’Appello di Bologna, vi era la consulenza del Ctp della famiglia che aveva presentato studi rivelatisi poi “irrilevanti e smentiti dalla comunità scientifica”. Come le ricerche del medico inglese Wakefield, autore di un articolo su Lancet sui collegamenti tra vaccini e autismo, poi ritrattato dai coautori e, alla fine, ritirato dalla rivista stessa. Un falso insomma.

Il nuovo codice deontologico prevede che nell’ambito della consulenza tecnica il medico legale debba avere coscienza dei

propri limiti e, qualora necessario, di servirsi di altri soggetti, che completino le sue competenze.

Ma quando ciò non avviene, che cosa fa l’Ordine? Attualmente un medico iscritto al proprio Ordine provinciale che formuli una consulenza tecnicamente inesatta, “può o non può” essere deferito all’Ordine per eventuali sanzioni disciplinari. Le sembra possibile che un consulente, un collega, che sbaglia, condizionando così il giudizio del giudice, possa non subire conseguenze?

È vero che non ci sono sanzioni dirette ma è altrettanto vero che non ci sono segnalazioni. Sono pochissime. Ma quando ci pervengono devo dire che il nostro Ordine le raccoglie e irroga le sanzioni disciplinari del caso. Pur non potendo fare dei riferimenti precisi, posso dire che l’Ordine di Napoli ha appena sanzionato un consulente sulla base di una segnalazione pervenuta dall’altro consulente. Il collega ha impugnato il provvedimento e fatto ricorso alla Cceps, la Commissione Centrale Esercenti le Professioni Sanitarie (l’organo di giurisdizione speciale con sede presso il Ministero della Salute) ma noi ci siamo costituiti in Appello. Per cui in questo senso posso dire che siamo piuttosto attivi. Se poi non pervengono segnalazioni è chiaro che non possiamo agire.

Ciò che mi preme evidenziare è che una responsabilità deontologica già c’è, il dato è che questi fatti vanno portati all’attenzione degli Ordini. Che poi gli Ordini si debbano confrontare su questo tema e che la Federazione debba stabilire una linea di comportamento rispetto a queste situazioni deve essere senz’altro oggetto di dibattito. Questa è

una battaglia che senz’altro sono pronto a fare.

A monte comunque ci aspetta un grande lavoro. Poco dopo il mio insediamento, a gennaio, l’Ordine di Napoli ha richiesto e ottenuto dalla presidente del Tribunale di Napoli l’elenco di tutti i consulenti/periti. Pensi che gli Ordini non hanno nemmeno gli elenchi dei medici che svolgono questa attività, non ne conoscono quindi il curriculum, il percorso formativo in itinere. Come possono avere il necessario ruolo di supervisione e controllo?

È importante poi che i medici che intendano ricoprire questo ruolo ricevano una formazione specifica e continua. Per esempio, i consulenti del lavoro che non effettuino un certo tipo di aggiornamento/formazione vengono cancellati dagli albi. Altrettanto però non vale per i Ctu. Perché questa disparità in situazioni che sono molto simili?

A latere del processo di digitalizzazione e aggiornamento degli elenchi, che abbiamo già iniziato, stiamo quindi predisponendo un’iniziativa di formazione specifica per coloro che intendano svolgere l’attività di consulente/perito del Tribunale. In questo progetto di formazione l’Ordine di Napoli vuol far passare anche un segnale chiaro, sia ai medici che si confrontano sul piano delle consulenze sia anche a quelli coinvolti in situazioni di contenzioso: è necessario segnalare tutte quelle situazioni in cui vengano rilevati comportamenti inadeguati o non consoni da parte dei colleghi.

Il medico spesso viene considerato come ‘totipotente’, un super esperto in qualsiasi ambito della medicina ma egli deve essere consapevole delle proprie competenze e dei propri limiti. Al di là delle previsioni di legge, il consulente, in quanto medico, deve avere coscienza di questo. Quanto agli Ordini, non possono avere solo la responsabilità di sanzionare, ma devono fare anche informazione e formazione. È un loro compito. Sanzione ma anche informazione e formazione: solo così la nostra “coscienza ordinistica” è a posto.

Ai fini di una perizia qualitativa-mente accettabile, l’Aogoi ritiene che il primo passo da fare è che gli Ordini dei Medici e le Società scientifiche esercitino una forma di supervisione e controllo sulla composizione degli elenchi dei periti. Condividi anche lei la necessità e l’urgenza di questo primo passo?

Sì, dobbiamo attivarci subito affinché vengano stabiliti criteri trasparenti per la composizione di questi elenchi che devono contenere anche i curricula dei professionisti, in modo che il *peritus peritorum* sia davvero messo in grado di scegliere il consulente più adatto nell’ambito di una data causa giudiziaria.

Quali altri punti illustrati nel documento del gruppo di lavoro Aogoi sulla responsabilità professionale si sente di condividere e fare propri?

Tra i vari punti darei risalto a un aspetto che andrebbe ulterior-

mente approfondito nel documento e che riguarda ciò che sta a monte degli avventi avversi: la prevenzione. Un’analisi del rischio e delle procedure all’interno delle strutture è essenziale per qualità delle cure e la protezione degli operatori sanitari. E va a ridurre anche il contenzioso. Laddove vengono stabiliti procedure e criteri chiari, uniformi ed omogenei c’è una maggiore garanzia di sicurezza anche per gli operatori sanitari. L’esempio più semplice è costituito dalla *checklist*, uno strumento che rappresenta garanzia di osservanza di buona pratica, di aver svolto il nostro compito nel modo più adeguato rispetto a una determinata situazione.

Il *risk management* all’interno delle strutture è una questione importante e destinata ad esserlo ancor più alla luce del lavoro di equipe e della responsabilità interdisciplinare. Questo è un obiettivo che, anche come Ordine, dobbiamo aver chiaro davanti agli occhi. Anche se poi in un eventuale contenzioso sarà sempre il singolo medico, nel caso dell’Aogoi, il ginecologo, che resterà con il ‘cerino in mano’ e dovrà dimostrare di aver rispettato tutte le procedure del caso... **Y**

Strategie per la gestione clinica delle anomalie del sanguinamento uterino

Sabato 19 settembre 2015
Treviglio, Auditorium Cassa Rurale BCC



<p>8:30 Registrazione dei partecipanti</p> <p>1° SESSIONE</p> <p>Moderatori: Claudio Crescini, Antonio Gabriele</p> <p>9:00 Per un linguaggio comune: terminologia e classificazione eziopatogenetica FIGO Maria Antonietta Molinari</p> <p>9:20 Strategie per ottimizzare l’inquadramento diagnostico e la gestione del sanguinamento uterino anomalo Eleonora Preti</p> <p>9:40 Il controllo farmacologico dei sanguinamenti uterini anomali Alessandro Gambera</p> <p>10:00 La gestione e follow-up delle iperplasie endometriali Silvia von Wunster</p> <p>10:20 L’adolescente con anomalie del sanguinamento uterino: approccio clinico e terapeutico. Tiziano Motta</p> <p>10:40 Discussione</p> <p>10:50 Pausa</p>	<p>2° SESSIONE</p> <p>Moderatori: Francesco Bernasconi, Gianni Casarotti</p> <p>11:20 Gestione del sanguinamento anomalo in corso di contraccezione ormonale Laura Imbruglia</p> <p>11:40 Prospettive per l’utilizzo dei SPRM nella terapia dei sanguinamenti secondari ai fibromi uterini. Donata Spazzini</p> <p>12:00 Terapia chirurgica: come e quando? Stefano Landi</p> <p>12:20 Raccomandazioni e linee guida Maurizio Algeri</p> <p>12:40 Discussione</p> <p>12:50 Take home messages e chiusura dei lavori Claudio Crescini</p>
<p>Lunch session: Simposio MSD ITALIA - Corso senza ECM</p> <p>Il presente e il futuro della contraccezione: i metodi LARC</p>	

Segreteria scientifica: Claudio Crescini (Treviglio BG), Silvia von Wunster (Alzano Lombardo BG)
Segreteria Organizzativa: Servizi C.E.C. srl - Katia Gissi
Via Verdi 18, 24121 BERGAMO; Tel 035.249899 - Fax 035237852
k.gissi@servizicec.it - www.servizicec.it

L’iscrizione è gratuita. Si prega di inviare la scheda di iscrizione via fax o e-mail, entro e non oltre l’11 settembre 2015 alla segreteria organizzativa.
ECM richiesti Provider ECM: EMS Euro Medical Service S.r.l.; Provider ECM ID 3765; PIVA 07861680630; via A. Manzoni 259, 80123 Napoli; Tel/FAX 081-5752799; Email info@emsgroup.it www.emsgroup.it

Il manifesto della campagna informativa lanciata dall’Ordine dei Medici di Napoli



La linea clinica e quella assistenziale non possono essere separate". Per questo il Tar del Lazio ha annullato, con la **sentenza n. 6513 del 6 maggio 2015**, il Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 259 del 6.08.2014, concernente "Approvazione dell'Atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della regione Lazio", nella parte in cui la separazione della linea clinica, la cui direzione è affidata ai dipartimenti a direzione clinica, da quella assistenziale, il cui governo il decreto affidava alle UU.OO. delle professioni sanitarie. I giudici, infatti, accogliendo il ricorso dell'Anaa Assomed del Lazio contro il decreto, sostengono come "l'organizzazione del personale infermieristico affidata alla relativa autonomia dirigenza verrebbe a generare una confusione di ruolo e di responsabilità che andrà a discapito del malato, atteso che "il paziente, infatti, pure essendo sotto la responsabilità del medico dell'Uo di appartenenza potrebbe non ricevere disposizioni da quest'ultimo ma dal dirigente delle professioni sanitarie a prescindere dal medico che lo ha in cura e di cui è responsabile". Per il Tar, dunque, la separazione di clinica e assistenza, "in assenza di norme che raccordano armonicamente lo svolgimento delle due attività", è foriera delle disfunzioni denunciate" dall'Anaa.

Non solo. I giudici ritengono che "la contestata autonomia risulta essere in contrasto... con l'art.15, c.6 del DLgs 502/92 che stabilisce che ai Dirigenti con incarico di struttura complessa (medici) sono attribuite...funzioni di direzione della struttura, da attuarsi... anche mediante direttive a tutto il personale operante in essa... per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura a loro

Tar Lazio: "Clinica e assistenza non possono essere separate"

Bocciata la delibera regionale che affidava a dirigenti delle professioni sanitarie la direzione dell'attività assistenziale



affidata."

Il Tar ritiene che anche la normativa contrattuale confermi appieno tale impianto giuridico e che pertanto la regione debba radicalmente modificare l'impianto previsto.

Rilevata inoltre dai giudici amministrativi l'illegittimità delle procedure concorsuali previste per la copertura dei posti di dirigente delle professioni sanitarie, stabilendo che comunque per ricopri-

re incarichi di struttura necessari acquisire i medesimi titoli di carriera e di anzianità previsti dalla normativa concorsuale in vigore per la dirigenza ed in particolare il possesso di un pregresso servizio nella qualifica dirigenziale

Tirelli. Tuttavia, per Coen Tirelli le parole dei giudici amministrativi "non sciolgono il nodo e i dubbi sul comma 566, che "va affrontato in un tavolo al quale dovranno sedere anche gli operatori. Io non sono contrario al

La sentenza del Tar Lazio è interessante anche sotto un altro profilo. È infatti la prima a considerare ai fini giurisprudenziali il comma 566 della legge di stabilità, che viene preso dai giudici a ulteriore supporto per la loro tesi sull'illegittimità della separazione delle responsabilità tra attività clinica e assistenziale

di almeno cinque anni.

Ma la sentenza del Tar Lazio è anche interessante sotto un altro profilo. È infatti la prima a considerare ai fini giurisprudenziali il comma 566 della legge di stabilità, che viene preso dai giudici a ulteriore supporto per la loro tesi sull'illegittimità della separazione delle responsabilità tra attività clinica e assistenziale. Un "primo passo" verso "una corretta interpretazione" di quel comma, secondo il segretario regionale dell'Anaa Assomed, Guido Coen

Tirelli. Tuttavia, per Coen Tirelli le parole dei giudici amministrativi "non sciolgono il nodo e i dubbi sul comma 566, che "va affrontato in un tavolo al quale dovranno sedere anche gli operatori. Io non sono contrario al

confronto con le professioni sanitarie, ma bisogna discutere e ragionare. Sicuramente bisogna il legislatore non può e non deve continuare a legiferare senza alcun confronto con chi poi dovrà lavorare seguendo quelle direttive", ha detto Coen Tirelli.

"Alla luce della sentenza del Tar Lazio - osserva l'Anaa - la Regione dovrà quindi rivedere le disposizioni del Decreto nella parte relativa alla previsione dei nuovi servizi, eliminando la attuale netta separazione tra linea clinica e linea assistenziale, riconducendo la responsabilità complessiva, anche del personale del comparto, ai Direttori medici di Struttura complessa, rivedendo nel senso indicato dalla legge e dai Ccnl le funzioni da assegnare ai dirigenti delle professioni. In tal senso non trova base giuridica la previsione di Dipartimenti preposti alla linea assistenziale. Gli appartenenti alla professione dovranno accedere all'esercizio delle previste funzioni dirigenziali con procedure concorsuali legittime in termini di corrispondenza tra requisiti di accesso e tipologia di incarico attribuibile".

Ma il segretario regionale dell'Anaa Tirelli, auspica che la sentenza del Tar abbia anche un'altra conseguenza, cioè che "induca il Presidente della Regione a recuperare il metodo del dialogo costruttivo con le Organizzazioni Sindacali mediche e ad imporre alle Direzioni regionali un metodo di rigorosa legittimità nella costruzione dei provvedimenti normativi e di riordino del Servizio Sanitario Regionale".

Al Sant'Anna di Torino primo Centro nascite gestito esclusivamente da ostetriche

La struttura è posizionata in posizione decentrata e protetta che ospita un numero ristretto di mamme (5) e di neonati. Le stanze per la nascita sono allestite con supporti che migliorano il comfort e facilitano il contenimento del dolore con: vasca da bagno, spalliere, cuscini, materassi

Al via il primo Centro nascite gestito esclusivamente dalle ostetriche, presso l'ospedale Sant'Anna della Città della Salute di Torino. Qui alle ore 19.05 del 10 maggio 2015 è nato il primo bambino. La donna torinese è stata seguita durante la gravidanza dalle ostetriche del Servizio gravidanza fisiologica (referente ostetrica Liberata D'Ambrosio). Cos'è un Centro Nascita?

L'American Association of Birth Centers lo definisce come un centro, dall'ambiente familiare, in cui viene fornita assistenza ostetrica e neonatale a donne sane con gravidanza a basso rischio. Si tratta di abbinare la sicurezza della nascita in un ambiente altamente specializzato, quale quello del Sant'Anna, con il recupero della dimensione naturale della nascita in ambiente familiare.

Il 4 maggio 2015 ha iniziato l'attività il "Centro Nascita" piemontese, all'interno dell'ospedale Sant'Anna, presso la Ginecologia ed Ostetricia 2 universitaria, diretta da Tullia Todros. Il Centro è gestito da un gruppo di ostetriche formate e provenienti dalle Unità Operative di ostetricia. Referente delle attività del Centro Nascita è l'ostetrica Lucrezia D'Antuono; coordinatore del-

l'Area ostetrica, Letizia Francesc (DAPS S. Anna

La proposta di tale modello assistenziale risponde a criteri di appropriatezza delle prestazioni e valorizzazione dell'utilizzo della figura professionale dell'ostetrica, che diventa responsabile ed autonoma nell'assistenza delle donne con un basso profilo di rischio. Inoltre in prospettiva comporterà un importante risparmio delle ri-

sorse. Il Collegio Interprovinciale delle Ostetriche Torino Asti ha supportato la realizzazione del progetto.

In Italia sono partiti altri due centri nascita, uno a Genova e l'altro a Firenze ed in Europa è un modello clinico-organizzativo per l'assistenza al parto-nascita molto diffuso in alcuni Paesi, (Inghilterra, Svizzera, Germania). Quest'anno in Francia è prevista

Interrogazioni / De Filippo su terapia neonatale intensiva in Sicilia

“In Sicilia numero posti letto nelle UTIN maggiore ai fabbisogni”

Così il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo**, intervenuto il 7 maggio scorso in commissione Affari Sociali alla Camera, ha risposto all'interrogazione presentata **Giovanni Burtone (Pd)** sulle iniziative adottate in merito alle unità di terapia intensiva neonatale presenti in Sicilia e sul territorio nazionale per ridurre i rischi di mortalità. De Filippo ha spiegato che, per quel che riguarda il numero di posti letto delle Unità di terapia intensiva neonatale (Utin), la Regione Siciliana presenta un'offerta anche maggiore ai fabbisogni, inoltre "è in corso la verifica dell'appropriatezza dei ricoveri dei neonati in queste unità operative di alta specializzazione". Per quanto poi riguarda la messa in sicurezza della rete del percorso nascita, il sottosegretario ha spiegato che "il 2 marzo 2015 è stata trasmessa agli Uffici della Regione una nota da parte del Ministero della salute, contenente l'indicazione dettagliata degli interventi da realizzare, per sanare tutte le criticità riscontrate, e i tempi in cui detti interventi devono essere realizzati".

Ecco la risposta integrale di De Filippo. "La riorganizzazione della rete dei punti nascita deriva dall'Accordo, firmato il 16 dicembre 2010, in Conferen-

za Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Tale Accordo è scaturito dalla consapevolezza della necessità di implementare alcune misure fondamentali per

garantire livelli accettabili di qualità e sicurezza alla madre e al nascituro. Di particolare importanza è, in tal senso, la definizione del volume minimo di parti, che, secondo la letteratura scientifica e le esperienze in materia, è fondamentale per configurare le



Neonata morta. Dalle verifiche effettuate emerge l'assenza di un efficace sistema di "governance" per la sicurezza dei punti nascita, che ha contribuito alla mancata attuazione del protocollo STEN nella Provincia di Catania

condizioni organizzative, di competenza e di "expertise" necessarie per la sicurezza del percorso nascita, nonché per la realizzazione di un sistema di trasporto in emergenza specificamente rivolto alla madre e al neonato. In merito all'evento accaduto a Catania, è stato istituito, su

mandato del Ministro della salute, un nucleo di esperti del Ministero, dell'Agenas e dei Carabinieri dei Nas, nonché di rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità della Regione Siciliana, con il compito di verificare le criticità organizzative della rete del percorso nascita della Provincia di Catania, che hanno concorso al verificarsi della

morte della neonata. Le risultanze delle verifiche effettuate evidenziano essenzialmente l'assenza di un efficace sistema di "governance" per la sicurezza dei punti nascita, che ha contribuito alla mancata attuazione del protocollo relativo al trasporto neonatale in emergenza (Sten) nella Provincia di Catania. **Y**



l'apertura di almeno dieci Maisons de Naissance. Nel Centro possono partorire donne sane, senza fattori di rischio per la gravidanza e il parto, che siano già state seguite da parte dello stesso piccolo gruppo di ostetriche durante la gravidanza. L'assistenza alla gravidanza, al parto ed al neonato si basa rigorosamente sulle indicazioni che provengono dalle Linee Guida

nazionali e internazionali sull'assistenza alla gravidanza fisiologica. Inoltre il reparto è strutturato come se la partoriente fosse a casa propria. Addirittura il papà del neonato ed il primo figlio possono alloggiare 24h/24 e dormire con la neo - mamma per tutta la durata del ricovero in ospedale. **In ogni momento del percorso gravidanza-parto-puerperio si può attivare la consulenza del**

ginecologo. L'assistenza neonatale, nel più assoluto rispetto della fisiologia dell'evento nascita e dell'allattamento al seno, viene effettuata dall'ostetrica e dal personale medico della Neonatologia dell'Università, diretta dal professor Enrico Bertino. Il Centro Nascita del Sant'Anna è un luogo posto in posizione decentrata e protetta che ospita un numero ristretto di mamme (5) e di neonati. Le stanze per la nascita sono allestite con supporti che migliorano il com-

Il Centro abbina la sicurezza della nascita in un ambiente altamente specializzato, quale quello del Sant'Anna, con il recupero della dimensione naturale della nascita in ambiente familiare

fort e facilitano il contenimento del dolore con: vasca da bagno, spalliere, cuscini, materassi. Il resto dell'ambiente è studiato per accogliere le persone coinvolte e per facilitarne le relazioni: aree soggiorno, area ristoro e cucina, tisaneria. **Gli ambienti sono stati studiati in modo da facilitare una conduzione naturale del travaglio-parto,** nelle situazioni in cui la donna ed il nascituro godano di buona salute: la gravidanza ed il

parto si presentano fisiologici e non richiedono cure addizionali. Nel centro si offrono cure centrate sui bisogni della donna, del bambino e della coppia, in accordo con le evidenze scientifiche. **Qualora insorgano fattori che modificano il profilo di rischio,** in accordo con il medico di guardia e dopo aver informato la mamma, l'ostetrica provvederà al trasferimento nel luogo più appropriato all'interno dell'ospedale, ove è anche disponibile il servizio di Anestesia, diretto da Evelina Gollo. L'obiettivo principale del Centro Nascita è quindi quello di riscoprire e recuperare nel modo migliore la grandezza dell'evento nascita, che coinvolge tutta la famiglia, in un contesto ospedaliero di sicurezza e sostegno. **Y**

Hyalo Gyn, *intimamente* in forma...

www.hyalogyn.it



seguici su:

Hyalo Gyn gel è un dispositivo medico CE 0459 - Hyalo Gyn lavanda è un dispositivo medico CE 0546

mai più
secchezza
vaginale

Hyalo Gyn è la nuova gamma di prodotti clinicamente testati per il benessere intimo femminile a base di acido ialuronico.

Hyalo Gyn Gel è un gel non ormonale indicato nel trattamento della secchezza vaginale di varia natura: nel climaterio e in menopausa, in caso di stress e amenorrea, nel post-partum e durante l'allattamento, in concomitanza all'utilizzo di contraccettivi orali o altri trattamenti farmacologici o terapie (chemioterapia, radioterapia). Pratico da usare, poiché non unge, è incolore e inodore, è il gel ideale per reidratare e lubrificare il canale vaginale, evitando i fastidiosi fenomeni di secchezza, prurito o bruciore, ed è anche un coadiuvante nel processo

di guarigione delle microlesioni da attrito (es. dopo esami ginecologici invasivi).

Hyalo Gyn Lavanda, da sola o in associazione al Gel, è indicata a scopo protettivo, per favorire il fisiologico processo di riparazione delle lesioni delle mucose. Inoltre, grazie all'azione idratante e rinfrescante, è utile per contrastare le sensazioni di fastidio derivanti dalla secchezza vaginale.

Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni per l'uso.



fidia
farmaceutici s.p.a.

Our passion, your health

www.fidiapharma.com

CONGRESSO INTERREGIONALE AOGOI LIGURIA- PIEMONTE - VALLE D'AOSTA

Il confronto "interregionale": una ricetta di successo

■ **Mettere a confronto le esperienze professionali di colleghi che operano in regioni e contesti differenti. Attraverso una condivisione di scelte e obiettivi. Ecco la ricetta del successo di questo primo "esperimento" interregionale che ha riunito a congresso anche GILT (Agite) e Aio**

In un riuscito connubio fra Ospedale e Territorio, con tutte le figure professionali riunite, e aderendo a una precisa richiesta del Direttivo Nazionale Aogoi di organizzare Congressi per macro aree, si è svolto dal 17 al 18 aprile, presso il Museo del Mare (Galata) di Genova, il Con-

gresso Aogoi Liguria - Piemonte - Valle d'Aosta, unitamente al Congresso Aio e Gilt (AGITE). Alla presenza delle figure più rappresentative della Ginecologia Italiana - il presidente Sigo **Paolo Scollo**, il presidente Aogoi **Vito Trojano** e il segretario nazionale **Antonio Chiantera**, il presidente

Cic Nicola Surico - gli organizzatori del Congresso **Sandro Viglino**, vice presidente Aogoi e presidente Gilt, **Vincenzo Maritati**, segretario Aogoi Liguria, **Roberto Jura**, segretario Aogoi Piemonte, **Marco Salvatore**, segretario Aogoi Valle d'Aosta, hanno proposto due giornate di aggiornamento scientifico su temi di estrema attualità.

La prima Sessione dedicata alla "Depressio-

ne post-partum" ha visto il coinvolgimento nelle relazioni di psicologhe, neuropsichiatre, ginecologhe e ostetriche. La tematica, importante e coinvolgente, ha stimolato una attiva partecipazione nel dibattito dell'uditorio, con riflessioni comuni sulla necessità di mettere sempre la madre al centro della nostra attenzione. La seconda Sessione "Disfunzioni del pavimento pelvico" ha visto impegnati diversi colleghi esperti della materia nell'informare i presenti sulle ultime novità in un settore che tanta importanza riveste nella qualità di vita delle donne, specie in quelle meno giovani.

A connotare la terza e ultima Sessione della prima giornata congressuale "AOGOI per te" è stata la moderazione "attiva" dei vertici Aogoi (A. Chiantera, V. Trojano, C.M. Stigliano), l'intervento appassionato e molto apprezzato dell'avvocata **Vania Cirese**, responsabile dell'Ufficio Legale Aogoi, e la magistrale disamina di una perizia medico-legale, condotta da **Mario Campogrande**, che hanno stimolato il grande interesse de-

gli astanti.

La seconda giornata congressuale si è occupata innanzi tutto dell'approccio diagnostico e terapeutico al tumore dell'endometrio, patologia frequente (7700 nuovi casi/anno) ma non sempre al centro dell'attenzione dei mass media: ne hanno trattato con competenza relatori delle tre Regioni portando all'attenzione dei presenti gli aspetti e gli aggiornamenti più salienti in quest'ambito, suscitando l'interesse e molti contributi da parte

del pubblico.

La giornata è proseguita con "Attualità in Ginecologia" offrendo così l'opportunità di affrontare temi sempre di grande interesse come lo stato dell'arte della vaccinazione antiHPV (Icardi) o l'approccio medico al trattamento dei fibromi. L'ultima sessione è stata dedicata alle novità e alle controversie in tema di contraccezione mettendo a confronto le conoscenze degli esperti (E. Arisi) con quelle dei colleghi territoriali e delle ostetriche.

Questo primo "esperimento" interregionale ha dimostrato che si possono organizzare iniziative che mettano a confronto le esperienze professionali di colleghi che operano in Regioni e contesti differenti attraverso una condivisione di scelte e obiettivi comuni che superino provincialismi e campanilismi di cui la nostra categoria non ha proprio bisogno. Al termine del Congresso, il segretario piemontese **Roberto Jura** ha annunciato che, nello spirito di cui sopra, l'edizione 2016 si terrà a Biella. **Y**



Da sinistra: M. Salvatore, R. Jura, V. Maritati e S. Viglino

Congresso interregionale AOGOI - AIO

Medici e Ostetriche insieme, con un obiettivo comune: la Salute e il Benessere femminile

Marina Tabò, Segretario Regionale AIO Liguria - **Angela Maccagnola**, Segretario Regionale AIO Piemonte
Loredana Tessarini, Segretario Regionale AIO Val d'Aosta

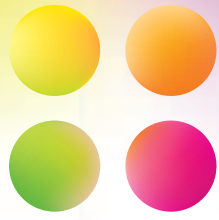
Il Congresso interregionale Aogoi-Aio delle regioni Liguria, Val d'Aosta e Piemonte ha reso possibile un confronto costruttivo fra personale ostetrico e medico, vertendo su molteplici aspetti inerenti la pratica clinica quotidiana. Si è posta particolare attenzione sui principi di Prevenzione e Benessere femminile con fine ultimo la salvaguardia e la tutela della Qualità della vita della donna. Particolare accento è stato posto sulla **riabilitazione del pavimento pelvico**, sul fondamentale ruolo dell'ostetrica nella diagnosi e nella cura interdisciplinare della de-

pressione post partum e, infine, sul **counselling contraccettivo**. Il tema della contraccezione coinvolge quotidianamente l'ostetrica, a livello consultoriale e ospedaliero, implicando necessariamente un impegno sia di tipo empatico sia di tipo formativo della professionista circa l'educazione, la salute e il benessere sessuale della donna dall'età puberale a quella post menopausale. Nel corso di questa sessione è stato esposto e sviluppato il **progetto AIO** riguardante una specifica **formazione ostetrica** volta a sensibilizzare sempre più le professioniste al loro ruolo di so-

stegno e tutela della Donna. È stata focalizzata particolare attenzione sulle "sfere" giovanili, al fine di forgiare o implementare le conoscenze e le competenze in tema di salute e benessere sessuale, limitando quindi, o auspicabilmente eliminando, gravidanze indesiderate. Il nobile obiettivo del suddetto progetto comporta una formazione specifica da parte del professionista promotore della Salute anche in ambito relazionale: approccio empatico, instaurazione della relazione d'aiuto, prevenzione, sostegno e cura. In tal senso il confronto con la dotto-

ressa **Godoni**, medico ginecologo consultoriale, ha permesso di comprendere l'effettiva importanza della creazione di un approccio di tipo integrato fra servizi territoriali e ospedalieri e fra le figure professionali di medico ginecologo e ostetrica. Perseguendo l'indirizzo professionale, occorre creare una pratica clinica interdisciplinare basata sull'interscambio e la collaborazione. Solo in questo modo si potrà arrivare al raggiungimento dell'obiettivo comune volto alla tutela della salute della donna. **Y**





seasonique

150 mcg/ 30 mcg e 10 mcg

Levonorgestrel/Etinilestradiolo

gennaio

febbraio

marzo

aprile

maggio

giugno

luglio

agosto

settembre

ottobre

novembre

dicembre

gennaio

Report congressi / Capri: V Corso Interattivo di Ostetricia e Ginecologia

Un modello vincente, consolidato dall'esperienza maturata nel corso delle 4 precedenti edizioni

Carlo Sbiroli

Ai Corsi Interattivi di Ostetricia e Ginecologia di Capri funziona così: chi partecipa interviene attivamente ai dibattiti e a momenti di riflessione su tematiche tra le più interessanti della nostra specialità. Viene privilegiata la discussione interattiva tra i partecipanti, per cui nessuno si sente escluso. Tutti sono coinvolti. L'aula è sempre affollata, anche se la manifestazione si svolge nella più incantevole delle isole partenopee e...la tentazione di fare il turista è forte.

Fabio Sirimarco, direttore del Corso, si schernisce ai complimenti dei colleghi per il successo della manifestazione. Sorride e dice: "non abbiamo fatto nulla di straordinario. Abbiamo solo applicato l'esperienza, ormai consolidata, maturata nei corsi degli anni precedenti. L'obiettivo primario è sempre quello di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici attraverso il confronto tra evidenze scientifiche e nuove proposte di cura,

senza lasciarsi andare a facili entusiasmi o eccessi di protagonismo".

Il V Corso Interattivo di Capri, che si è svolto dal 14 al 16 maggio, ha ripetuto il successo degli anni precedenti. L'impegno degli organizzatori (presidente Antonio Chiantera) non si è limitato alla scelta della location-Capri, che già di per se assicura una nutrita partecipazione. La chiave del successo va ricercata principalmente nella scelta degli argomenti e nel proporre relatori altamente competenti.

I temi presentati quest'anno hanno riguardato la **preservazione della fertilità**, la **contraccezione** dall'adolescenza all'età adulta e la **medicina della riproduzione**. Tre argomenti di grande interesse su cui oggi si stanno concentrando gli sforzi di molti laboratori di ricerca in tutto il mondo. Prendiamo ad esempio il tema della fertilità: oggi significa parlare anche di onco-fertilità. Significa parlare da un lato di chirurgia fertility-sparing e dall'altra di crioconservazione del tessuto ovarico. I risultati pre-

sentati a Capri sono apparsi molto incoraggianti e mostrano che è solo questione di tempo, perché la portata di queste acquisizioni possa investire la normale cultura di ogni ginecologo.

Sulla contraccezione poi non si finisce mai d'imparare. I criteri

di scelta del contraccettivo devono essere ritagliati sulla paziente. E devono tener conto dell'anamnesi e dell'età. Questo significa fare uno screening preliminare, anche se questo crea qualche problema alle pazienti.

Ultima notazione. Come si sa, il tempo ci tradisce sempre perché passa. Ma al Corso Interattivo di Capri no. Perché lì il tempo è utilizzato bene: per acculturarsi, per migliorare la propria professione, per recuperare un orizzonte. E vorrei concludere con quanto scrive Sirimarco sulla brochure del Corso: "ti auguro tempo,/non ti auguro un dono qualsiasi,/ ti auguro soltanto quello che i più non hanno./ Ti auguro tempo:/ per donare il tuo sapere/ a chi può avere bisogno... E utilizzare bene il tempo è la più grande prospettiva di libertà che abbiamo. **Y**

Congresso Regionale AOGOI-AIO PUGLIA

Medicina materno-fetale: quale futuro?

■ Il congresso AIO si è concluso con l'elezione del nuovo Segretario Regionale Puglia Silvia Tursi

Il Congresso regionale congiunto, svoltosi a Ostuni l'8-9 maggio scorso, ha permesso all'Aio di creare un'opportunità di incontro e confronto tra colleghe della regione che hanno potuto così condividere una linea di indirizzo e una politica di cambiamento che vede le ostetriche protagoniste al fianco della salute delle donne, dei bambini e delle famiglie in un'ottica di sostegno della fisiologia e della buona sanità.

Il messaggio è stato anche quello di unione e lavoro sinergico: la presenza al Convegno della vicepresidente Fnco, Antonella Cinotti, ha rappresentato un punto di forza e un segnale forte di interazione e unione di intenti perché si possa anche in Puglia apportare non solo un cambiamento di rotta verso una razionalizzazione delle risorse in termini di personale dedicato, ma soprattutto in termini di linee di indirizzo, procedure e protocolli condivisi. Per far questo, il primo step per Aogoi-Aio sarà quello di proporre a livello regionale una reingegnerizzazione dell'organico in tutte le strutture di ostetricia e ginecologia, dotandole di ostetriche numericamente adeguate da

sostenere in tutti gli ambiti di competenza, cioè ostetrico-neonatale-ginecologico.

La proposta lanciata è stata quella di iniziare, paradossalmente, dalla fine del percorso nascita: il puerperio e l'esogestazione che ad oggi non vedono sostegno e punti di riferimento, se non in alcune piccole realtà circoscritte. Il lavoro successivo sarà quello di creare percorsi differenziati alla nascita tra il basso e l'alto rischio, dove la presa in carico da parte dell'ostetrica sia in piena autonomia e re-

sponsabilità per quanto riguarda la fisiologia.

Infine si proporrà, così come previsto dall'Accordo Stato-Regioni, la creazione dell'Agenda unica della gravidanza, strumento validato e integrato a livello regionale che possa uniformare l'accom-

pagnamento della gestazione, in un percorso che sostenga la demedicalizzazione.

Il lavoro sarà cospicuo e richiederà costanza e determinazione, ma "insieme": ostetriche, gineco-

logi, Fnco e Società scientifiche si potrà migliorare il modo di venire al mondo. **Y**



Silvia Tursi



CONVEGNO REGIONALE A.O.G.O.I. PUGLIA

MEDICINA MATERNO - FETALE: QUALE FUTURO?

MASSERIA SANTA LUCIA OSTUNI
8-9 MAGGIO 2015

SEASONIQUE - Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto

▼ Medicinale sottoposto a monitoraggio aggiuntivo. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta. Vedere paragrafo 4.8 per informazioni sulle modalità di segnalazione delle reazioni avverse.

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. Seasonique 150 microgrammi / 30 microgrammi + 10 microgrammi , compresse rivestite con film. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** Ciascuna compressa rosa rivestita con film contiene 150 microgrammi di levonorgestrel e 30 microgrammi di etinilestradiolo. Ciascuna compressa bianca contiene 10 microgrammi di etinilestradiolo. Eccipienti con effetti noti: compresse rosa: lattosio 63,02 mg per compressa, E129 0,169 mg per compressa e E133 0,009 mg per compressa. compresse bianche: lattosio 69,20 mg per compressa. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Comprese rivestite con film. Comprese rosa, tonde, biconvesse, con un diametro di circa 5,7 mm, con inciso "172" su un lato e "T" sull'altro lato. Comprese bianche, tonde, biconvesse, con un diametro di circa 5,7 mm, con inciso "173" su un lato e "T" sull'altro lato. Le compresse bianche si trovano nella quinta (ultima) fila nel terzo blister. Solo il terzo blister contiene 5 file di compresse ed è di forma rettangolare **4. INFORMAZIONI CLINICHE.** **4.1. Indicazioni terapeutiche.** Contraccezione orale. **4.2. Posologia e modo di somministrazione.** Seasonique è un contraccettivo orale a regime esteso le cui compresse vengono assunte in modo continuativo per 91 giorni. Ciascuna confezione successiva da 91 giorni deve essere iniziata il giorno dopo l'assunzione dell'ultima compressa della confezione precedente. La confezione di Seasonique è costituita da 84 compresse in terapia associata da 150 microgrammi di levonorgestrel e 30 microgrammi di etinilestradiolo e da 7 compresse da 10 microgrammi di etinilestradiolo. **Come usare Seasonique** Le compresse vengono assunte in modo continuativo per 91 giorni. Le compresse devono essere assunte per bocca, una al giorno, alla stessa ora, nell'ordine indicato sulla confezione blister. Si assume una compressa rosa contenente levonorgestrel ed etinilestradiolo giornalmente per 84 giorni consecutivi, seguita da una compressa bianca di etinilestradiolo per 7 giorni, durante i quali solitamente si presenta il sanguinamento da sospensione. **Come avviare Seasonique** Le compresse devono essere assunte ogni giorno circa alla stessa ora, se necessario con una piccola quantità di liquido, e nell'ordine indicato sulla confezione blister. Si deve assumere una compressa al giorno per 91 giorni consecutivi. In particolare, si deve assumere una compressa rosa ogni giorno per 84 giorni consecutivi, seguita da una compressa bianca per 7 giorni consecutivi. Durante i 7 giorni nei quali si assumono le compresse bianche dovrebbe comparire il sanguinamento da sospensione programmato. Ogni ciclo successivo da 91 giorni viene avviato senza interruzioni nello stesso giorno della settimana nel quale la paziente aveva iniziato la prima dose di Seasonique, seguendo lo stesso schema. **Nessun uso precedente di contraccettivi ormonali (nel mese precedente).** La prima compressa deve essere assunta il primo giorno del ciclo mestruale naturale (cioè il primo giorno della mestruazione). Le donne possono avviare Seasonique più tardi (cioè nei giorni 2-5 del ciclo), ma in questo caso devono essere avvertite di adottare un metodo contraccettivo supplementare di barriera per i primi 7 giorni di assunzione delle compresse. **Passaggio da un contraccettivo ormonale combinato (contraccettivo orale combinato (COC), anello vaginale o cerotto transdermico).** La donna deve iniziare Seasonique il giorno dopo l'ultima compressa attiva (l'ultima compressa contenente i principi attivi) del COC precedente. Nel caso sia stato usato un anello vaginale o un cerotto transdermico, la donna deve iniziare il trattamento con Seasonique il giorno della rimozione, o comunque entro il giorno in cui avrebbe dovuto effettuare l'applicazione successiva. **Passaggio da un contraccettivo a base di solo progestinico (pillola a base di solo progestinico, iniezione, impianto) o da un sistema intrauterino a rilascio di progestinico (IUS).** La donna può passare in qualsiasi momento dalla pillola a base di solo progestinico (da un impianto o da uno IUS, il giorno della sua rimozione; da un iniettabile, il giorno in cui deve essere praticata l'iniezione successiva) a Seasonique ma deve in qualsiasi caso essere avvertita di adottare un metodo contraccettivo supplementare di barriera per i primi 7 giorni di assunzione della compressa. **Dopo un aborto al primo trimestre.** La donna può iniziare immediatamente il trattamento, senza bisogno di ulteriori misure contraccettive. **Dopo un parto o un aborto nel secondo trimestre di gravidanza.** La donna deve essere avvertita di iniziare Seasonique fra il 21° e il 28° giorno dopo un parto o un aborto nel secondo trimestre di gravidanza. In caso inizi più tardi, la donna deve essere avvertita di adottare un metodo contraccettivo supplementare di barriera per i primi 7 giorni. Tuttavia, se nel frattempo si fossero avuti rapporti sessuali, è necessario escludere una gravidanza, oppure attendere la mestruazione successiva, prima di iniziare a usare il COC. Per le donne che allattano al seno vedere il paragrafo 4.6. **Gestione delle compresse dimenticate** L'affidabilità contraccettiva può risultare ridotta se si dimentica di assumere le compresse rosa, e in particolare se si dimentica di assumere le prime compresse della confezione blister. Se ci si accorge di aver dimenticato di assumere una compressa rosa entro 12 ore dall'ora abituale di assunzione, questa deve essere assunta immediatamente, e il trattamento deve essere continuato normalmente assumendo la compressa successiva all'ora abituale. Se più di 12 ore dopo dall'ora abituale di assunzione ci si accorge di aver dimenticato di assumere una o più compresse rosa, la protezione contraccettiva potrebbe risultare ridotta. Nel caso di dimenticanza delle compresse valgono le seguenti due regole di base: 1. L'assunzione delle compresse non deve mai essere interrotta per più di 7 giorni. 2. Sono necessari 7 giorni di assunzione ininterrotta delle compresse per ottenere un'adeguata soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio. Di conseguenza, nella pratica quotidiana possono essere dati i seguenti suggerimenti: **Dimenticanza di compresse rosa di levonorgestrel/etinilestradiolo.** Dal Giorno 1 al Giorno 7 (settimana 1). Se durante la settimana 1 si dimenticano una o più compresse, esiste un maggior rischio di gravidanza perché per ottenere la soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio sono necessari 7 giorni di assunzione ininterrotta delle compresse. Se nei 7 giorni precedenti si sono avuti rapporti sessuali, deve essere presa in considerazione la possibilità che si sia instaurata una gravidanza. Quanto maggiore è il numero di compresse dimenticate e più sono vicine alla fase delle compresse bianche, tanto più elevato è il rischio di gravidanza. La singola compressa rosa dimenticata deve essere assunta non appena possibile, anche se ciò comporta l'assunzione di due compresse contemporaneamente. Le altre compresse devono essere assunte all'ora abituale. Se si dimenticano due compresse rosa, si devono assumere due compresse nel giorno in cui ci si ricorda di averle dimenticate, e altre due compresse il giorno dopo. Le altre compresse devono essere assunte all'ora abituale. Se si dimenticano 3 o più compresse rosa, le compresse dimenticate devono essere omesse e le compresse seguenti assunte all'ora abituale come indicato sulla confezione. Nella settimana dopo aver dimenticato le compresse potrebbe presentarsi un sanguinamento. In qualsiasi caso, nei 7 giorni seguenti si deve adottare un metodo contraccettivo supplementare. **Dal Giorno 8 al Giorno 84 (dalla settimana 2 alla 12).** La singola compressa rosa dimenticata deve essere assunta non appena possibile, anche se ciò comporta l'assunzione di due compresse contemporaneamente. Le altre compresse devono essere assunte all'ora abituale. Non sono necessarie precauzioni contraccettive supplementari. Se si dimenticano due compresse rosa, si devono assumere due compresse nel giorno in cui ci si ricorda di averle dimenticate, e altre due compresse il giorno dopo. Le altre compresse devono essere assunte all'ora abituale. Dopo aver ripreso l'assunzione delle compresse si deve adottare un metodo contraccettivo supplementare non ormonale per i 7 giorni successivi. Se si dimenticano 3 o più compresse rosa, le compresse dimenticate devono essere omesse e le compresse seguenti assunte all'ora abituale come indicato sulla confezione. Nella settimana dopo aver dimenticato le compresse potrebbe presentarsi un sanguinamento. In qualsiasi caso, nei 7 giorni dopo aver ripreso l'assunzione delle compresse si deve adottare un metodo contraccettivo supplementare non ormonale. Se nei giorni in cui sono state dimenticate delle compresse si sono avuti rapporti sessuali, deve essere presa in considerazione la possibilità che si sia instaurata una gravidanza. Quanto maggiore è il numero di compresse dimenticate e più sono vicine alla fase delle compresse bianche, tanto più elevato è il rischio di gravidanza. **Dimenticanza di compresse bianche di etinilestradiolo (settimana 13).** Le compresse dimenticate devono essere omesse e le compresse seguenti continuate all'ora abituale fino al termine della confezione. Non sono necessarie precauzioni contraccettive supplementari. Se durante la settimana 13 (durante l'assunzione delle compresse bianche di etinilestradiolo) non si presenta il sanguinamento da sospensione, prima di avviare un nuovo ciclo da 91 giorni si deve escludere la possibilità di una gravidanza. **Avvertenze in caso di disturbi gastro-intestinali** In caso di gravi disturbi gastro-intestinali (per esempio vomito o diarrea), l'assorbimento può risultare incompleto e devono essere adottate misure contraccettive supplementari. Se il vomito si presenta entro 3-4 ore dall'assunzione di una compressa, la donna deve seguire i consigli forniti per le compresse dimenticate. Se non si vuole modificare il consueto schema posologico, si può prelevare la(e) compressa(e) rosa necessaria(e) dall'ultima fila del blister (settimana 12). **Popolazione pediatrica** L'efficacia e la sicurezza di Seasonique non è stata stabilita nelle donne in età fertile di età inferiore a 18 anni. **4.3. Controindicazioni.** I contraccettivi orali combinati (COC) non devono essere usati in presenza di una qualsiasi delle condizioni sotto elencate. Nel caso in cui una di tali condizioni si presenti per la prima volta durante l'uso del COC, il trattamento deve essere interrotto immediatamente. • Trombosi venosa in atto o pregressa (trombosi venosa profonda, embolia polmonare); • trombosi arteriosa in atto o pregressa (per es. infarto miocardico) o condizioni prodromiche (per es. angina pectoris e attacco ischemico transitorio); • accidente cerebrovascolare in atto o pregresso; • presenza di un fattore di rischio grave o di più fattori di rischio per la trombosi arteriosa: • diabete mellito con sintomi vascolari • grave ipertensione • grave dislipoproteinemia • predisposizione ereditaria o acquisita alla trombosi venosa o arteriosa, come APC-resistenza, deficit di antitrombina-III, deficit di proteina C, deficit di proteina S, iperomocisteinemia e anticorpi antifosfolipidi (anticorpi anticardiolipina, lupus anticoagulanti); • pancreatite in atto o pregressa, se associata a grave ipertrigliceridemia; • grave patologia epatica in atto o pregressa, fino al ritorno alla normalità dei valori della funzionalità epatica; • tumori epatici (benigni o maligni) in atto o pregressi; • patologie maligne accertate o sospette, dipendenti dagli steroidi sessuali (per es. degli organi genitali o della mammella); • sanguinamento della vagina non diagnosticato; • anamnesi di emicrania accompagnata da sintomi neurologici focali; • in associazione al medicinale erboristico Erba di San Giovanni (Hypericum perforatum) • Ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1. **4.4. Avvertenze speciali e precauzioni di impiego.** In presenza di una qualsiasi delle seguenti condizioni/fattori di rischio, i benefici dell'uso dei COC devono essere valutati attentamente rispetto ai rischi per ciascuna donna e discussi con lei prima che decida di iniziare l'assunzione del medicinale. In caso di aggravamento, esacerbazione o comparsa per la prima volta di una qualsiasi di tali condizioni o fattori di rischio, la donna deve rivolgersi al medico. Il medico deciderà se deve essere interrotto l'uso del COC. **Disturbi circolatori.** L'impiego di qualunque contraccettivo orale combinato comporta un aumento del rischio di una tromboembolia venosa (TEV) rispetto al non uso. Il rischio aggiuntivo di TEV è massimo nel primo anno se la donna non ha mai fatto uso di un contraccettivo orale combinato. Alcuni studi epidemiologici hanno mostrato che l'incidenza di TEV in donne che non hanno altri fattori di rischio noti per la TEV e che utilizzano contraccettivi orali combinati a basso dosaggio di estrogeni (<50 mcg di etinilestradiolo) è di circa 20 casi su 100.000 donne-anno. Questo a fronte di 5-10 casi per 100.000 donne-anno per le non utilizzatrici e 60 casi per 100.000 gravidanze. La TEV è fatale nell'1-2 % dei casi. Non è noto in che modo Seasonique influenzi la comparsa di tali eventi in confronto ad altri COC contenenti levonorgestrel. Gli studi epidemiologici hanno anche associato l'uso di contraccettivi orali combinati a un aumentato rischio di tromboembolismo arterioso (infarto miocardico, attacco ischemico transitorio). Molto raramente, in donne che usavano la pillola contraccettiva sono stati segnalati casi di trombosi in altri distretti vascolari, per esempio vene e arterie epatiche, mesenteriche, renali, cerebrali o retiniche. Non c'è consenso sul fatto che la comparsa di questi eventi sia associata all'uso dei contraccettivi ormonali. I sintomi degli eventi trombotici/tromboembolici venosi o arteriosi o di un accidente cerebrovascolare possono comprendere: • dolore unilaterale insolito e/o gonfiore a una gamba; • forte e improvviso dolore toracico, indipendentemente dall'irradiazione al braccio sinistro; • "mancanza d'aria" improvvisa • insorgenza improvvisa di tosse; • cefalea insolita, intensa e prolungata; • improvvisa perdita parziale o completa della vista; • diplopia; • linguaggio indistinto o afasia; • vertigini; • collasso con o senza attacchi epilettici focali; • improvvisa debolezza o intorpidimento molto marcato di un lato o di una parte del corpo; • disturbi motori; • addome acuto. Il rischio di complicazioni tromboemboliche venose nelle utilizzatrici di COC aumenta con: • l'età; • anamnesi familiare positiva (tromboembolia venosa in un fratello/sorella o in un genitore in età relativamente precoce). Se si sospetta una predisposizione ereditaria, la donna deve essere indirizzata a uno specialista per un parere, prima di decidere di assumere qualsiasi COC; • prolungata immobilizzazione, interventi chirurgici maggiori, qualsiasi tipo di intervento chirurgico alle gambe o traumi importanti. In tali situazioni è consigliabile interrompere l'uso dei COC (nel caso di chirurgia elettiva, almeno quattro settimane prima) e non riprenderlo fino a due settimane dopo la completa ripresa della mobilità; • obesità (indice di massa corporea superiore a 30 kg/m²); • non esiste consenso sul ruolo delle vene varicose e della tromboflebite superficiale nell'esordio o nella progressione della trombosi venosa. Il rischio di complicazioni tromboemboliche arteriose o di un accidente cerebrovascolare nelle utilizzatrici di contraccettivi orali combinati aumenta con: • l'età • il fumo (alle donne di età superiore ai 35 anni deve essere fortemente raccomandato di non fumare se desiderano usare un COC) • dislipoproteinemia • ipertensione • emicrania • obesità (indice di massa corporea superiore a 30 kg/m²) • anamnesi familiare positiva (tromboembolia arteriosa in un fratello/sorella o in un genitore in età relativamente precoce). Se si sospetta una predisposizione ereditaria, la donna deve essere indirizzata a uno specialista per un parere, prima di decidere di assumere qualsiasi COC • valvulopatia • fibrillazione atriale. Anche la presenza di un fattore di rischio grave o di più fattori di rischio può rappresentare una controindicazione. Deve essere considerata anche la possibilità di una terapia anticoagulante. Le utilizzatrici di COC devono essere specificamente avvisate di contattare il medico qualora si manifestino possibili sintomi di trombosi. In caso di trombosi sospetta o accertata, l'uso del COC deve essere interrotto. Deve essere adottato un adeguato metodo contraccettivo alternativo a causa della teratogenicità della terapia anticoagulante (cumarinici). Deve essere tenuto presente l'aumento del rischio di tromboembolia durante il puerperio (per informazioni su "Gravidanza e allattamento" vedere paragrafo 4.6). Altre condizioni mediche che sono state associate a eventi avversi vascolari comprendono diabete mellito, lupus eritematoso sistemico, sindrome emolitico-uremica, patologie infiammatorie croniche dell'intestino (morbo di Crohn o colite ulcerosa) e malattia a cellule falciformi. Un aumento nella frequenza o nella gravità dell'emicrania durante l'uso di un COC (che può essere prodromico di un evento cerebrovascolare) può rappresentare un motivo d'interruzione con angioedema ereditario. **COC. Tumori** In alcuni studi epidemiologici è stato segnalato un aumento del rischio di carcinoma cervicale nelle utilizzatrici di COC per lunghi periodi (>5 anni), ma è tuttora controverso in che misura questo risultato sia attribuibile agli effetti confondenti dovuti al comportamento sessuale e ad altri fattori quali il papilloma virus umano (HPV). Una meta-analisi di 54 studi epidemiologici ha evidenziato che le donne che usano COC presentano un rischio relativo lievemente aumentato (RR = 1, 24) di diagnosi di carcinoma mammario. Il rischio aggiuntivo scompare gradualmente nel corso dei 10 anni successivi all'interruzione dell'uso di COC. Poiché il carcinoma mammario è raro nelle donne al di sotto dei 40 anni, il numero di casi in più di carcinomi mammari diagnosticati in donne che usano, o che hanno usato recentemente, COC è basso in relazione al rischio complessivo di carcinoma mammario. Tali studi non forniscono evidenze di una relazione causale. L'aumento del rischio osservato può essere dovuto a una più precoce diagnosi di carcinoma mammario nelle donne che usano COC, agli effetti biologici degli stessi o a una combinazione di entrambi i fattori. Il carcinoma mammario diagnosticato nelle donne che utilizzano o hanno utilizzato COC tende a essere clinicamente meno avanzato rispetto a quello diagnosticato nelle donne che non ne hanno mai fatto uso. Nelle donne che assumono COC sono stati segnalati raramente tumori epatici benigni e, ancor più raramente, tumori epatici maligni. In casi isolati, questi tumori hanno provocato emorragie intra-addominali potenzialmente fatali. In presenza di un forte dolore nella parte superiore dell'addome, ingrossamento epatico o segni indicativi di emorragia intra-addominale nelle utilizzatrici di COC, nella diagnosi differenziale deve essere preso in considerazione il tumore epatico. Con l'uso dei COC a più alto dosaggio (50 µg di etinilestradiolo) il rischio di carcinoma dell'endometrio e ovarico è ridotto. Rimane da confermare se questo valga anche per i COC a più basso dosaggio. **Altre condizioni** Le donne con ipertrigliceridemia o anamnesi familiari di tale condizione possono presentare un rischio aumentato di pancreatite durante l'uso di COC. Benché in molte donne che assumono COC sia stato riscontrato un lieve innalzamento della pressione arteriosa, un aumento clinicamente rilevante è evento raro. Solo in questi rari casi è giustificata un'immediata sospensione del COC. Se, durante l'uso di un COC in una paziente con pre-esistente ipertensione, i valori della pressione arteriosa costantemente elevati o un incremento significativo della pressione arteriosa non rispondono adeguatamente al trattamento antipertensivo, il COC deve essere sospeso. Se ritenuto appropriato, l'impiego del COC può essere ripreso qualora, a seguito di terapia antipertensiva, la pressione arteriosa si sia normalizzata. È stato riferito il presentarsi o deterioramento delle condizioni che seguono, sia in gravidanza sia con l'uso di COC, ma le prove di un'associazione all'uso di COC non sono conclusive: ittero e/o prurito colestatico; calcoli biliari; porfiria; lupus eritematoso sistemico; sindrome emolitico uremica; Corea di Sydenham; herpes gestazionale; perdita di udito correlata a otosclerosi. Nelle donne con angioedema ereditario, gli estrogeni esogeni possono indurre o aggravare i sintomi dell'angioedema. Disturbi acuti o cronici della funzione epatica possono richiedere l'interruzione del trattamento con il COC fino a quando gli indici di funzionalità epatica non siano tornati alla norma. La ricomparsa di ittero colestatico e/o prurito da colestasi che si sono precedentemente manifestati in gravidanza o durante un precedente trattamento con steroidi sessuali richiede l'interruzione del COC. Sebbene i COC possano avere un effetto sulla resistenza periferica all'insulina e sulla tolleranza al glucosio, non vi è prova della necessità di modificare il regime terapeutico nelle pazienti diabetiche che usano COC a basso dosaggio (contenenti <0,05 mg di etinilestradiolo). Tuttavia, le donne diabetiche devono essere mantenute sotto stretto controllo medico, specialmente all'inizio del trattamento con COC. Durante l'uso di contraccettivi orali combinati è stato segnalato un peggioramento di depressione endogena, epilessia, morbo di Crohn e colite ulcerosa. Occasionalmente può comparire cloasma, soprattutto nelle donne con anamnesi di cloasma gravidico. Le donne con tendenza al cloasma devono evitare l'esposizione al sole o ai raggi ultravioletti durante l'uso dei COC. **Esame clinico e obiettivo** Prima di iniziare o di riprendere l'uso di Seasonique, deve essere eseguita un'anamnesi medica completa (compresa quella familiare) ed esclusa una gravidanza in corso. Deve essere misurata la pressione arteriosa e deve essere effettuato un esame obiettivo che tenga conto delle controindicazioni (vedere paragrafo 4.3) e delle avvertenze (vedere paragrafo 4.4). La donna deve essere inoltre istruita a leggere attentamente il foglio illustrativo e a osservare i consigli ivi riportati. La frequenza e il tipo dei controlli devono essere adattati alla singola paziente, seguendo la pratica medica corrente. Le donne devono essere avvisate che i contraccettivi orali non proteggono dall'infezione da HIV (AIDS) o da altre malattie a trasmissione sessuale. **Ridotta efficacia** L'efficacia dei COC può essere ridotta in caso di, per esempio, dimenticanza delle compresse attive (vedere paragrafo 4.2), disturbi gastro-intestinali (vedere paragrafo 4.2) o somministrazione contemporanea di altri medicinali (vedere paragrafo 4.5). **Controllo ridotto del ciclo** Con tutti i COC possono verificarsi sanguinamenti irregolari (spotting) o perdite ematiche intermestruali, in particolare nei primi 3 mesi d'utilizzo. In caso di persistenza del sanguinamento, qualsiasi sanguinamento irregolare deve essere valutato. Nelle sperimentazioni cliniche su Seasonique il sanguinamento programmato (da sospensione) e/o lo spotting restava abbastanza costante nel tempo, con una media di 3 giorni di sanguinamento e/o spotting per ogni ciclo da 91 giorni. Sanguinamenti e spotting non programmati si riducevano nel corso dei successivi cicli da 91 giorni. In caso di comparsa di spotting o sanguinamento non programmato, la donna deve essere avvisata di continuare con lo stesso regime di somministrazione. Se il sanguinamento è persistente o prolungato, la donna deve essere avvisata di consultare il medico. Seasonique compresse contiene lattosio. Le pazienti affetti da rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, da deficit di Lapp lattasi, o da malassorbimento di glucosio-galattosio, non devono assumere questo medicinale. Le compresse rosa di Seasonique contengono i coloranti azoici Lacca alluminio rosso Allura AC (E129) e Lacca alluminio blu brillante FCF (E133) che possono causare reazioni allergiche. **4.5. Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** Consultare i fogli illustrativi dei medicinali concomitanti per identificare possibili interazioni. **Influenza di altri medicinali su Seasonique.** Le interazioni tra i contraccettivi orali e altri medicinali possono portare a perdite ematiche intermestruali e/o all'insuccesso del metodo contraccettivo. In letteratura sono state segnalate le seguenti interazioni. Metabolismo epatico. Possono verificarsi interazioni con farmaci che inducono gli enzimi epatici, che possono risultare in un aumento della clearance degli ormoni sessuali (per esempio, fenitoina, barbiturici, primidone, carbamazepina, rifampicina, bosentan, emurafenib e medicinali per l'HIV (per esempio, ritonavir, nevirapina) e possibilmente anche oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina e prodotti contenenti il rimedio erboristico Erba di San Giovanni (Hypericum perforatum)). L'induzione enzimatica massima si osserva generalmente dopo circa 10 giorni, ma può persistere per almeno 4 settimane dopo la sospensione della terapia da farmaco. Gestione. Le donne in trattamento per brevi periodi con una qualsiasi delle suddette classi di medicinali o singoli principi attivi (induttori degli enzimi epatici), a parte la rifampicina, devono adottare temporaneamente un metodo contraccettivo di barriera supplementare oltre al COC, ad esempio per tutta la durata della somministrazione contemporanea del medicinale e nei 7 giorni successivi alla sospensione del trattamento. Le donne che assumono rifampicina devono adottare un metodo contraccettivo di barriera in aggiunta al COC

per il periodo della somministrazione della rifampicina e nei 28 giorni successivi alla sospensione del trattamento. Alle donne in trattamento a lungo termine con principi attivi che inducono gli enzimi epatici, si raccomanda di utilizzare un altro metodo contraccettivo non ormonale affidabile. **Influenza di Seasonique su altri medicinali.** È stato dimostrato che l'uso concomitante di COC e lamotrigina riduce i livelli di lamotrigina del 50% circa. Tale interazione può essere dovuta al componente estrogeno, in quanto non si verifica quando i progestinici vengono somministrati in monoterapia. Nelle pazienti già trattate con lamotrigina, possono essere necessari un attento monitoraggio clinico e un eventuale aggiustamento della dose all'inizio e alla fine dell'assunzione del contraccettivo. Al contrario, l'inizio dell'assunzione del contraccettivo orale durante la titolazione di lamotrigina deve essere evitato. **Analisi di laboratorio.** L'uso di COC può modificare i risultati di alcuni esami di laboratorio, fra cui i parametri biochimici relativi alla funzionalità epatica, tiroidea, surrenalica e renale, i livelli plasmatici delle proteine (carrier), quali per es. la globulina legante i corticosteroidi e le frazioni lipido/lipoproteiche, i parametri del metabolismo glucidico e i parametri della coagulazione e della fibrinolisi. Le variazioni generalmente rimangono entro i normali limiti di laboratorio. Le donne in terapia tiroidea sostitutiva potrebbero necessitare di un aumento della dose di ormoni tiroidei perché le concentrazioni sieriche della globulina legante la tiroxina aumentano con l'uso di COC. **4.6. Fertilità, gravidanza e allattamento.** *Gravidanza* Seasonique non è indicato in gravidanza. In caso di gravidanza durante l'utilizzo di Seasonique, il medicinale deve essere immediatamente sospeso. Studi epidemiologici di grandi dimensioni non hanno rivelato né aumento del rischio di malformazioni congenite in bambini nati da donne che avevano fatto uso di COC prima della gravidanza, né effetti teratogeni in caso di assunzione accidentale di COC durante la gravidanza. Studi sperimentali sull'animale hanno rivelato effetti indesiderati durante la gravidanza e l'allattamento (vedere paragrafo 5.3). In base a questi dati sull'animale non possono essere esclusi effetti indesiderati dovuti all'azione ormonale dei principi attivi. Tuttavia, l'esperienza clinica generale con i COC durante la gravidanza non ha fornito alcuna prova di un reale effetto indesiderato nell'uomo. *Allattamento* La lattazione può essere influenzata dai COC, in quanto questi possono ridurre la quantità e modificare la composizione del latte materno. Quindi, non è raccomandato l'uso dei COC fino al termine dell'allattamento al seno. Modeste quantità di steroidi ad azione contraccettiva e/o dei loro metaboliti possono essere escluse nel latte materno durante l'uso di COC. Tali quantità possono avere effetti sul bambino. **Fertilità** Seasonique è indicato per la prevenzione della gravidanza. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Non è stato osservato alcun effetto sulla capacità di guidare e di usare macchinari nelle utilizzatrici di COC. **4.8. Effetti indesiderati.** Lo studio clinico pivotale che ha valutato la sicurezza e l'efficacia di Seasonique era uno studio randomizzato, multicentrico, in aperto della durata di 12 mesi che ha reclutato donne di età compresa tra 18 e 40 anni, 1.006 delle quali hanno assunto almeno una dose di Seasonique. Le reazioni avverse correlate al farmaco riferite con maggior frequenza erano sanguinamento uterino irregolare e/o pesante, aumento di peso e acne. Altre reazioni avverse identificate durante l'esperienza post-marketing di Seasonique sono state elencate qui con frequenza ignota. Le frequenze sono definite come segue: Molto comune (≥1/10); Comune (da ≥1/100 a <1/10); Non comune (da ≥1/1000 a <1/100); Raro (da ≥1/10.000 a <1/1000); Molto raro (<1/10.000); Non noto (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili)

Classificazione per sistemi e organi	Molto comune	Comune	Non comune	Raro	Frequenza non nota
<i>Infezioni ed infestazioni</i>			Infezioni micotiche, vaginosi micotica, vaginite batterica, infezione vescicale, gastroenterite, sinusite, faringite, candidosi vaginale, infezione vaginale, vaginite		
<i>Tumori benigni, maligni e non specificati (cisti e polipi compresi)</i>			Mastopatia fibrocistica, fibromi uterini, peggioramento dei fibromi uterini		
<i>Patologie del sistema emolinfopoietico</i>			Anemia		
<i>Disturbi del sistema immunitario</i>					Reazioni di ipersensibilità
<i>Disturbi del metabolismo e della nutrizione</i>			Aumento dell'appetito, anoressia, riduzione dell'appetito, diabete mellito, resistenza insulinica		
<i>Disturbi psichiatrici</i>		Disturbi dell'umore, riduzione della libido, depressione	Irritabilità, ansia, peggioramento della depressione, umore depresso, sofferenza affettiva, insonnia, labilità affettiva, peggioramento dell'ansia, orgasmo alterato, paranoia		
<i>Patologie del sistema nervoso</i>		Cefalea ¹ , emicrania ²	Capogiro, iperestesia, ipoestesia		Perdita di coscienza
<i>Patologie dell'orecchio e del labirinto</i>			Vertigini		
<i>Patologie cardiache</i>			Palpitazioni, tachicardia		
<i>Patologie vascolari</i>			Vampate di calore, ipertensione, peggioramento dell'ipertensione, ipotensione ortostatica		Trombosi
<i>Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche</i>			Sinusite		Embolia polmonare, trombosi polmonare
<i>Patologie gastroenteriche:</i>		Nausea ³ , dolore addominale ⁴	Vomito, dispepsia, diarrea, stipsi, peggioramento della nausea		
<i>Patologie epatobiliari</i>			Colecistite, coledoliti		
<i>Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo</i>		Acne ⁵	Eruzione cutanea, ipertricosi, anomalie nella struttura dei capelli, ipottricosi, patologia delle unghie, sudorazione notturna, reazioni di fotosensibilità, iperpigmentazione cutanea		Alopecia
<i>Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo</i>			Tumefazione periferica, dolore dorsale, spasmi muscolari, artralgia, rigidità articolare, mialgia, dolore al collo		Dolore alle estremità
<i>Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella</i>	Metrorragia	Menorragia, dolorabilità alle mammelle, dismenorrea	Secchezza vulvovaginale, spasmi uterini, dolore mammario, mestruazioni irregolari, congestione mammaria, aumento di volume mammario, dispareunia, sanguinamento post-coitale, perdite vaginali, secrezione mammaria, prurito genitale, eruzione cutanea genitale, dolore pelvico, ovaio policistico, disturbi vulvari, fastidio vulvovaginale		
<i>Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione</i>			Spossatezza, edema ⁶ , dolore, dolore toracico, sentire caldo, disturbi simil-influenzali, malessere, piressia		
<i>Esami diagnostici</i>		Aumento di peso corporeo	Aumento della pressione arteriosa, aumento dei lipidi sierici, calo di peso corporeo		

¹ compreso il peggioramento della cefalea e cefalea tensiva ² compreso il peggioramento dell'emicrania ed emicrania con aura ³ compreso il peggioramento della nausea ⁴ compresa distensione addominale, dolore addominale superiore e dolore addominale inferiore ⁵ compreso il peggioramento dell'acne ⁶ compreso l'edema periferico

Nelle utilizzatrici di COC sono state segnalate le seguenti reazioni avverse gravi, discusse nel paragrafo 4.4 "Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego": • Disturbi tromboembolici venosi • Disturbi tromboembolici arteriosi • Iperensione • Tumori epatici • Insorgenza o aggravamento di condizioni per le quali l'associazione con l'uso dei COC non è dimostrata: morbo di Crohn, colite ulcerosa, epilessia, emicrania, mioma uterino, porfiria, lupus eritematoso sistemico, herpes gravidico, corea di Sydenham, sindrome emolitico-uremica, ittero colestatico • Cloasma • Disturbi acuti o cronici della funzione epatica possono richiedere l'interruzione del trattamento con il COC fino a quando gli indici di funzionalità epatica non siano tornati alla norma. • Nelle donne con angioedema ereditario, gli estrogeni esogeni possono indurre o aggravare i sintomi dell'angioedema. La frequenza di diagnosi di carcinoma mammario tra le utilizzatrici di contraccettivi orali è aumentata molto lievemente. Dato che il carcinoma mammario è raro nelle donne di età inferiore ai 40 anni, il numero di casi in più è modesto rispetto al rischio complessivo di carcinoma mammario. Non è noto se vi sia un rapporto di causalità con i COC. Per ulteriori informazioni vedere i paragrafi 4.3 e 4.4. **Segnalazione delle reazioni avverse sospette.** La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite il sistema nazionale di segnalazione all'indirizzo www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili. **4.9. Sovradosaggio.** Non vi sono segnalazioni di eventi avversi gravi a seguito di sovradosaggio dei contraccettivi orali. Sulla base dell'esperienza generale con i contraccettivi orali combinati, i sintomi che potrebbero verificarsi in tal caso sono: nausea, vomito e, nelle ragazze più giovani, lieve sanguinamento vaginale. Non esistono antidoti e l'eventuale trattamento deve essere sintomatico. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. 5.1. Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: Ormoni sessuali e modulatori dell'apparato genitale, Contraccettivi orali per uso sistemico, Progestinici ed estrogeni, combinazione fissa. Codice ATC: G03AA07 Indice di Pearl complessivo (18-35 anni di età) 0,76 (limite superiore dell'intervallo di confidenza bilaterale al 95 %: 1,76). Indice di Pearl per il fallimento del metodo (18-35 anni di età): 0,26 (limite superiore dell'intervallo di confidenza bilaterale al 95 %: 0,80), Indice di Pearl complessivo (18-40 anni di età) 0,67 (limite superiore dell'intervallo di confidenza bilaterale al 95 %: 1,56). L'effetto contraccettivo dei COC si basa sull'interazione di vari fattori, i più importanti dei quali sono l'inibizione dell'ovulazione e i cambiamenti che si verificano a livello dell'endometrio. Seasonique è un contraccettivo orale a regime esteso di 91 giorni che riduce i sanguinamenti da sospensione programmati a quattro episodi l'anno. Inoltre, durante gli ultimi 7 giorni del regime esteso (nei Giorni 85-91) Seasonique include 10 microgrammi di etinilestradiolo invece del placebo, per migliorare la soppressione dell'attività follicolare ovarica e ridurre il rischio di ovulazione intermestruale; tuttavia non è noto fino a che punto l'efficacia contraccettiva venga modificata. **Popolazione pediatrica** L'Agenzia Europea per i Medicinali ha rinunciato all'obbligo di presentare i risultati degli studi su Seasonique in tutte le categorie della popolazione pediatrica in contraccettivo (vedere paragrafo 4.2 per le informazioni sull'uso pediatrico). **5.2. Proprietà farmacocinetiche. Assorbimento** Etinilestradiolo e levonorgestrel vengono assorbiti con concentrazioni plasmatiche che raggiungono il picco entro 2 ore dalla somministrazione orale. Il levonorgestrel viene completamente assorbito dopo la somministrazione orale (biodisponibilità quasi del 100 %) e non è soggetto a metabolismo di primo passaggio. L'etinilestradiolo viene assorbito dal tratto gastroenterinale ma, a causa del metabolismo di primo passaggio nella mucosa intestinale e nel fegato, la sua biodisponibilità è del 43 % circa. **Stato stazionario.** Durante l'uso continuativo di Seasonique i livelli sierici di levonorgestrel aumentano di circa 3 volte e quelli di etinilestradiolo di circa 1,6 volte al Giorno 21 rispetto al Giorno 1 di trattamento. I livelli di esposizione giornaliera a levonorgestrel ed etinilestradiolo al Giorno 21, corrispondente al termine del tipico regime contraccettivo da 3 settimane, e al Giorno 84, al termine di un regime esteso, erano simili, senza alcun ulteriore accumulo di farmaco. **Distribuzione** Levonorgestrel ha un alto legame proteico, principalmente con le globuline leganti gli ormoni sessuali (SHBG) e l'albumentina sierica. L'etinilestradiolo ha un legame alto (95 % circa), ma non specifico, con l'albumentina sierica. L'etinilestradiolo non si lega agli SHBG, ma induce un aumento delle concentrazioni sieriche di SHBG, influenzando la distribuzione relativa di levonorgestrel nelle differenti frazioni proteiche (aumento della frazione legata agli SHBG e riduzione della frazione legata all'albumentina). **Biotrasformazione** A seguito dell'assorbimento, levonorgestrel viene coniugato in posizione 17β-OH a formare solfato e, in percentuale minore, glucuronide nel plasma. Il metabolismo di primo passaggio dell'etinilestradiolo implica la formazione di etinilestradiolo-3-solfato nella parete intestinale, seguito da 2-idrossilazione di una porzione dell'etinilestradiolo restante non trasformato, ad opera del citocromo epatico P-450 3A4. I vari metaboliti idrossilati sono soggetti a ulteriore metilazione e/o coniugazione. **Eliminazione** Il 45 % circa di levonorgestrel e dei suoi metaboliti viene escreto nelle urine e il 32 % circa viene escreto nelle feci, principalmente sotto forma di glucuronide coniugato. L'emivita terminale di eliminazione di levonorgestrel dopo una singola dose di Seasonique era di circa 34 ore. L'etinilestradiolo viene escreto nelle urine e nelle feci come coniugati glucuronide e solfato, e subisce il ricircolo enteroepatico. L'emivita terminale di eliminazione di etinilestradiolo dopo una singola dose di Seasonique era di circa 18 ore. **5.3. Dati preclinici di sicurezza.** Negli animali di laboratorio gli effetti del levonorgestrel e dell'etinilestradiolo sono limitati a quelli associati alla loro riconosciuta attività farmacologica. In particolare, gli studi di tossicità riproduttiva hanno rivelato negli animali effetti embriotossici e fetotossici. Sulla base degli studi di tossicità a dose ripetuta, genotossicità e potenziale cancerogeno i dati non clinici di etinilestradiolo e levonorgestrel non rivelano alcun pericolo specifico per l'essere umano. Si deve tuttavia tenere a mente che gli steroidi sessuali possono promuovere la crescita di determinati tessuti e tumori ormono-dipendenti. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1. Elenco degli eccipienti.** *Compressa rosa rivestita con film:* Nucleo della compressa: lattosio anidro, ipromellosa, cellulosa microcristallina, magnesio stearato. *Rivestimento della compressa:* ipromellosa, titanio diossido (E171), Macrogol 400, lacca di alluminio AC rosso di allura (E129), polisorbato 80, lacca di alluminio FCF blu brillante (E133). *Compressa bianca rivestita con film:* Nucleo della compressa: lattosio anidro, potassio polacrilin, cellulosa microcristallina, magnesio stearato. *Rivestimento della compressa:* Titanio Diossido (E171), Polidestrosio FCC, ipromellosa, Triacetin, Macrogol 8000 **6.2. Incompatibilità.** Non applicabile. **6.3. Periodo di Validità.** 3 anni **6.4. Precauzioni particolari per la conservazione.** Conservare nella confezione originale per proteggere il medicinale dalla luce e dall'umidità. **6.5. Natura e contenuto del contenitore.** Ciascuna confezione contiene 91 compresse rivestite con film (84 compresse rosa e 7 compresse bianche) in tre blister: 2 x 28 compresse rosa rivestite con film + 1 x (28 compresse rosa rivestite con film + 7 compresse bianche rivestite con film). Tre blister PVC/TE/PVDC // AL sono all'interno di una confezione di cartone, inseriti in un sacchetto di alluminio e in una scatola. **6.6. Precauzioni particolari per lo smaltimento.** Il medicinale non utilizzato e i rifiuti derivati da tale medicinale devono essere smaltiti in conformità alla normativa locale vigente. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Teva Italia S.r.l. Via Messina 38, 20154 - Milano - Italia **8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** 042139016 - "150 microgrammi/30 microgrammi+10 microgrammi compresse rivestite con film" 84+7 compresse in blister PVC/TE/PVDC/AL **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 05 Maggio 2015 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Marzo 2015.

Libri



a cura di Carlo Sbiroli

Nelle mani del dottore?

Negli ultimi anni si è profondamente deteriorato il rapporto tra medico e paziente. La maggior parte delle persone non ha un'opinione positiva nei confronti dei medici. E questo ha portato a un incremento notevole del contenzioso medico-legale.

In questo clima, a dir poco di ostilità, s'inserisce il libro *Nelle mani del dottore?* Il racconto e il possibile futuro di una relazione difficile. Gli autori sono Carlo Flamigni, ginecologo noto a tutti noi, e Marina Mengarelli, sociologa. L'obiettivo degli autori è di trovare una spiegazione a questa frattura che si è

venuta a creare fra sanitari e cittadini malati, in modo da suggerire eventuali soluzioni. "Si rimpiange, precisano nella premessa gli autori, una relazione che era basata sulla fiducia e si guarda con dispiacere ai sentimenti che l'hanno sostituita - la diffidenza e il sospetto - che hanno trasformato un rapporto che avrebbe dovuto essere significativo in una relazione contrattuale di modestissima levatura etica". Una relazione che soprattutto negli ultimi anni, è diventata sempre più difficile e che si risolve troppo spesso in un contenzioso legale o nella formazione di risentimenti e di accuse che stentano a spegnersi e mantengono comunque un elevato livello di conflittualità. Gli autori partono da punti di vista diversi. Da una parte Flamigni porta tutta la sua esperienza di medico, di politico e di bioeticista (è componente del Comitato Nazionale di Bioetica). Dall'altra, Mengarelli affronta il problema dal punto di vista sociologico. Ne scaturisce una let-



NELLE MANI DEL DOTTORE?
Il racconto e il possibile futuro di una relazione difficile

CARLO FLAMIGNI E MARINA MENGARELLI

Editore Franco Angeli

Pagine 208

Euro 25

Un rapporto sempre più difficile, che diffidenza e sospetto hanno trasformato in "una relazione contrattuale di modestissima levatura etica". Partendo da punti di vista diversi, gli autori esplorano le cause della frattura che si è venuta a creare nel rapporto medico-paziente alla ricerca di possibili soluzioni. Ne scaturisce una lettura di grande interesse che coinvolge non solo medico e paziente, ma anche molti altri soggetti: operatori sanitari, amministratori e politici

tura di grande interesse che coinvolge non solo medico e paziente, ma anche molti altri soggetti (operatori sanitari, amministratori e politici). Il tutto è inquadrato in un'ampia analisi che tiene conto dei problemi organizzativi, del contesto sociale e culturale in cui il rapporto medico-paziente si realizza. Gli autori non sono ottimisti su un miglioramento dei rapporti tra medico e cittadino-malato in Italia, perché la "cattiva medicina" è così diffusa da sembrare prevalente. Da oscurare l'esistenza di una "medicina buona". La deon-

tologia e l'etica medica sono considerate secondarie e in gran parte ignorate. In uno scenario di questo tipo è difficile aspettarsi dai cittadini fiducia e disponibilità. È molto più facile chiamare in causa l'avvocato. La "ricostruzione" di un buon rapporto tra medico e paziente deve necessariamente passare attraverso un processo multifattoriale. Deve coinvolgere molti, differenti livelli d'intervento e diversi attori sociali. Questa è la sfida che la Sanità italiana dovrebbe accogliere e fare sua. C. Sbiroli

La chirurgia isteroscopica

Comincio con quanto scrive Giuseppe Loverro nella presentazione al manuale *La chirurgia isteroscopica oggi. Tecnologia e realtà* di Roberto Liguori e Giovanni Battista La Sala: "la pubblicazione di quest'opera si

configura come un contributo necessario, considerato il ruolo crescente che l'isteroscopia ricopre non solo nella terapia delle patologie uterine benigne, ma anche di quelle preneoplastiche e neoplastiche". Gli autori, entrambi

pugliesi, hanno maturato negli anni una grande esperienza nel campo della chirurgia isteroscopica che cercano di riversare in questo manuale. Ne scaturisce un'opera il cui contenuto è un'impressionante puntualizzazione degli strumenti, del management e delle tecniche isteroscopiche utilizzati nell'isteroscopia operativa. Dico "impressionante" per la quantità

di notizie, di verifiche e per la descrizione in dettaglio di tutte le innovazioni. È scritto a più mani. E anche qui impressiona il numero di collaboratori - ben 44 - che hanno partecipato alla sua stesura. Sono stati scelti tra i principali esperti nei vari settori della specialità. E nonostante il loro alto numero, l'opera appare organica e ben strutturata. Non dispersiva. Affronta tutti gli aspetti della chirurgia isteroscopica e ha il grande pregio di contenere rigorose trattazioni di ciascun argomento. Il manuale appare estremamente pratico, semplificato al massimo. Sono evitate quasi sempre faticose descrizioni enciclopediche di risultati clinici e sperimentali. Gli autori hanno badato al sodo, al pratico. Il lettore viene preso per mano e condotto, passo dopo passo, attraverso le varie problematiche dell'isteroscopia chirurgica. In altri termini, questo manuale è stato concepito come un'esposizione di idee, di concetti, che definiscono i diversi momenti e precisano i gesti della chirurgia resettoscopica, applicata all'ampio ventaglio della patologia endocavitaria dell'utero. Il manuale ha un andamento lineare. Parte dai preliminari: strumentario, mezzi di distensione, corrente elettrica,

Dalla grande esperienza che gli autori hanno maturato negli anni è scaturita un'opera che affronta ogni aspetto della chirurgia isteroscopica, con il grande pregio di contenere rigorose trattazioni di ciascun argomento conservando un taglio estremamente pratico, semplificato al massimo. Il volume non è solo un manuale di consultazione per il ginecologo, ma è anche un importante strumento per un confronto di esperienze tra gli esperti del settore

preparazione farmacologica e indicazioni, per interessarsi poi della terapia delle varie patologie uterine benigne, preneoplastiche e neoplastiche. Si tratta nel complesso di un'opera che costituisce non solo un manuale di consultazione per il ginecologo, ma è anche un importante strumento per un confronto di esperienze tra gli esperti del settore. C. Sbiroli

ESTINETTE 126

75 microgrammi/20 microgrammi gestodene/etinilestradiolo

cpr



LA CHIRURGIA ISTEROSCOPICA
Tecnologia e realtà

ROBERTO LIGUORI
E GIOVANNI BATTISTA LA SALA

Edizioni Giuseppe Laterza - Bari

Pagine 323

Euro 60

NOVITÀ



Materna®

È la gamma completa di integratori alimentari che accompagna la donna dalla gravidanza all'allattamento.

Da oggi si aggiunge alla gamma il nuovo Nestlé® Materna® DHA con:

- *Nutrienti selezionati*
vitamine e minerali essenziali e nelle quantità adeguate: acido folico, DHA 200 mg e ferro nella formula FERROCHEL® altamente biodisponibile
- *Capsula unica gastroresistente*
una sola capsula al giorno studiata per sciogliersi nell'intestino per favorire l'assorbimento dei nutrienti ed evitare la comparsa di retrogusto



Nestlé® Materna® DHA,
dalla gravidanza all'allattamento.



GLI INTEGRATORI ALIMENTARI NON VANNO INTESI COME SOSTITUTI DI UNA DIETA VARIA ED EQUILIBRATA E DI UNO STILE DI VITA SANO. NON ECCEDERE LE DOSI RACCOMANDATE PER L'ASSUNZIONE GIORNALIERA.

AVVISO IMPORTANTE: l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi.

Nestlé supporta pienamente questa raccomandazione ed il prolungamento dell'allattamento materno anche durante lo svezzamento, come consigliato dal pediatra e dalle autorità sanitarie.

Nestlé Italiana S.p.A. • Via del Mulino, 6 • 20090 Assago (MI) • Tel. 02.8181.1

MUVAGYN[®] CENTELLA ASIATICA

Gel vaginale



**Trattamento rigenerativo
non ormonale
per la mucosa vaginale**

**Confezione
da 8 applicatori
monodose da 5 ml = 1 mese
di trattamento**

**Compatibile con l'uso di preservativi
Non è grasso e non macchia**



**Applicare 2 volte
alla settimana,
a giorni alterni**

È un dispositivo medico CE 0051. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.

Distribuito in Italia da: INNOVA PHARMA spa, via Matteo Civitali 1, Milano


INNOVA PHARMA
RECORDATI GROUP