

**ANTEPRIMA**

# ECCO I NUOVI LEA

**Entrano nei nuovi Lea  
l'epidurale, Pma e lo  
screening neonatale. Tra le  
nuove patologie esenti  
dovrebbe entrare anche  
l'endometriosi e, tra i nuovi  
vaccini, il vaccino  
anti HPV**



■ **CONTENZIOSO MEDICO LEGALE**

Ogni anno 34mila cause.  
Aogoi: "Serve subito una legge"

■ **IL LIBRO DI ONDA**

Donne e Tumori  
Aspetti clinici, psicopatologici  
e terapeutico-assistenziali

■ **L'AOGOI SCRIVE A PORTA A PORTA**

"Caro Vespa, il problema  
dei Parti Cesarei in Campania  
non si risolve con un decreto"

8/9  
2014

# Lei e i suoi tanti risvolti



 **sibilla**<sup>®</sup>  
2 mg/0,03 mg  
Desogestrel/etinilestradiolo

**Daylette**<sup>®</sup>   
3 mg/0,02 mg  
Drospirenone/etinilestradiolo

 **Azalia**<sup>®</sup>  
Desogestrel 75 mcg

**Liladros**<sup>®</sup>  
3 mg/0,02 mg  
Drospirenone/etinilestradiolo

**Midiana**<sup>®</sup>  
3 mg/0,03 mg  
Drospirenone/etinilestradiolo

**Belara**<sup>®</sup>  
3 mg/0,02 mg  
Desogestrel/etinilestradiolo

**Lybella**<sup>®</sup>  
3 mg/0,02 mg  
Desogestrel/etinilestradiolo



GEDEON RICHTER  
[www.gedeonrichter.it](http://www.gedeonrichter.it)

## 8



*“Il contenzioso medico legale sta seriamente minando la qualità del sistema sanitario nazionale. Bisogna attivare al più presto provvedimenti per regolare la responsabilità professionale”*

## 10



*“Informazione, ricerca e multidisciplinarietà sono i temi fondamentali intorno ai quali si gioca il successo di un programma integrato di preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche”*

## PRIMO PIANO

- 4 **Anteprima**  
**Ecco i nuovi LEA: più presidi per disabili, nuovi vaccini, eterologa, epidurale e screening neonatale**
- 5 **Corte dei Conti: “Senza investimenti diventa problematico mantenere i Lea”**
- 7 **Sigo: ecco come cambia la maternità in Italia**

## PROFESSIONE

- 8 **Ogni anno oltre 34mila cause. Aogoi: “Serve subito una legge”**
- 9 AOGOI Campania  
**“Update e applicazioni pratiche in ostetricia e ginecologia”**  
Davide De Vita
- 10 **Tumori, HPV e Malattie sessualmente trasmissibili: prevenire l'infertilità**  
Vito Trojano, Presidente Aogoi
- 12 **Caro Vespa ti scrivo: “facciamo chiarezza”**  
L'Aogoi scrive a Porta a Porta
- 14 **L'attività intramoenia e l'applicazione dell'IRAP: il rapporto con l'azienda ospedaliera**  
a cura dello Studio legale Raffaelli Segreti
- 24 **Spermatozoi e cellule uovo da staminali umane. È fantabiologia?**  
Carlo Sbiroli
- 26 **Omeopatia? Un atout per alleviare gli effetti collaterali delle terapie oncologiche**  
Ester Maragò

- 27 **Promuovere il ruolo dell'ostetrica e potenziare la sua presenza nelle aziende ospedaliere, nei servizi territoriali, in libera professione**  
*Il documento condiviso Aio-Aogoi-Slog*

## RUBRICHE

- 28 Libri
- 29 Corsi & Convegni

## 15



## DONNE E TUMORI

*Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutico-assistenziali*  
*Il libro dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (O.N.Da) 2014*

*Le immagini dello speciale Onda sono tratte dai dipinti della pittrice Michela Riba di Vignolo. La redazione di GynecoAogoi ringrazia vivamente l'artista per averci concesso l'autorizzazione a riprodurli*

**ANTEPRIMA. ECCO I NUOVI LEA**

# Più presidi per disabili, nuovi vaccini, eterologa, epidurale e screening neonatale

Prevenzione, specialistica ambulatoriale, integrativa e protesi, ospedali. Questi i principali settori toccati dalla proposta ministeriale. Maggiori oneri per circa 2,080 miliardi, compensati da circa 1,620 miliardi di risparmi. Con un saldo "attivo" di circa 460 milioni di euro in più rispetto ai vecchi Lea

Il confronto sull'aggiornamento dei Lea previsto dal Patto per la Salute tra il Ministro della Salute e le Regioni è iniziato con un mese di ritardo rispetto alla tabella di marcia (si doveva chiudere entro il 31 dicembre) ma il piatto è ricco. Almeno da quanto siamo riusciti a capire dalle prime indiscrezioni.

**Nuovi vaccini.** Nei Lea targati Lorenzin dovrebbe entrare gratuitamente varicella, pneumococco, meningococco e vaccino anti HPV, con una spesa quan-

tificata in 138 milioni di euro che gli esperti del ministero sono però convinti di contenere a 68 milioni in quanto molte regioni hanno già avviato per loro conto programmi vaccinali che comprendono i nuovi vaccini.

**Assistenza specialistica e ambulatoriale.** Arrivano nuove prestazioni diagnostiche. Ma anche in questo caso si tratta nella maggioranza dei casi di prestazioni già comprese nelle prestazioni erogate attualmente ma che ora entrerebbero a far parte "ufficialmente" dei Lea del

**Entrano nei nuovi Lea l'epidurale, Pma e lo screening neonatale. Tra le nuove patologie esenti dovrebbe entrare anche l'endometriosi e, tra i nuovi vaccini, il vaccino anti HPV**

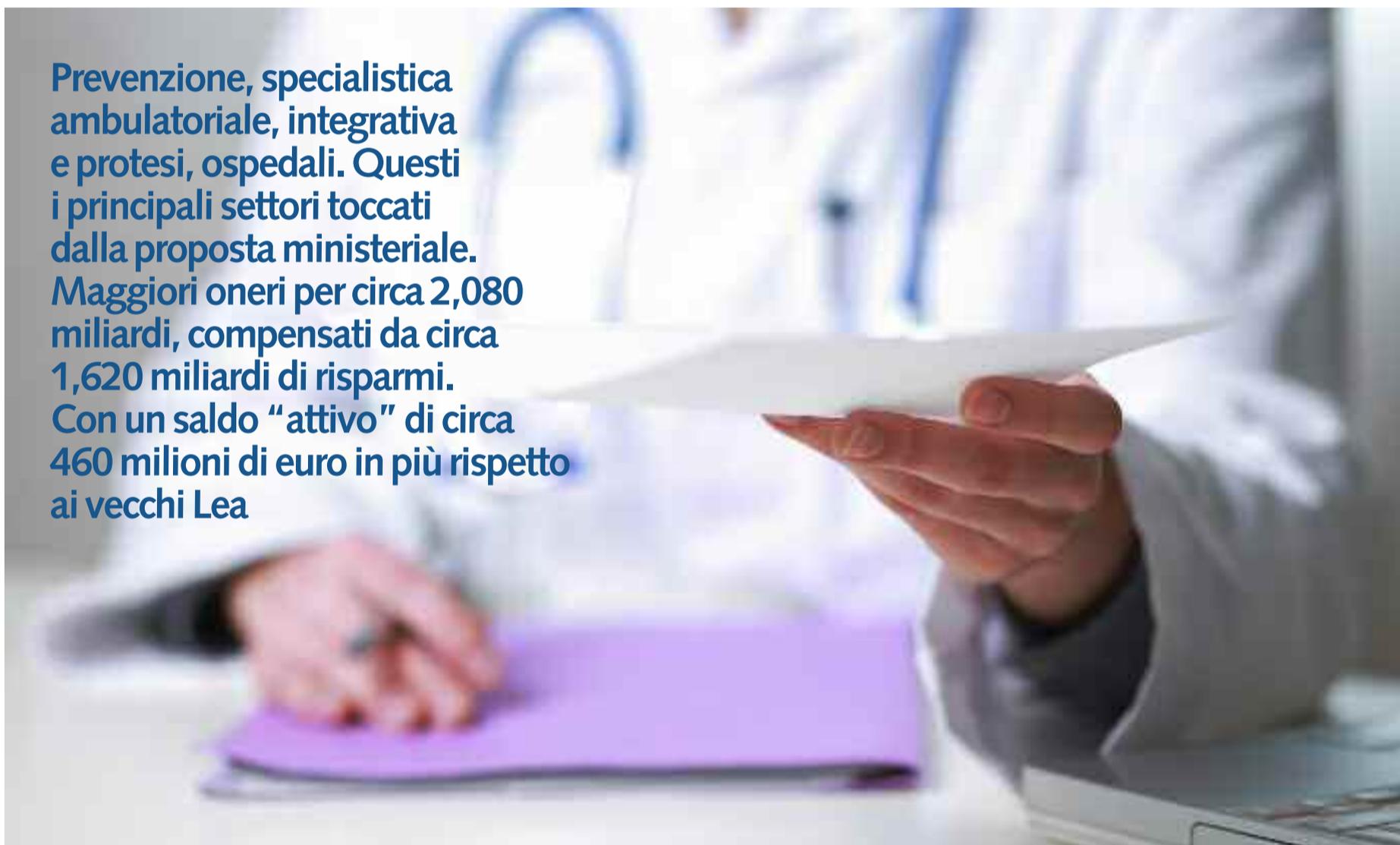
Ssn. In più vengono proposte una serie di misure di appropriatezza intervenendo sulle condizioni di erogabilità che saranno ben definite e limitate come già avviene oggi per le note Aifa sui farmaci.

Saranno poi incrementati i con-

trolli sull'appropriatezza prescrittiva su ben 160 prestazioni già presenti nel "vecchio" nomenclatore. Si prevede anche un nuovo sistema per monitorare l'effettiva necessità di effettuare un secondo esame per la stessa esigenza diagnostica. Il

secondo si effettuerà solo nel caso il primo esame non abbia dato risposte certe. A questi risparmi si devono poi aggiungere maggiori entrate per le Asl che verranno dal maggiore gettito del ticket (stimato in 4 milioni di euro) per la diagnostica e specialistica conseguentemente all'aumento del numero di prestazioni comprese nei nuovi Lea che saranno ora erogate in regime ambulatoriale e non più in day hospital.

Alla fine il saldo tra maggiori spese e risparmi si stima attorno ai 258 milioni di maggiori spese.



**Assistenza integrativa e protesica.** Saranno forniti gratuitamente i prodotti "aproteici" per i malati nefropatici cronici e prodotti addensanti per un onere stimato in circa 24 milioni di euro.

E poi nuovi dispositivi e ausili oggi non compresi nei Lea. In particolare gli ausili informatici e per la comunicazione per i disabili con serie limitazioni funzionali, apparecchi acustici digitali. Macchine per i muscoli respiratori, vari presidi per la mobilità in bagno, carrozzine con sistema di verticalizzazione. E ancora, scooter a quattro ruote, kit di motorizzazione universale per carrozzine, sollevatori fissi, fino ai carrelli servoscala per interni. Anche in questo caso, accanto a maggiori servizi e prestazioni è prevista una serie di misure per contenere la spesa sempre nel segno dell'appropriatezza che consentirà di contenere la maggiore spesa a circa 179 milioni, contro i circa 429 milioni teorici che le maggiori forniture di prodotti, ausili e supporti comporterebbero.

**La parola d'ordine è "appropriatezza": stop a esami "inutili". E alla fine Lorenzin "mette sul piatto" 460 mln in più**

**E infine l'assistenza ospedaliera.** Entrano nei Lea l'epidurale, Pma e lo screening neonatale. A fronte di queste novità la proposta del ministero prevede una serie di misure finalizzate a una complessiva riduzione delle spese ospedaliere. Per farlo si conta su una progressiva riduzione del ricorso al parto cesareo fissando soglie massime il cui superamento darà luogo a misure disincentivanti affidate alle Regioni. Poi più appropriatezza per day hospital (con il trasferimento di molte prestazioni diagnostiche in regime ambulatoriale soggetto a ticket) e day surgery e anche per ricoveri ordinari di lungodegenza e riabilitazione.

Il saldo tra i nuovi inserimenti e le misure di appropriatezza in campo ospedaliero fa stimare al ministero un risparmio annuo di circa 44 milioni di euro.

**Esenzioni e malattie rare.** Nei nuovi Lea dovrebbero infine entrare nuove patologie esenti. Tra queste le broncopneumopatie croniche ostruttive moderate, gravi o molto gravi, le osteomieliti croniche, le patologie renali croniche, rene policistico, la sindrome da Talidomide, la endometriosi. Esenti anche i donatori d'organo. Come promesso da tempo entrano anche 110 nuove malattie rare. Mentre sindrome di Down e celiachia passano dalla categoria di malattie rare a quella di croniche. **Y**

## Corte dei Conti

# "Senza investimenti diventa problematico mantenere i Lea"

Tra il 2010 e il 2013 con la spending review tagliato il 2,8% della spesa. Riduzione grazie a farmaceutica convenzionata (anche per l'aumento dei ticket) e costo personale (blocco turnover soprattutto). Nessuna riduzione da spesa per beni e servizi e continua a sfiorare la farmaceutica ospedaliera. La Corte: "Più assistenza territoriale e infrastrutture dove ci sono meno servizi"

Una discesa di 3,1 mld tra il 2010 e il 2013 della spesa sanitaria pari al -2,8%. Un risultato gran parte ottenuto attraverso la contrazione della spesa per il personale e della farmaceutica convenzionata, anche se si segnala come i ticket sui medicinali siano cresciuti del 66% negli ultimi 4 anni. Permangono invece "difficoltà" nel contenere la spesa farmaceutica ospedaliera nonostante il 'tetto'. E non si contrae nemmeno la spesa per beni e servizi. Bene invece i conti le Regioni in Piano di rientro che riducono i disavanzi, anche se le coperture richieste ai cittadini in molte Regioni (con addizionali Irpef e Irap alle stelle) continuano ad essere essenziali per far quadrare i conti di Asl e ospedali.

**Questo e non solo è quanto emerge dall'analisi dell'ampio capitolo che la Corte dei conti dedica alla Sanità** nella sua 'Relazione sulla gestione finanziaria per l'esercizio 2013 degli enti territoriali'. Ma la Corte oltre a fotografare e analizzare la situazione indica le aree su cui intervenire (vedi box alla pagina 6), ma soprattutto mette in guardia sui rischi futuri. "Ulteriori risparmi - si legge - , ottenibili da incrementi di efficienza, se non reinvestiti prevalentemente nei settori dove più carente è l'offerta di servizi sanitari, come, ad esempio, nell'assistenza territoriale e domiciliare oppure nell'ammmodernamento tecnologico e infrastrutturale, potrebbero rendere problematico il mantenimento dell'attuale assetto dei Lea, fa-

**Dal 2010 spesa in calo di 3mld. Boom ticket farmaci +66%**



ciendo emergere, nel medio periodo, deficit assistenziali, più marcati nelle Regioni meridionali, dove sono relativamente più frequenti tali carenze". Ma andiamo per ordine e partiamo dalla spesa.

Per quanto riguarda la spesa finale la Corte evidenzia "i consistenti effetti di riduzione del-

la spesa che le manovre correttive dei saldi di finanza pubblica, adottate nello scorso triennio, hanno prodotto a carico del Ssn e delle spese per altre prestazioni di servizi: nel 2013, infatti, la spesa complessiva per consumi finali attribuibile al Servizio sanitario nazionale è stata pari a 109,6 mld,

con un decremento nominale del 2,8% rispetto al 2010 pari a 3,1 mld".

**La spending review e la sanità.** "Esiti non sempre coerenti con aspettative". Nella relazione della Corte si effettua anche un focus sulle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria adottate negli anni 2012/2013 su farmaceutica, consumi intermedi, acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati. Ma gli **"esiti non sempre sono stati coerenti con le aspettative pronosticate:** esaminando, infatti, la dinamica delle variazioni percentuali delle principali voci di spesa, si osserva che le misure hanno avuto massima efficacia per quanto riguarda la spesa farmaceutica, che diminuisce, nel biennio 2012/13, rispettivamente del 7,3% e del 3%". Ma la Corte segnala anche come il "contenimento della **spesa farmaceutica** convenzionata sta passando anche attraverso misure di compartecipazione finanziaria di consistente significatività, la cui eventuale espansione potrebbe comportare profili di proble-





Sigo: ecco come cambia la maternità in Italia

# In Italia meno baby mamme e aumentano le over 40. E su eterologa: "Inserirla nei Lea"

In tre anni è diminuito del 17% il numero delle baby mamme mentre crescono le partorienti ultraquarantenni. Così la Società italiana di Ginecologia e Ostetricia ha fotografato la realtà della maternità in Italia. Focus sulla procreazione medicalmente assistita. Per il presidente Sigo Paolo Scollo è necessario l'intervento del Ministero della Salute: "L'alternativa – ed è quello che sta avvenendo – è che le Regioni in autonomia rimborsano i trattamenti fatti nei centri di Pma"

I ginecologi della Sigo chiedono al ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** che i nuovi Lea contengano anche l'eterologa. Altrimenti, ha spiegato il presidente Sigo **Paolo Scollo**, "sarà praticamente impossibile praticarla nel pubblico". Questo per tutta una serie di problematiche legate ai costi delle tecniche di fecondazione, alla mobilità sanitaria e al rimborso dei farmaci per indurre l'ovulazione. In alternativa, suggerisce Scollo, "le Regioni in autonomia potrebbero rimborsare i trattamenti fatti nei centri di Pma". I ginecologi hanno poi illustrato nel corso di una conferenza stampa i dati relativi alla maternità in Italia: emerge la diminuzione delle 'baby mamme' (under 19), e la conferma dell'aumento di quelle over 40. In tre anni è diminuito del 17% il numero delle madri under 19, passando da 9.817 nel 2010 a 8.085 nel 2013.

"È un grande successo per l'intera collettività, che testimonia la crescente consapevolezza degli adolescenti – ha sottolineato Scollo –. In Italia ci sono ancora

forti differenze tra i vari territori. Solo in alcune aree del Paese l'uso dei contraccettivi raggiunge i livelli europei. Oltre il 60% delle giovanissime madri risiede nel Mezzogiorno. Rinnoviamo il nostro appello alle Istituzioni affinché sia approvata al più presto una legge che renda obbligatoria l'educazione sessuale in tutte le scuole del nostro Paese". **Mauro Busacca**, Vice Presidente Sigo, ha poi commentato l'aumento delle madri over 40: "Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un incremento del 12% delle madri ultra 40enni. Nel 2010 erano 34.770 mentre adesso sono 39.835 e rappresentano oltre l'8% di tutte le partorienti italiane". "Mettere al mondo un figlio in età avanzata è una tendenza ormai consolidata – prosegue Busacca – e noi ginecologi siamo in grado di gestire anche questo tipo di gravidanze. Resta fondamentale però preservare il sistema riproduttivo femminile con una dieta sana ed equilibrata". Per questo, il vice presidente della Sigo ha spiegato che "la nutrizione sarà al centro del nostro con-

gresso nazionale che si terrà all'interno di Expo 2015".

Il 90° Congresso Sigo, dal titolo **Nutrizione, stili di vita e salute della donna**, si terrà, infatti, a ottobre a Milano nell'ambito proprio dell'Expo. "Abbiamo deciso di svolgere il nostro incontro annuale all'interno di questo importantissimo evento internazionale per rilanciare il tema del benessere femminile – hanno detto Scollo e Busacca –. Purtroppo alcuni comportamenti scorretti come fumo, sedentarietà o abuso di alcol sono sempre più diffusi tra le italiane. L'età media delle madri si sta alzando e quindi una donna deve adottare, fin da giovane, stili di vita sani per non compromettere la propria salute riproduttiva. Seguire una dieta equilibrata – concludono – è sempre più importante per prevenire molte malattie ginecologiche ed ostetriche. L'alimentazione corretta è inoltre un fattore che il medico specialista deve monitorare con estrema attenzione nei controlli successivi alla diagnosi della patologia".

Il presidente Aogoi **Vito Trojano** ha parlato della responsabilità professionale anticipando che il 90° Congresso Sigo avrà anche un focus su questo tema. "Come società scientifiche – ha detto – siamo tutti impegnati a spingere per l'approvazione del Ddl unico sulla responsabilità professionale, che non intende proteggere una lobby ma piuttosto mettere in chiaro quella che è la colpa medica rispetto alla colpa nell'ambito della sanità. Nel congresso nazionale ci sarà spazio per parlare di questi temi perché noi sappiamo fare autocritica e abbiamo la certezza che se avessimo una strutturazione diversa potremmo dare molto di più di quello che si riesce a dare".



**Nel 2010 le madri ultra 40enni erano 34.770 mentre adesso sono 39.835 e rappresentano oltre l'8% di tutte le partorienti italiane**

Sul rapporto e sul confronto tra la ginecologia ospedaliera e quella dei territori è intervenuto il segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera** per dire che "Non ci sono molte differenze. Penso che il mondo dei ginecologi universitari, ospedalieri e territoriali non esista più. Esistono i ginecologi italiani i quali, in un'unica grande famiglia che è la Sigo, devono andare avanti". Chiantera è tornato sull'età ri-

produttiva spiegando che "questa in una donna è massima tra i 18 e i 28 anni, poi comincia lentamente a scendere". Le donne che partoriscono in età avanzata, oltre i 50 anni, ha spiegato, specie se famose, incrementando uno spirito di emulazione "fanno una violenza alla biologia dell'essere umano e lo dobbiamo dire, perché quella violenza solo in rari casi conduce ad una gravidanza". **Y**

**La nutrizione sarà il tema centrale non solo di EXPO 2015 ma anche del nostro prossimo congresso nazionale. Per questo abbiamo deciso di svolgere il nostro incontro annuale all'interno di questo importantissimo evento internazionale**



# Ogni anno oltre 34mila cause. Aogoi: "Serve subito una legge"

Per il segretario nazionale Antonio Chiantera: "Nella sola Campania 4.000 denunce contro i camici bianchi. Siamo

costretti a lavorare in un clima da 'caccia alle streghe' e aumenta il ricorso alla medicina difensiva che costa

12 miliardi. I provvedimenti in discussione alla Camera dei Deputati devono quanto prima entrare in vigore"

Il contenzioso medico legale sta seriamente minando la qualità del sistema sanitario nazionale. Bisogna attivare al più presto provvedimenti per fermare il boom delle cause contro i medici e regolare la responsabilità professionale". È questo l'avvertimento lanciato oggi dagli specialisti riuniti a Caserta per il Congresso regionale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi) dal titolo 'Update ed Applicazioni Pratiche in Ostetricia e Ginecologia'. Nel corso della tre giorni congressuale oltre 600 camici bianchi provenienti da tutta Italia si sono riuniti nella città campana per discutere temi di grande attualità scientifica, sociale e politica. All'evento hanno partecipato diversi esponenti delle istituzioni locali e nazionali. "Ogni anno oltre 34.000 cause legali vengono promosse contro i medici, circa 4.000 nella sola Campania - ha sottolineato il Segretario Nazionale Aogoi



Antonio Chiantera - Più del 98% di queste termina in assoluzione o archiviazione. La paura di essere denunciato da parte di pazienti o parenti ha portato all'esplosione del fenomeno della medicina difensiva. Esami e accertamenti inutili o superflui costano all'intera collettività più di 12 miliardi. Il contenzioso legale sta condizionando le scelte di carriera dei giovani medici che non

“È un provvedimento che aspettiamo da molti anni e nel nostro Paese i tempi sono ormai maturi per una forte e condivisa iniziativa legislativa”

vogliono più praticare specializzazioni ad alto rischio come la ginecologia e ostetricia. Lo Stato non può più consentire ai propri professionisti della sanità di lavorare in un clima di persistente 'caccia alle streghe' che comporta pesanti ricadute sotto il profilo economico, psicologico e mediatico, oltre che a screditare l'in-

tero servizio sanitario nazionale". A Caserta è intervenuto anche **Benedetto Fucci**, Segretario della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, che ha presentato il testo unificato della proposta di legge sulla responsabilità professionale derivante dall'atto medico. "È un provvedimento che aspettiamo da molti anni e nel nostro Paese i tempi sono ormai maturi per una forte e condivisa iniziativa legislativa - ha sottolineato Chiantera -. L'Aogoi, insieme ad altre società scientifiche, ha dato il proprio contributo tecnico alla stesura del testo. Le nuove norme dovranno regolare il delicato aspetto delle spese assicurative che sono ormai diventate esorbitanti ed insostenibili. Il costo delle polizze per i camici bianchi è, infatti, aumentato del 5% negli ultimi tre anni. Spesso un ginecologo viene denunciato non per una sua negligenza, imprudenza o imperizia ma perché l'ospeda-

le dove opera non può garantire al paziente un'adeguata assistenza a causa di problemi strutturali o deficit organizzativi. La legge propone quindi di spostare la responsabilità dal singolo medico alla struttura sanitaria nella quale lavora. Un altro provvedimento non più rinviabile è la creazione di un Osservatorio Nazionale che effettui un monitoraggio sui rischi ed eventi avversi in campo sanitario. Infine è necessario ridurre i tempi di prescrizione dell'azione di risarcimento che adesso arrivano a dieci anni". "Attualmente la legge è ancora in discussione a Montecitorio. Deve essere approvata al più presto e il testo non dovrà essere stravolto durante il dibattito parlamentare. Il nostro auspicio - ha concluso Chiantera - è che, una volta entrata in vigore, possa davvero porre fine al problema del contenzioso medico legale e risanare i rapporti tra medici, cittadini e istituzioni".

## Il testo unico non è più rinviabile

"Nella convinzione che l'attuale scenario richieda un intervento legislativo organico e improcrastinabile e che la sanità italiana debba stare al passo con l'Europa, l'Aogoi ha fornito alla componente politica, i "pilastri" di un Ddl-Testo Unico auspicabile, in grado di dare finalmente soddisfacenti e improcrastinabili risposte alle scottanti problematiche della sanità italiana"

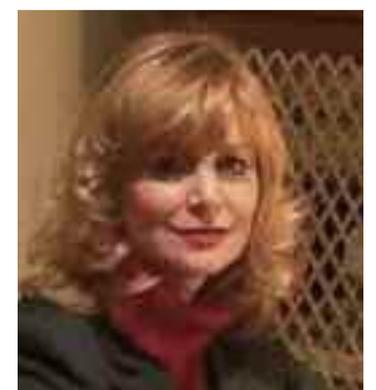
**Vania Cirese**  
Avvocato, Responsabile  
Ufficio Legale Nazionale Aogoi

Secondo i più recenti dati dell'Ania in un anno solo sono ben oltre 34 mila le denunce dei cittadini per danni subiti nelle strutture sanitarie. L'aumento dal 2008 al 2009 è stato addirittura del 15%. Considerato che un risarcimento medio si aggira tra i 700.000 e 1.300.000 euro, la cosiddetta "malasanità" costa una cifra enorme, compresa tra 850 milioni di euro e 2 miliardi all'anno.

C'è il rischio che la compagnia assicurativa crolli, com'è successo alla "FARO", che è fallita lasciando molte Asl in grande difficoltà.

Il convergere dell'incremento continuo delle richieste risarcitorie e del loro effettivo riconoscimento in sedi giudiziali, ha provocato la crescente difficoltà riscontrata dalle aziende Ulss, ospedali, cliniche e singoli operatori sanitari, specie nelle aree

di ostetricia e chirurgiche, nel reperire coperture assicurative adeguate al rischio da allocare, espressive di una concorrenza effettiva tra soggetti privati. Sono sicuramente peggiorate le garanzie fornite dalle coperture assicurative della RC medico sanitaria con il passaggio dalla polizza "loss accuracy" (verificarsi del danno in capo al paziente nel periodo indicato in polizza) a quella "claims made" (inden-



nizzo per le sole richieste risarcitorie pervenute all'assicurazione durante la vigenza del contratto).

Le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico per sua negligenza, imprudenza, imperizia e non già quella diretta e autonoma dell'ente stipulante (ad es. per deficit organizzativo). Spesso il paziente non può beneficiare dell'esistenza della copertura assicurativa quando l'evento dannoso sia stato causato non da responsabilità imputabile all'operato del medico bensì da quella della struttura. Ciò comporta ingiusti coinvolgimenti dei medici nei processi con evidente forzatura per tentare di conseguire risarcimenti legati a sinistri gravi e allarmanti che sarebbero invero privi di reale copertura.

**L'analisi della mutata realtà socio-sanitaria** mostra come luogo privilegiato per il verificarsi di episodi di "medical malpractice" una struttura organizzata dove l'attività sanitaria viene tradotta in servizio; tuttavia, raramente, nella ricostruzione giudiziaria della vicenda, viene preso in esame un disservizio o una disfunzione organizzativa della struttura sanitaria, e si continua ad aprire indagini, sempre e comunque sulla colpa professionale dell'operatore sanitario (o dell'équipe, ossia dei soggetti-persone fisiche che operano nella struttura).

La struttura dovrebbe rispondere autonomamente ben oltre la

prestazione alberghiera. In altre parole è identificabile una responsabilità che chiama in causa esclusivamente l'ospedale o la clinica per deficit organizzativo o strutturale (non corretta gestione delle liste di attesa, omessa o insufficiente manutenzione di apparecchiature, omesso o insufficiente approntamento di presidi, disorganizzazione dei reparti, carenze dell'organico).

**L'IMPEGNO DELLA XII COMMISSIONE**

La Commissione Affari Sociali della Camera ha imposto una forte accelerazione alla risoluzione del problema della responsabilità professionale dei medici (e operatori sanitari) e della prevenzione-gestione del rischio clinico, questioni che chiamano in causa la sostenibilità del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Sono state prese in esame le proposte di legge in materia, (ricordiamo i Ddl 1324, 1312, 1581, 262, 1902, 1769, 259) e la Commissione Affari Sociali ha deciso di procedere alla nomina di un **Comitato ristretto col compito di elaborare un Testo Unico** sul quale attrarre il consenso più ampio possibile, da sottoporre poi all'esame dell'Assemblea.

L'analisi comparata dei testi dei Ddl mette in luce un' apprezzabile convergenza di obiettivi di politica sanitaria e un chiaro mutamento culturale, fattori che, adottando categorie concettuali e modelli condivisi, lasciano spe-

rare in una favorevole adozione di una disciplina organica, in grado di dare finalmente soddisfacenti e improcrastinabili risposte alle scottanti problematiche della sanità italiana.

Inseguendo i diversi itinerari dei Ddl appare evidente come la decisa convergenza di temi e soluzioni, giustifichi la raccolta dei contenuti migliori in chiave unitaria.

I tempi sono ormai maturi nel nostro Paese per una forte e condivisa iniziativa legislativa che ridefinisca gli ambiti e i perimetri di una responsabilità professionale non più irrigimentata negli spazi della "colpa" o della corsa alla tutela assicurativa, peraltro sempre più gravosa. Lo Stato non può più consentire che i propri professionisti della Sanità prestino la loro delicata opera in un clima di persistente "caccia alle streghe" con pesanti ricadute sotto il profilo economico, psicologico e mediatico, oltre che di discredito non solo dei singoli operatori ma dell'intero Ssn.

Non si può che guardare con fiducia alla maturata, consapevolezza dei nostri politici il tema della responsabilità dei medici e sanitari debba assumere la dovuta centralità nel dibattito parlamentare. Con soddisfazione si nota che le proposte di legge in esame presso la Commissione Affari Sociali presentano degli elementi in comune, dai quali bisogna partire per giungere alla predisposizione di un Testo Unificato che possa essere quanto più possibile condiviso. Uno di questi elementi è costituito dall'intento generale di agire sulla fase "ex ante", della **prevenzione e gestione del rischio clinico con un sistema anche nazionale**, dal momento che attualmente il livello di evoluzione del sistema di prevenzione varia da regione e, all'interno della stessa regione,



**L'analisi comparata dei testi dei Ddl mette in luce un' apprezzabile convergenza di obiettivi di politica sanitaria e un chiaro mutamento culturale: fattori che lasciano sperare in una favorevole adozione di una disciplina organica**

da un'azienda sanitaria all'altra con allarmanti difformità.

Un altro elemento è dato dalla volontà di intervenire sul termine di **prescrizione dell'azione di risarcimento** del danno derivante da trattamento sanitario, oggi pari a dieci anni. Si vorrebbe ridurre il termine per l'attivazione del contenzioso, ritenuto eccessivamente ampio.

Tutte le proposte, inoltre, convergono sull'opportunità di spostare la responsabilità dal singolo operatore sanitario alla struttura presso la quale questi svolge la propria attività, chiamandola in causa in prima linea, in caso di richiesta di risarcimento del paziente, nonché per fatto proprio in caso di **deficit organizzativo**. Un altro punto chiave è quello dell'istituzione di un **Osservatorio** che effettui un monitoraggio sui rischi ed eventi avversi in campo sanitario, anche per tenere sotto controllo il fenomeno delle coperture assicurative, spesso inadeguate o inesistenti.

**IL CONTRIBUTO DELL'AOGOI**

L'Aogoi, coinvolgendo anche il Collegio italiano dei Chirurghi, da tempo ha fissato e promosso la diffusione di punti cardine irrinunciabili per le categorie della classe medica maggiormente esposte a rischio e meritevoli di tutela.

Il **"tavolo tecnico" dell'Aogoi** dopo accurate ricerche, ha for-

nito risposte efficaci per ridurre l'incidenza degli eventi avversi e i rischi dell'incremento del contenzioso.

L'Aogoi con il suo fattivo contributo di esperti del settore ha evidenziato possibili strumenti di più elevate tutele nell'assistenza sanitaria, per garantire la tranquillità sul lavoro agli operatori sanitari e l'erogazione di prestazioni più sicure ed efficaci ai pazienti.

Nella convinzione che l'attuale scenario richieda un intervento legislativo organico ed improcrastinabile e che la sanità italiana debba stare al passo con l'Europa, l'Aogoi ha fornito alla componente politica, i **"pilastri" di un Ddl-Testo Unico auspicabile**. Si tratta di punti fondamentali, irrinunciabili di una disciplina ispirata a valori non negoziabili di natura etica e civile, oltre che sociali ed economici, una risposta assistenziale che sani il conflitto tra principio economico dell'efficienza e finalità solidaristica del welfare, perché il contenimento della spesa sanitaria è un problema economico ma ancora prima una questione politica, di valore attribuito alle priorità sociali, di clinical governance, ed elaborazione strategica.

In altre parole è l'apertura alla partecipazione degli operatori sanitari nelle scelte decisionali per adattare l'organizzazione del lavoro al miglior percorso assistenziale possibile. **Y**

*Il collega parlamentare Benedetto Fucci ha presentato a Caserta il testo unificato della proposta di legge sulla responsabilità professionale alla cui stesura l'Aogoi ha dato un importante contributo tecnico*

**Congresso regionale AOGOI CAMPANIA**

**"Update e applicazioni pratiche in ostetricia e ginecologia"**

■ **L'evento, organizzato in collaborazione con Aio, Agite e Fesmed, ha contato la presenza di 200 faculty, 400 iscritti ai corsi pregressuali e più di 600 partecipanti al congresso. Tra gli argomenti al centro della tre giorni di Caserta, il contenzioso medico legale, cui è stato dedicato un corso pregressuale e una sessione ad hoc**

**Davide De Vita**  
Segretario regionale AOGOI Campania

Il XX Congresso regionale Aogoi Campania "Update e applicazioni pratiche in ostetricia e ginecologia", svoltosi a Caserta dal 15 al 17 gennaio 2015, ha visto la riconferma del segretario regionale **Davide De Vita**, Dirigente Medico della UOC di Ostetricia-Ginecologia del PO San-

ta Maria della Speranza di Battipaglia. L'evento, organizzato in collaborazione con con Aio, Agite e Fesmed, che ha contato la presenza di 200 faculty, 400 iscritti ai corsi pregressuali e più di 600 partecipanti al congresso, ha rappresentato una vera e propria rinascita dei ginecologi e ostetriche campane, per l'intenso entusiasmo e la ricca partecipazione. Gli ingredienti che hanno contribuito a tale successo scientifico, sono stati sicuramente la scelta dei topics e la formula "estremamente pratica" dei corsi pregressuali e del congresso. L'evento, presieduto dai Presidenti Onorari, Prof. **Vito Trojano**, Presidente Aogoi, e dal Prof. **Antonio Chiantera**, Se-

■ **Segue a pagina 25**



# Tumori, HPV e Malattie sessualmente trasmissibili: prevenire l'infertilità

**La preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche e il contrasto alle malattie sessualmente trasmissibili: il contributo del presidente Aogoi per il Tavolo consultivo Fertilità del Ministero della Salute**

**Vito Trojano**  
Presidente Aogoi

Ogni giorno in Italia vengono diagnosticati almeno 30 nuovi casi di tumore in pazienti di età inferiore ai 40 anni, pari al 3% della casistica generale (stima Airtum 2012), contando nel 2010 7.828 nuovi casi, con netta prevalenza per il sesso femminile (4897 donne vs. 2931 uomini). I più comuni tipi di cancro in questo sottogruppo di pazienti sono rappresentati nella donna da carcinoma della mammella, tumori della tiroide, melanoma, carcinoma della cervice uterina e carcinoma del colon-retto, mentre nell'uomo da tumore del testicolo, melanoma, tumore del colon-retto, linfoma non-Hodgkin e tumori della tiroide.

**La possibile comparsa di sterilità o d'infertilità secondaria ai trattamenti antiproliferativi** e il disagio psicosociale ad essa correlato sono temi di importanza crescente, non solo in considerazione del miglioramento della prognosi nei pazienti oncologici di età pediatrica e giovanile, ma anche a causa dello spostamento in avanti dell'età della prima gravidanza. In Italia la percentuale delle gravidanze registrate in donne oltre i 35 anni è passata dal 12% nel 1990 al 16% nel 1996 ed è stato stimato che sarà pari al 25% nel 2025. Nel caso di pazienti oncologici il desiderio di genitorialità si associa alla preoccupazione relativa alla prognosi oncologica, nonché al timore di possibili danni al feto quale conseguenza tardiva dei trattamenti antitumorali ricevuti prima del concepimento. Gli studi evidenziano che i pazienti infertili con pregressa diagnosi di cancro, presentano, rispetto ai pazienti infertili per altre cause, qualità di vita, depressione, ansia, funzione sessuale meno soddisfacenti.

**DIVENTARE MAMMA DOPO UN TUMORE**

Informazione, ricerca e multidisciplinarietà: sono questi i temi fondamentali intorno ai quali si gioca

il successo di un programma integrato di preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche. Oggi non è più possibile dire "non ci ho pensato". Le tecniche di crioconservazione di ovociti, embrioni e tessuto ovarico hanno raggiunto livelli di efficienza impensabili fino a qualche anno fa. Diventa quindi prioritario che i centri che si occupano di oncologia dell'età fertile abbiano un referente che organizzi un percorso specifico per ciascuna paziente a seconda dell'età, della patologia e delle cure oncologiche previste. D'altra parte, i medici e i chirurghi onco-



logi devono conoscere la possibilità di riferire le pazienti per un counselling dedicato, con un rapido accesso allo specialista in medicina della riproduzione. Chemioterapia, radioterapia e terapie biologiche hanno migliorato significativamente la sopravvivenza delle pazienti affette da tumore e la stessa terapia chirurgica, con il concetto della modulazione della radicalità e l'utilizzo di tecniche di conservazione in vivo ed in vitro della funzionalità riproduttiva. La stessa qualità di vita, viene oggi preservata da tecniche chirurgiche più conservative e che rispettano il decorso delle fibre nervose (tecnica di *nerve sparing*). Sappiamo, inoltre, però, che alcuni tipi di chemioterapici, in particolare quelli che danneggiano il Dna, riducono drasticamente il numero degli ovociti primordiali, diminuendo la cosiddetta riserva ovarica e aumentando il rischio di infertilità e menopausa anticipata.



“  
Informazione,  
ricerca e  
multidisciplinarietà:  
sono questi i temi  
fondamentali  
intorno ai quali  
si gioca il successo  
di un programma  
integrato di  
preservazione della  
fertilità nelle  
pazienti oncologiche.  
Oggi non è più  
possibile dire “non  
ci ho pensato”  
”

Sappiamo però poco sui nuovi farmaci, che pure rappresentano una fetta importante dell'attuale armamentario terapeutico oncologico. Ad esempio non sappiamo nulla sulla potenziale tossicità gonadica dei nuovi antiangiogenetici, compresi gli anticorpi monoclonali e le piccole molecole. Eppure nel normale ciclo ovarico, i fattori angiogenetici sono fondamentali per lo sviluppo e il mantenimento del corpo luteo, così come sono importanti per l'annidamento dell'embrione.

**L'oncologia del futuro** sarà sempre più caratterizzata dalla ricerca di terapie mirate al tumore e adat-

tate all'individuo. Non si curerà più il singolo tumore, ma ciascuna paziente riceverà un trattamento che tenga conto dell'assetto genetico della stessa, delle alterazioni genetiche ed epigenetiche del tumore e dei farmaci più adatti a ripristinare l'equilibrio fisiologico che il tumore ha alterato. Anche i meccanismi di tossicità dei farmaci potranno essere identificati a priori, caratterizzando specifiche vie metaboliche e potendo quindi scegliere a parità di efficacia il farmaco meno tossico.

Non dovrà più esistere una medicina dove ciascun specialista si occupa esclusivamente di un organo o di una patologia. La iperspecializzazione è utile solo nell'ambito di una vera multidisciplinarietà e interdisciplinarietà, dove diversi professionisti discutono insieme. La sfida della preservazione della fertilità in oncologia è anche una sfida culturale: ci si deve saper incontrare partendo da conoscenze e esperienze molto lontane, ottimizzando le risorse e creando reti virtuose, dove il ciclo della conoscenza e della collaborazione crea valore aggiunto.

**L'INFEZIONE DA HPV**

L'HPV è un virus molto diffuso: si calcola che 8 persone su 10 entrino in contatto con esso almeno

una volta nel corso della loro vita. Esistono più di 100 sottotipi del virus e, di questi, molti possono localizzarsi agli organi genitali. Oggi abbiamo le prove incontrovertibili che **l'HPV è la causa di quasi tutti i casi di condilomi genitali, displasia cervicale e cancro della cervice**. Inoltre, l'attuale revisione della recente letteratura circa la relazione tra HPV e gravidanza dimostra che HPV può influenzare negativamente gli esiti della gravidanza, può contribuire alla sterilità e può aumentare il rischio di aborto spontaneo. Studi recenti indicano un sensibile tasso di trasmissione verticale di HPV tra madre e figlio, ma la modalità ed il rischio di trasmissione rimangono sconosciuti. Inoltre, l'infezione da HPV sembra essere correlata anche con il parto spontaneo pretermine e la rottura prematura delle membrane (1). Nell'uomo, la presenza di HPV nello sperma è associato ad una riduzione della motilità e ad una presenza di anticorpi anti-spermatozoi. I meccanismi molecolari alla base della compromissione della motilità degli spermatozoi hanno bisogno di ulteriori valutazioni. Una maggiore attenzione dovrebbe essere applicata per valutare l'infezione da HPV dello sperma, soprattutto negli uomini

## Preservare la fertilità: una sfida possibile

**Il contrasto alla sterilità/infertilità secondaria ai trattamenti antiproliferativi è un tema che oggi assume un'importanza crescente. Da una parte i numeri: ogni giorno in Italia vengono diagnosticati almeno 30 nuovi casi di tumore in pazienti di età inferiore ai 40 anni; dall'altra, il dato che le tecniche di crioconservazione di ovociti, embrioni e tessuto ovarico hanno raggiunto livelli di efficienza impensabili fino a qualche anno fa. Di qui l'importanza che i centri che si occupano di oncologia dell'età fertile abbiano un referente che organizzi un percorso specifico per ciascuna paziente, fornendo un counselling dedicato e un rapido accesso allo specialista in medicina della riproduzione.**

**Le infezioni a trasmissione sessuale, in preoccupante aumento nella maggior parte degli Stati membri dell'Unione,**

**sono 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. Tra le cause di infertilità, si può evidenziare che il 20% dei casi è da attribuire ad un danno tubarico, per lo più secondario ad una infezione dell'apparato genitale femminile contratta per via sessuale.**

**L'HPV, tra i virus più diffusi, è la causa di quasi tutti i casi di condilomi genitali, displasia cervicale e cancro della cervicale. I primi sforzi per contrastare le malattie sessualmente trasmissibili devono dunque essere mirati a potenziare la prevenzione: un primo passo può essere quello di aumentare l'informazione, soprattutto a partire dai giovani. Una sfida che è doveroso raccogliere anche a livello europeo**

sottoposti a tecniche di riproduzione assistita per l'infertilità maschile o nelle banche dello sperma. Sarebbe utile eseguire test HPV per l'analisi HPV nel liquido seminale di questi pazienti sia al momento dell'ammissione, che dopo 6 mesi (2).

Le infezioni a trasmissione sessuale rappresentano un importante fattore di infertilità, sia femminile che maschile, dato che, una volta acquisite, possono dare origine ad alterazioni spesso irreversibili nel funzionamento degli organi della riproduzione.

Tra le cause di infertilità si può evidenziare che il 20% dei casi è da attribuire ad un danno tubarico, ovvero ad una alterazione dell'organo femminile predisposto all'incontro tra cellula uovo e spermatozoi.

Nella maggior parte dei casi il danno alle tube è secondario ad una infezione dell'apparato genitale femminile contratta per via sessuale.

Le infezioni sessualmente trasmesse (STIs) sono molto frequenti nella popolazione giovane: si stima infatti che circa il 50% dei ragazzi di età inferiore ai 25 anni ne abbia contratto almeno una.

I dati più recenti sull'entità del problema delle malattie sessualmente trasmesse arriva dal nuovo rapporto del ECDC, pubblicato a luglio del 2014 (3). Questo rapporto di sorveglianza in Europa copre gli anni dal 2003 al 2012 e descrive le caratteristiche epidemiologiche e le tendenze di fondo dei cinque malattie sessualmente trasmissibili nel quadro di sorveglianza Ue: clamidia, gonorrea, sifilide, sifilide congenita e lymphogranuloma venereo. Per tutti e cinque le malattie sessualmente trasmissibili, il numero di casi segnalati molto probabilmente è solo una frazione del loro reale incidenza a causa della mancanza di diagnosi o segnalazione. Questo è il motivo per cui una maggiore sorveglianza delle STI in Europa è essenziale per fornire le informazioni necessarie per controllare la di-

stribuzione della malattia e valutare la risposta di sanità pubblica per prevenire e controllare la trasmissione di infezioni.

### CHLAMYDIA: LA PIÙ DIFFUSA IN EUROPA

Con più di 385 000 casi notificati nel 2012, chlamydia è la più frequente malattia sessualmente trasmessa in Europa, ad un tasso di 184 casi per 100 000 abitanti. Due terzi di tutte le infezioni da chlamydia sono diagnosticati in giovani tra i 15 e 24 anni di età, con il 65% di tutte le diagnosi in giovani donne. Chlamydia è l'unica STI che è riportata più frequentemente nelle donne rispetto agli uomini, con un tasso di 211 casi per 100 000 abitanti nelle donne e 153 negli uomini. Questo dato è però influenzato dal fatto che le donne sono generalmente più testate e controllate degli uomini.

Una particolare forma dell'infezione sistemica del Chlamydia trachomatis è Lymphogranuloma venereo (LGV). Essa si verifica raramente nel mondo occidentale. Tuttavia, negli ultimi anni, sono stati segnalati focolai da diversi paesi europei, soprattutto tra gli uomini HIV-positivi, che hanno rapporti sessuali con altri uomini (4). Un totale di 830 casi di LGV è stato segnalato da otto paesi nel 2012, con un incremento del 17% rispetto al 2011.

Al fine di controllare il peso della malattia causata dall'infezione da Chlamydia trachomatis in Europa, dovrebbero organizzarsi programmi mirati di controllo per raggiungere le popolazioni più a rischio, vale a dire gli adolescenti e i giovani adulti. I programmi di controllo sono fondamentali per il rilevamento e il trattamento di tutti gli individui infetti e dei loro partner sessuali.

### GONORREA E SIFILIDE: AUMENTANO I CASI ANCHE IN ITALIA

La **gonorrea** è la seconda malattia sessualmente più trasmessa. Dal 2008, il tasso complessivo di

questa infezione è aumentato del 62%, e le tendenze sono in aumento nella maggior parte degli Stati membri dell'UE. Nel 2012, sono stati registrati in 29 Stati dell'Unione 47.387 casi di gonorrea, di cui il 41% sono stati segnalati negli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM). Al contrario di chlamydia, gonorrea è stato segnalato tre volte più spesso negli uomini che nelle donne, con un tasso del 25,7 casi per 100 mila negli uomini e del 9,2 nelle donne. I giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 24 anni contano per il 41% dei casi nel 2012. L'aumento dei tassi in Europa sembra essere dovuto principalmente a un aumento della trasmissione tra gli uomini.

Un'altra categoria di infezioni sessualmente trasmesse è costituita dalla **sifilide**. Parlare di sifilide sembrerebbe fuori luogo in quanto la si considera una malattia del passato, in realtà oggi si sta verificando un aumento importante dei casi anche in Italia come conseguenza dei flussi migratori soprattutto dai paesi dell'Est Europa e del Sud America. La sifilide può essere debellata con una terapia antibiotica mirata; il problema è che spesso la diagnosi si pone tardivamente solo quando il soggetto infetto esegue degli esami ematici specifici.

La sifilide e la sifilide congenita, vengono causate da Spirochaeta Treponema pallidum e sono la terza malattia sessualmente trasmessa per frequenza, dopo la chlamydia e gonorrea.

### STIs: IL QUADRO EUROPEO

Tra i 30 Stati membri della UE/SEE (lo Spazio Economico Europeo) sono stati segnalati nel 2012, 20.803 casi di **sifilide**, di cui la maggioranza (85%) in persone di età superiore ai 25 anni. Mentre il tasso di denuncia è diminuito in tutta Europa tra il 2003 e il 2012, i paesi europei soprattutto occidentali hanno osservato un forte aumento dei tassi di sifilide

nel periodo 2008-2012. Questa tendenza è principalmente osservata tra MSM.

I tassi di sifilide congenita sono rimasti stabili nella UE/SEE dal 2005. Nel 2012, sono stati segnalati da 23 paesi UE/SEE, 91 casi. L'efficacia di programmi di screening prenatali nazionali per la sifilide è in fase di studio in un progetto del Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (Ecdc).

Il problema della diffusione di questa infezioni fra i giovani è sicuramente legato alla scarsa consapevolezza dei rischi legati a rapporti sessuali non protetti.

Gli esiti negativi che queste infezioni possono avere sull'apparato genitale spesso non si evidenziano immediatamente. Riguardo la **Chlamydia**, per esempio, sappiamo che il 75% delle donne e il 50% degli uomini che la contraggono non presentano nessun disturbo, in pratica queste persone infette non si accorgono assolutamente di esserlo e questo porta ad un duplice effetto: in primo luogo, non sapendo di essere ammalati non si curano con le terapie efficaci; in secondo luogo possono a loro volta trasmettere questi germi ad altri partner.

Quando l'infezione è invece sintomatica, i disturbi possono essere molto variabili; nella donna possiamo avere perdite vaginali, bruciori alla minzione, dolori pelvici a seconda della gravità del quadro clinico. Anche nell'uomo la sintomatologia spesso è molto sfumata e si limita a bruciori alla minzione.

Indipendentemente dalla gravità dell'infezione, ne può derivare un danno alle tube irreversibile che compromette la fertilità delle donne provocando sterilità (impossibilità al concepimento) oppure, in caso di concepimento, può determinare l'annidamento dell'embrione nella tuba stessa dando luogo ad una gravidanza extrauterina, che è una condizione molto pericolosa per la salute della donna.

Nell'uomo un'infezione che si protrae in modo cronico può determinare una alterazione delle vie seminali che, alla fine, porterà alla mancata fuoriuscita degli spermatozoi nel liquido seminale.

In conclusione, possiamo dire che le infezioni sessualmente trasmesse rappresentano un grande problema per la riproduzione umana e che sicuramente i primi sforzi per contrastarle devono essere mirati a potenziare la prevenzione. Un primo passo può essere quello di aumentare l'informazione, soprattutto a partire dai giovani.

La prevenzione di queste patologie deve riguardare particolarmente i gruppi più vulnerabili (giovani, omosessuali, lavoratrici del sesso) con un approccio globale (5):

- **prevenzione primaria**, sotto forma di informazione, educazione e interventi comportamentali

- **prevenzione secondaria** con i programmi di screening
- **prevenzione terziaria** per il trattamento e la cura dei casi già diagnosticati

I servizi devono essere accessibili e accettabili e forniti in modo non stigmatizzante e non discriminatorio.

### CONSIGLI PRATICI

1. Una donna con storia passata di infezione pelvica che cerca una gravidanza dovrebbe valutare, insieme al suo ginecologo, l'opportunità di valutare la pervietà delle tube se il concepimento non sovrappiunge in un tempo ragionevole
2. Un uomo con storia di prostatiti ripetute o con disturbi urinari trascurati dovrebbe rivolgersi ad uno specialista per valutare la propria fertilità
3. Tutte le coppie che cercano un figlio devono eseguire, tra gli accertamenti preconcezionali, gli esami volti alla ricerca delle infezioni trasmissibili sessualmente: test per epatite B (HbsAg), test per epatite C (HCV Ab), test per HIV (HIV Ab) e test per la sifilide (VDRL-TPHA): esiste un decreto ministeriale che prevede l'esecuzione gratuita dei test per l'HIV e la sifilide.

**La legge 40**, che regolamenta attualmente la Procreazione Medicalmente Assistita, prevede che tutte le coppie da sottoporre a PMA eseguano con cadenza semestrale i suddetti accertamenti.

### Note bibliografiche

1. Bonde U, Joergensen JS, Mogens O, Lamont RF. The potential role of HPV vaccination in the prevention of infectious complications of pregnancy. *Expert Rev Vaccines* 2014 Nov;13(11):1307-16. doi: 10.1586/14760584.2014.944164. Epub 2014 Aug 1
2. Foresta C, Noventa M, De Toni L, Gizzo S, Garolla A. HPV-DNA sperm infection and infertility: from a systematic literature review to a possible clinical management proposal. *Andrology* 2014 Oct 1. doi: 10.1111/andr.284
3. Sexually transmitted infections in Europe 2012: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-europe-surveillance-report-2012.pdf>
4. Savage EJ, van de Laar MJ, Galay A, van der Sande M, Hamouda O, Sasse A, et al. Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003-2008. *Euro Surveill*. 2009;14(48):pii=19428
5. A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA 2013: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HVI-STI-prevention-comprehensive-approach-in-the-context-of-sexual-health-EU-EEA.pdf>

Troppi parti cesarei al Sud: la puntata di Porta a Porta e la replica dell'Agoi

# Caro Vespa ti scrivo: "facciamo chiarezza"

"L'alta frequenza dei tagli cesarei in Campania e in tutto il Sud Italia non è un problema che si può risolvere con un 'decreto urgente', come da lei sollecitato nel corso di una puntata televisiva di Porta a Porta". Così il segretario nazionale Agoi Antonio Chiantera nella missiva a Bruno Vespa, in cui rivolge al noto giornalista televisivo un caldo invito ad approfondire l'argomento. Ad iniziare dal documento elaborato dal Consiglio Direttivo Agoi. Ecco la lettera del Segretario nazionale e il documento Agoi

Chiarissimo Dottor Vespa,

a nome e per conto della A.O.G.O.I. Le invio un documento sui determinanti dell'alta frequenza dei tagli cesarei in Campania, argomento da Lei affrontato nel corso della trasmissione televisiva Porta a Porta.

Nel corso della trasmissione del giorno 21 ottobre u.s. incontrando il governatore della Campania Onorevole Stefano Caldoro, Lei ha sollecitato un "Decreto" urgente per risolvere il problema.

Questa Sua dichiarazione ha dimostrato alla nostra Associazione che in realtà il problema dell'alta frequenza di taglio cesareo in Campania e in tutto il Sud Italia non Le è sufficientemente chiaro, per tale motivo Le invio questo documento, frutto di una riflessione del nostro Consiglio Direttivo.

Le preciso che la nostra Associazione da diversi anni è impegnata in una battaglia tesa alla riduzione dell'alta incidenza del taglio cesareo nelle nostre regioni e in tutta la nostra nazione, con l'organizzazione di riunioni congressuali, simposi, elaborazione e pubblicazione di linee guida e libri come quello sul taglio cesareo pubblicato nel 2008.

Spero che dalla lettura del documento allegato Lei possa trarre spunti veramente utili per commentare questo fenomeno ed aiutarci a ricondurlo in limiti accettabili. Resto a Sua disposizione per qualsiasi chiarimento e le invio cordiali saluti.

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



## Il documento Agoi

# Considerazioni sui determinanti dell'alta frequenza di taglio cesareo in Campania

La frequenza di taglio cesareo in regione Campania è attualmente pari al 60% (ultimo dato pubblicato dai rapporti CEDAP relativo al 2012). Tale frequenza è pari a circa il doppio di quella registrata in Lombardia ed in generale nelle regioni del nord Italia.

Va osservato come tale percentuale sia ormai complessivamente stabile da più di 5 anni, dopo aver raggiunto picchi ben più alti, suggerendo che le iniziative volte a sensibilizzare la popolazione e gli operatori sanitari hanno quanto meno "fermato" l'andamento in crescita.

Vi è accordo tra tutti gli stakeholders che tale frequenza non è giustificata da problematiche cliniche o dal profilo epidemiologico della popolazione campana.

Le cause di tale alta frequenza vanno quindi ricercate nelle problematiche dell'assistenza al parto proprie della Regione Campania, così come andrebbe fatto nelle altre regioni del Sud.

Va subito detto che la tanto citata percentuale consigliata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità che si riporta a tutte le nazioni del globo, non è accettabile in Italia dove uno studio della Agoi sui punti nascita in collaborazione con la Commissione Sanità del Senato, proponeva questa percentuale indicativa intorno al 25 o poco più %.

Ogni regione sta elaborando una analisi critica della propria situazione nei confronti del taglio cesareo e quanto di seguito esprimiamo riguarderà esclusivamente la Regione Campania.

### Le problematiche organizzative: caratteristiche dei punti nascita

La regione Campania è caratterizzata da una assistenza al parto molto parcellizzata in piccoli punti nascita spesso privati convenzionati. Il **grafico 1** mostra il numero di punti nascita in Campania e in Italia in accordo al numero di parti assistiti per anno (dati riferiti al 2010-analisi CEDAP nazionali).

Come si osserva la Campania è una delle regioni (e tra le regioni a maggior numero di abitanti acunata alla Sicilia) con una frequenza percentuale di punti nascita che assistono meno di 500 parti anno ben superiore al 30%. Ancor più evidente in Campania è la mancanza di punti nascita "grandi": solo il 17,5% dei parti avviene in strutture che assistono più

di 1500 parti anno. In Lazio ed Emilia Romagna tale percentuale è pari a circa il 60% pari (le Regioni Emilia Romagna e Lazio sono state scelte in quanto hanno pubblicato dati relativi al 2012). È ben nota come i punti nascita più piccoli non possono garantire una adeguata presenza del ginecologo, neonatologo ed anestesista h24. Tale difficoltà porta in condizioni di incertezza ad eseguire un taglio cesareo di prudenza, molto spesso, non necessario.

Un altro aspetto peculiare del sistema punti nascita campano è la rilevante presenza del privato accreditato.

Come si osserva dalla **tabella 1** la percentuale di nati in strutture accreditate è pari al **44,8%**, percentuale assolutamente unica in Italia.

È ben documentato come la frequenza di Taglio Cesareo nelle strutture private accreditate sia di circa 20 punti percentuale maggiore rispetto a strutture pubbliche di pari dimensioni (se si eccettuano le strutture che assistono più di 1500 parti anno che tuttavia in Campania sono solo 5) (vedi **tabella 2**).

Questa differenza si osserva anche su base nazionale (dati riferiti al 2010, vedi **tabella 3**).

In considerazione del fatto che il tipo di struttura ove si partorisce è oggi di fattore principale determinante il ricorso al taglio cesareo, la particolare organizzazione dei punti nascita campani richiede una riorganizzazione complessiva al fine di ridurre la frequenza di taglio cesareo.

Alti tassi di taglio cesareo hanno

inoltre una importante ricaduta sul tasso di cesarei anche futuri. Le donne che hanno già partorito per via cesarea sono ad elevato rischio di ripetere il parto per via cesarea. La percentuale di precesarizzate in Regione Emilia o in Lombardia è pari a circa il 10 % in Campania tale percentuale è pari al 23,5% nel 2012.

È quindi di primaria importanza intervenire sulla frequenza di taglio cesareo nelle primipare.

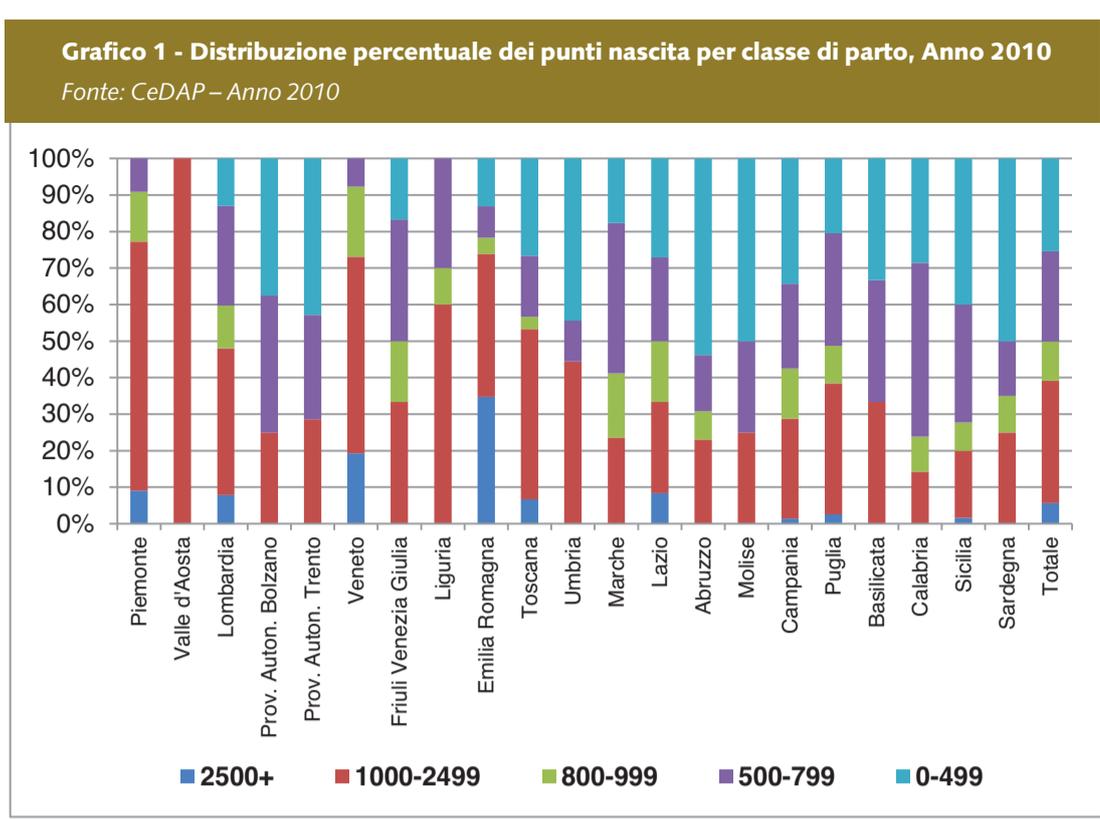
Dall'articolo pubblicato dal Dott. Gerardo Ausiello sul giornale *Il Mattino* del 4 settembre 2014 si riporta quanto segue: "Su 32 case di cura private (quasi tutte accreditate) solo 4 sono dotate di terapia intensiva neonatale e appena 11 ospedali pubblici su 41. Se poi si guarda alla terapia intensiva per le madri (e in generale per gli adulti) si scopre che ne dispongono appena 4 cliniche e quasi esclusivamente gli ospedali della rete delle emergenze".

**Già questi dati inducono ad alcune riflessioni.**

Il giornalista continua: "Basta guardare le statistiche per rendersi conto che in Campania qualcosa non funziona. I riferimenti normativi nazionali, il regolamento Balduzzi prima e il patto della salute poi, parlano chiaro: la qualità delle prestazioni e la sicurezza sia delle mamme che dei neonati sono direttamente proporzionali al volume delle attività. Significa, insomma, che solo nei plessi di grandi dimensioni, quelli che effettuano almeno mille parti all'anno, si corrono meno rischi. Il problema è che, stando all'ultimo rapporto ufficiale sulla natalità della regione, le strutture con meno di 500 nati per anno sono quasi un terzo del totale (21 su 73), sono le più numerose tra quelle pubbliche ed assistono l'11,2 per cento del totale dei nati, mentre quelle con un numero di nati per anno uguale o superiore a 1500 sono 4 ed assistono il 14,6 per cento di tutti i nati".

A questo punto occorre riportarsi al decalogo Fazio 2010 prima e al Decreto Balduzzi poi, dove sono stati stabiliti i livelli minimi assistenziali per i punti nascita, riprendendoli ampiamente da quanto stabilito già nel 2007, e tra parentesi mai applicato in Campania. Occorre stabilire il rispetto dei livelli minimi assistenziali in tutte le strutture pubbliche e private che vogliono dotarsi o abbiano già punti nascita.

Va tenuto presente che una indagine della nostra Associazione ha documentato come solo il 12% dei punti nascita della Campania ri-



**Tabella 1 - Distribuzione regionale dei parti secondo il luogo dove essi avvengono**  
Fonte: CeDAP - Anno 2010

Regione	Punto nascita			Domicilio	Altro	Totale	% Non indicato errato	Parti
	Pubblico	Accreditato	Privato					
Piemonte	99,9	-	-	0,08	0,02	100,0	0,01	35.796
Valle d'Aosta	100,0	-	-	-	-	100,0	-	1.207
Lombardia	91,0	8,7	0,2	0,03	0,03	100,0	0,12	96.122
Prov. Auton. Bolzano	95,9	-	4,1	-	-	100,0	-	5.557
Prov. Auton. Trento	99,5	-	-	0,24	0,22	100,0	-	5.043
Veneto	99,9	-	-	0,10	0,04	100,0	-	45.807
Friuli Venezia Giulia	91,2	8,5	-	0,36	-	100,0	-	10.266
Liguria	100,0	-	-	-	-	100,0	-	11.195
Emilia Romagna	98,6	1,2	-	0,10	0,08	100,0	-	41.155
Toscana	99,4	-	0,6	0,02	0,01	100,0	-	32.564
Umbria	100,0	-	-	-	-	100,0	-	8.014
Marche	96,4	3,6	-	-	-	100,0	-	14.099
Lazio	82,5	15,1	2,3	-	-	100,0	-	54.102
Abruzzo	99,8	0,2	-	-	-	100,0	2,09	9.203
Molise	100,0	-	-	-	-	100,0	-	2.220
Campania	54,6	44,8	0,6	-	-	100,0	-	57.995
Puglia	87,4	12,6	-	-	-	100,0	-	36.513
Basilicata	100,0	-	-	-	-	100,0	-	4.464
Calabria	78,3	21,7	-	-	-	100,0	-	15.140
Sicilia	81,7	18,3	-	-	-	100,0	-	46.842
Sardegna	90,8	9,2	-	-	-	100,0	-	12.189
<b>Totale</b>	<b>88,2</b>	<b>11,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>100,0</b>	<b>0,06</b>	<b>545.493</b>

spetta i livelli minimi assistenziali. Basterebbe stabilire per le strutture private l'assoluta necessità del rispetto dei livelli minimi assistenziali per accedere all'accreditamento, per intenderci quanto è previsto dal decreto Fazio per i punti nascita tra i 500 e 1000 parti/anno, che si allega. Per il pubblico viene fuori la necessità di procedere all'accorpa-

mento di piccole strutture per tentare di migliorare sicurezza e assistenza. È, quest'ultima, la strada che la Giunta Caldoro sta provando a percorrere da tre anni, ovvero da quando è stato approvato il piano di razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale. Le difficoltà, però, non mancano e in certi casi i progetti di Palazzo Santa Lucia

hanno dovuto fare i conti con polemiche e proteste. La levata di scudi si è verificata, ad esempio, di fronte alla decisione di disattivare il centro nascita dell'ospedale di Eboli, dove si davano alla luce meno di 500 bambini all'anno, per concentrare i parti nel vicino nosocomio di Battipaglia, che sfiora quota mille. Altri disordini si sono avuti nel ten-

tativo di fusione tra i reparti di ostetricia dei presidi ospedalieri di Maddaloni e Marcanise così come è stato accompagnato da forti fibrillazioni il percorso di disattivazione del centro nascita dell'ospedale San Gennaro, nel cuore di Napoli.

**Ultima problematica organizzativa** è la mancanza assoluta di raccordo tra i consultori della regione e i punti nascita che lavorano in totale disarmonia e senza una continuità assistenziale.

In realtà è fondamentale che la donna venga preparata all'evento nascita e ne prenda consapevolezza. Ciò è assolutamente necessario per abbattere quel numero sempre crescente di donne che per svariati motivi richiedono il taglio cesareo senza l'esistenza di una indicazione medica.

In Campania questo dato si attesta ben oltre il 12% e su di esso nemmeno le linee guida nazionali hanno dato chiare indicazioni.

Di contro alle problematiche organizzative vanno considerati gli aspetti legati all'operatore.

**Due sono gli aspetti da considerare:**

- il contenzioso medico legale
- la formazione degli operatori, in particolare degli operatori più giovani

La medicina difensiva ha preso ormai un ruolo preponderante nelle scelte mediche.

Gli operatori vengono condannati a risarcimenti faraonici per non aver eseguito un taglio cesareo, mai per aver eseguito un taglio cesareo inutile.

La litigiosità medico legale in Campania è ai livelli maggiori in Italia.

Solo affrontando in modo complessivo con una adeguata legislazione su base nazionale ed una chiara copertura assicurativa da parte delle aziende sanitarie regionali, sarà possibile affrontare significativamente e abbattere questo aspetto che è la malapianta della medicina difensiva.

Di maggior rilievo è la problematica della formazione degli operatori.

L'alta frequenza di cesarei anche presso le strutture di insegnamento (pari a circa il 60% al Policlinico di Napoli) rende complesso il processo di formazione delle nuove ostetriche e dei nuovi specialisti ginecologi all'assistenza al parto vaginale. Vi è quindi la necessità di migliorare il processo formativo in sala parto e di mantenere una formazione medica continua per i medici più anziani. **Y**

**Tabella 2 - Proporzioni di parti con TC per dimensione e tipologia delle strutture. Campania, anno 2012**  
Fonte: "Rapporto sulla Natalità in Campania - Anno 2012"

N. nati per anno	% TC private	% TC pubbliche
> 1500	55,2	52,3
1000 - 1499	77,9	47,9
500 - 999	70,9	50,0
< 500	77,2	55,0

**Tabella 3 - Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti Nascita**

Classe di parti	% Parti con Taglio Cesareo			Totale
	Pubblica	Privata accreditata	Privata non accreditata	
0 - 499	43,7	64,0	73,7	49,3
500 - 799	36,5	62,4		42,4
800 - 999	35,2	51,6		37,6
1000 - 2499	33,5	55,9		35,9
2500 +	33,2			33,2
<b>Totale</b>	<b>34,6</b>	<b>58,3</b>	<b>73,7</b>	<b>37,5</b>

## L'attività intramoenia e l'applicazione dell'IRAP: il rapporto con l'azienda ospedaliera

**L'Irap**, che qualcuno anni fa ribattezzò come Imposta di Rapina, è uno dei tanti balzelli che le Aziende Sanitarie e ospedaliere cercano di addebitare sul conto del medico che esercita la libera professione intramoenia.

In buona sostanza ci è stato segnalato da molti colleghi il presunto abuso di un gravame indebito sui compensi spettanti ai colleghi per l'attività professionale svolta in questa forma contrattualmente disciplinata.

**L'Agoi, nel quadro delle iniziative a tutela degli Associati, ha posto il quesito sulla liceità dei comportamenti degli Enti Sanitari ad uno studio legale di fiducia la cui consulenza è riportata in questa pagina.**

Ciascuno facilmente potrà valutare se nel regolamento per la libera professione" espressamente recepito nei singoli accordi tra strutture sanitarie e medici, e nelle autorizzazioni rilasciate ai singoli sanitari per lo svolgimento dell'attività intramoenia sia stato espressamente previsto che l'onere del pagamento dell'Irap fosse prevista in capo ai colleghi, a pena di illiceità della trattenuta.

**Occorre segnalare** che dopo alcune sentenze avverse le varie Asl ed Enti Ospedalieri hanno inserito questa clausola negli accordi decentrati, proprio per cautelarsi. Ricordiamo comunque che per i trascorsi 5 anni può essere proposta con successo la restituzione di quanto eventualmente indebitamente trattenuto. (C.M.S.)

**A**lcune recenti pronunce giurisprudenziali della Corte di Cassazione e di alcune Corti di merito hanno fatto luce su una questione di particolare rilevanza per l'intera categoria dei medici che svolgono attività libero professionale intramoenia: l'individuazione del soggetto passivo dell'Irap (Imposta Regionale sulle Attività Produttive) e il rapporto – spesso conflittuale – che su questa delicata tematica si è sviluppato tra dirigenti medici e aziende sanitarie e ospedaliere. Ai sensi dell'articolo 2 del D. Lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, presupposto per l'applicazione dell'Irap è "l'esercizio abituale di una attività autonomamente organizzata diretta alla produzione o allo scambio di beni ovvero alla prestazione di servizi": proprio la de-

finizione del requisito dell' "autonoma organizzazione" è stato oggetto di numerose pronunce della corte di legittimità, la quale ha in sostanza sancito il principio secondo il quale non sono soggetti ad Irap i proventi che un lavoratore autonomo percepisca come compenso per le attività svolte all'interno di una struttura da altri organizzata (1).

In questo quadro giuridico di riferimento può ritenersi pertanto pacifico che sia l'azienda sanitaria a risultare soggetto passivo dell'Irap sui compensi per attività intramoenia svolta dai medici.

Ciò che risulta controverso è, viceversa, comprendere se la prassi seguita da un gran numero di aziende sanitarie di attuare una "traslazione" convenzionale del relativo onere sui dirigenti medici –

ribaltando in sostanza a loro carico l'importo sostenuto sotto forma di trattenute operate dall'azienda – sia legittima o meno e, se del caso, a quali condizioni.

Sul punto sono intervenute alcune decisioni della Corte di Cassazione (2) che – inserendosi in procedimenti originati da azioni giudiziarie introdotte da alcuni medici nei confronti delle aziende sanitarie presso le quali esercitavano attività intramoenia e che avevano operato a loro carico le trattenute in oggetto – ha avuto modo di svolgere considerazioni di significativo rilievo.

In primo luogo non pare rinvenirsi in tali sentenze un orientamento secondo il quale la "traslazione" di tale onere sul medico sia radicalmente invalida o inefficace: al contrario tale trasferimento

risulterebbe in linea di principio del tutto legittimo, sulla base di quanto sancito dalla stessa Corte Costituzionale in una decisione del 2001 (3).

Tuttavia, la Corte di Cassazione ha specificato che tale ribaltamento dell'onere sul medico debba essere esplicitamente previsto a livello contrattuale: in altre parole il meccanismo traslativo può trovare applicazione solo ed esclusivamente nella misura in cui esso trovi un'espressa disciplina convenzionale, trovando quindi il suo presupposto non nella legge, ma in un accordo tra le parti.

In forza di tale principio la Corte di legittimità ha infatti ritenuto in un caso sottoposto al suo esame (4) che la previsione contenuta in un accordo integrativo ai sensi della quale "sulla quota restante dei compensi dovuti per attività intramoenia verranno applicate le imposte di legge" non risultasse una clausola idonea a far scattare la traslazione dell'onere. Chiarisce infatti la Cassazione che "nel caso di specie non può certo dirsi che il senso letterale dell'applicazione, sui predetti compensi, delle "imposte di legge" equivalga ad una clausola di traslazione del relativo onere economico su soggetti diversi da quelli passivi del rapporto di imposta: anzi, proprio parlare di "applicazione" di "imposte di legge" evoca oggettivamente l'adempimento di un obbligo legislativo, non di uno convenzionale".

Ed ancora, con riferimento ad un'altra fattispecie nella quale l'azienda sosteneva che l'effetto traslativo sarebbe disceso dalla sottoscrizione da parte dei medici di una modulistica da cui emergeva l'applicazione del regolamento aziendale sul recupero dell'Irap quale costo per l'azienda stessa, la Corte di Cassazione affermava che la corte di appello "ha esaminato la questione, respingendola con adeguata motivazione, valutando la mancata menzione del recupero Irap, anche come parte dei co-

sti che concorrono a determinare le tariffe (pag. 9 sentenza impugnata), nel "Regolamento per la Libera Professione" espressamente recepito nei singoli accordi tra Usll e sanitari, e nelle autorizzazioni rilasciate ai singoli sanitari per lo svolgimento dell'attività intramoenia" (5).

I precedenti appena menzionati inducono dunque a ritenere che la valutazione sulla legittimità di un'eventuale trattenuta da parte dell'azienda sanitaria dell'onere Irap a carico del dirigente debba necessariamente essere condotta caso per caso, attraverso un attento scrutinio della relativa documentazione contrattuale, sia aziendale che individuale, recante la disciplina integrativa del rapporto tra dirigente medico e struttura, al fine di comprendere se effettivamente sussistano nel caso di specie i presupposti per una valida traslazione ovvero se le trattenute operate dall'azienda siano illegittime, con conseguente diritto del medico a chiederne la restituzione. **Y**

(Consulenza a cura dello Studio legale Raffaelli Segreti)

### Note

1. Si veda ad esempio Cass. civ. 9692/2012.
2. Cfr. in particolare Cass. civ., sez. lavoro, n. 8533/2012 e Cass. civ., sez. lavoro, n. 20917/2013.
3. Nella sentenza n. 156/2001, la Corte Costituzionale afferma con specifico riferimento all'IRAP che "come si verifica per qualsiasi altro costo (anche di carattere fiscale) gravante sulla produzione l'onere economico dell'imposta potrà essere infatti trasferito sul prezzo dei beni o servizi prodotti secondo le leggi del mercato, o essere totalmente o parzialmente recuperato attraverso opportune scelte organizzative".
4. Si veda Cass. civ., sez. lavoro, n. 20917/2013.
5. Si veda Cass. civ., sez. lavoro, n. 8533/2012.



**Al fine di comprendere se effettivamente le trattenute dell'onere Irap operate dall'azienda siano illegittime, con conseguente diritto del medico a chiederne la restituzione, è necessaria un'attenta valutazione caso per caso**



IL LIBRO DI O.N.Da

## Donne e Tumori

### Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutico-assistenziali

O.N.Da  
Osservatorio Nazionale  
sulla salute della Donna

FARMINDUSTRIA



I tumori femminili, in considerazione del loro pesante impatto a livello individuale e collettivo, rappresentano uno dei temi di maggior interesse per O.N.Da, l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna. Per questo motivo, l'Osservatorio ha voluto realizzare un volume specificamente dedicato a ricostruire lo stato dell'arte dell'oncologia. Il libro, dal titolo "Donne e tumori. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutico-assistenziali", nasce grazie al consueto supporto di Farmindustria, da anni al fianco di O.N.Da nella promozione della Medicina di genere in ambito istituzionale, scientifico-accademico e sanitario.

Dopo le malattie cardiovascolari, le neoplasie rappresentano la principale causa di morte femminile, responsabili ogni anno del decesso di 486 donne ogni 100.000 sopra i 75 anni e di 150 dai 55 ai 74 anni. In Italia si stimano circa 87.000 casi annui di tumori maligni su tutta la popolazione femminile in età 0-84 anni.

Attraverso il coinvolgimento di più specialisti, l'intento del volume, articolato in tre parti, è quello di trattare non solo gli aspetti clinici e diagnostico-terapeutici ma anche quelli psicologici e assistenziali, per tracciare una panoramica il più possibile completa e aggiornata del problema.

L'auspicio è che questa pubblicazione rappresenti un valido strumento al servizio di tutti gli operatori - clinici e non - coinvolti nella gestione della malattia oncologica, delle Istituzioni e di coloro che hanno responsabilità decisionali nel settore sanitario, per giungere alla pianificazione di interventi mirati e all'organizzazione di servizi di prevenzione, diagnosi e cura, distribuiti omogeneamente sul territorio e sempre più "a misura di donna".

## PREMESSA

## Tumori femminili: una delle aree tematiche su cui l'Osservatorio è maggiormente impegnato

**Francesca Merzagora**

Presidente O.N.Da

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) nasce nel 2005 con l'obiettivo di promuovere una cultura della Medicina di genere e la salute femminile. In quest'ottica, attraverso un'intensa e sinergica collaborazione con tutti gli interlocutori coinvolti – Istituzioni, Società scientifiche, Università, classe medica, organi d'informazione, popolazione, Associazioni di pazienti, aziende e Fondazioni – realizza numerose attività di ricerca e di comunicazione a livello istituzionale, clinico-scientifico e sociale.

L'oncologia, in considerazione dell'impatto clinico-epidemiologico e socio-economico dei tumori femminili, rappresenta senza dubbio una delle aree tematiche su cui l'Osservatorio è maggiormente impegnato. In tale ambito i nostri sforzi si concentrano su quelli che riteniamo gli obiettivi fondamentali da raggiungere: coinvolgere le Istituzioni per la definizione d'interventi di programmazione sanitaria mirati a offrire omogeneamente sul territorio nazionale servizi clinico-diagnostici e terapeutico-assistenziali sicuri e di qualità; informare la popolazione, sensibilizzarla e aumentarne la consapevolezza in particolare sugli aspetti che riguardano la prevenzione (quale unica ed efficace arma di difesa contro i tumori); migliorare la qualità e l'accessibilità dei servizi del Ssn.

Nel perseguimento di quest'ultimo obiettivo, dal 2007 O.N.Da promuove il Programma Bollini Rosa che individua e premia le strutture ospedaliere che hanno particolare attenzione verso la salute femminile, offrendo servizi dedicati di prevenzione, diagnosi e cura nonché servizi per l'accoglienza delle pazienti e dei familiari tarati sulle specifiche esigenze dell'utenza rosa.

La realizzazione di questo volume prende le mosse dalle evidenze scientifiche, epidemiologiche, nonché socio-economiche che ben documentano il pesante impatto a livello individuale e collettivo delle malattie oncologiche femminili. Nel libro sono trattati non solo gli aspetti clinico-epidemiologici e diagnostico-terapeutici, declinandoli per ciascuna delle quattro tipologie prescelte di tumore, ma anche quelli psicologici e assistenziali al fine di dare una panoramica il più possibile completa e aggiornata delle tematiche.

**Il volume si articola in tre parti.** La prima, a cura di specialisti oncologi esperti per ciascun ambito, è dedicata alla presentazione di quattro tipologie di tumore che hanno un impatto pesante sulla salute femminile. I primi tre sono specificatamente femminili, riguardando mammella, collo dell'utero e ovaio.

Il tumore alla mammella rappresenta in assoluto la neoplasia più frequente nel sesso femminile e, ancora oggi, nonostante il significativo miglioramento della prognosi ottenuto grazie alla diagnosi precoce e alle nuove terapie, costituisce la prima causa di morte per tumore nel sesso femminile. Inoltre si deve evidenziare che si sta registrando un continuo trend di crescita di nuovi casi in giovani donne, sotto i quarant'anni, nelle quali il tumore presenta in genere caratteristiche biologiche associate a peggior prognosi rispetto ai casi diagnosticati in età più avanzata.

Il tumore al collo dell'utero rappresenta in Italia la sesta neoplasia femminile per frequenza. È l'unico tumore per il quale è stata identificata una causa (necessaria ma non sufficiente) certa: l'infezione da Papilloma Virus Umano (HPV). Si tratta di un virus estremamente comune che si trasmette per via sessuale o per contatto cutaneo diretto. Fortunatamente nell'80% dei casi l'infezione guarisce spontaneamente e comunque, nei casi di persistenza, la trasformazione neoplastica è molto lenta con ampie possibilità di diagnosi precoce e dunque di cura.

Il tumore dell'ovaio, seppur raro, è da considerare un nemico molto pericoloso poiché correlato, purtroppo, a una prognosi spesso infausta. L'aspetto più critico di questa neoplasia è, infatti, rappresentato dal fatto che, restando silente per lungo tempo in quanto priva di un corredo sintomatologico specifico, la diagnosi viene formulata nel 70-80% dei casi tardivamente, quando il tumore ha raggiunto dimensioni critiche e si è già diffuso localmente o a distanza; ciò si traduce in una drastica riduzione delle chances di successo del programma terapeutico.

Per quanto riguarda mammella e collo dell'utero, cruciale è il ruolo della prevenzione resa possibile dalla disponibilità di strumenti di screening efficaci, quali rispettivamente la mammografia (sempre più affiancata da ecografia e risonanza magnetica) e il pap-test associato all'HPV test.



Francesca Merzagora

Deve poi sottolinearsi il ruolo del vaccino anti-HPV quale prezioso strumento di prevenzione primaria per il carcinoma della cervice uterina, considerato che nel 70% dei casi questa neoplasia è correlata ad un'infezione da Papilloma Virus Umano di sierotipo 16 e 18. Sebbene l'Italia sia stata il primo paese europeo a strutturare e avviare nel 2008 un'organica campagna di immunizzazione con offerta attiva e gratuita del vaccino ad una popolazione target (secondo le indicazioni date dal Ministero della salute, ragazze preadolescenti nel dodicesimo anno di vita), la copertura vaccinale è ancora estremamente disomogenea sul territorio. Per quanto riguarda il tumore ovarico, invece, non sono ancora disponibili esami di screening efficaci da estendere alla popolazione femminile per una diagnosi precoce.

Tuttavia, negli ultimi anni, grazie all'utilizzo più diffuso dell'ecografia transvaginale e alla disponibilità di nuovi farmaci che consentono di cron-

nicizzare la malattia, si è assistito ad un progressivo aumento della sopravvivenza anche per le pazienti con tumore avanzato. La ricerca in questo campo è diventata particolarmente fervida, poiché le tecnologie più moderne hanno permesso di comprendere alcuni meccanismi responsabili della moltiplicazione delle cellule tumorali, potenziali bersagli per farmaci sempre più specifici ed efficaci. Abbiamo, dunque, grandi aspettative per il prossimo futuro in termini di ulteriore miglioramento della prognosi oncologica di queste pazienti, attraverso l'utilizzo di terapie più mirate e l'identificazione di strumenti affidabili per la diagnosi precoce.

A completamento della prima parte del volume, ai tumori specificatamente femminili, è stato affiancato quello polmonare. Tale neoplasia, considerata fino a trent'anni fa una patologia a retaggio maschile, presenta una crescita esponenziale in termini di incidenza e mortalità nella popolazione femminile, da ascrivere principalmente alla drammatica diffusione del tabagismo tra le donne.

**La seconda parte del libro** è dedicata all'impatto delle malattie oncologiche sull'essere donna, a partire dai riflessi su femminilità, fertilità e sessualità.

I tumori, in particolare quelli mammari e a carico dell'apparato genitale, incidono profondamente su questi aspetti poiché colpiscono organi che hanno una forte valenza simbolica. Inoltre si deve considerare che i trattamenti antitumorali, sistemici (come la chemioterapia e l'ormono-terapia) e locali (come la chirurgia e la radioterapia) possono compromettere anche irreversibilmente la fertilità. E questo è un problema molto delicato con cui gli oncologi si confrontano sempre più frequentemente, considerati l'aumento del numero di tumori che colpiscono giovani donne in età fertile e il progressivo avanzamento dell'età materna alla prima gravidanza.

È poi previsto un contributo sulla comorbidità dei tumori con i disturbi emotivo-affettivi: il vissuto della malattia oncologica è devastante non solo per il fisico ma anche per la psiche e comporta in molti casi l'insorgenza di disturbi d'ansia o stati depressivi che meritano un adeguato e tempestivo inquadramento. Gli effetti di questi ultimi sulla prognosi oncologica sono materia di approfondimento scientifico e la letteratura prodotta in merito sino ad oggi non è unanime.

A completamento del volume, **la terza parte** è articolata in tre capitoli, che trattano rispettivamente il tema dell'accessibilità ai farmaci oncologici, con particolare riferimento alle attuali criticità e opportunità, il ruolo del Ssn nel dare assistenza a livello ospedaliero e territoriale ai malati e ai familiari e il contributo offerto dalle Associazioni di pazienti, quotidianamente in prima linea per supportare i pazienti e le loro famiglie.

Alla chiusura dell'opera sono affidate le considerazioni sul ruolo della ricerca in ambito oncologico che, partendo dall'attuale stato dell'arte, si sviluppano nelle prospettive future in un'ottica di garantire una sempre più tempestiva ed efficace cura di queste malattie.

**Rivolgo un ringraziamento speciale** a tutti gli Autori del volume che, con la loro preziosa collaborazione, hanno dato un importante contributo nella realizzazione dell'opera e a Farindustria che, ancora una volta, come da ormai diversi anni, ci affianca e ci supporta nella promozione di una cultura della Medicina di genere.

Il nostro auspicio è che anche questo volume rappresenti un valido strumento di sensibilizzazione e aggiornamento sul tema non solo per tutti gli operatori coinvolti nella gestione della malattia oncologica, ma anche per le Istituzioni, con l'ambizioso – ma quanto mai opportuno – obiettivo di giungere alla pianificazione d'interventi mirati e all'organizzazione di servizi dedicati, omogeneamente distribuiti sul territorio, che consentano alle donne l'accesso a una diagnosi precoce nonché ad appropriati e personalizzati percorsi diagnostico-terapeutici. ■





## INTERVENTI INTRODUTTIVI

## Uno strumento utile a chi lavora nelle istituzioni

**Emilia Grazia De Biasi**

Presidente Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

**N**ell'era della comunicazione globale, delle informazioni in tempo reale, dell'annullamento delle distanze, un libro sui tumori femminili o meglio, sul rapporto fra donne e tumori, rappresenta una preziosa occasione di riflessione oltre che di divulgazione scientifica, di rottura di stereotipi che riguardano il rapporto fra mondo femminile e malattia.

Insomma vale la pena di fermarsi un momento a pensare alla medicina di genere che non è, lo diciamo ancora una volta, la medicina delle donne, ma un diverso approccio alla medicina, che consideri che il mondo è fatto da uomini e donne, con corpi e menti differenti e che reagiscono in modo diverso alle malattie, alle terapie, ai farmaci, alle depressioni che sovrappiungono nei momenti drammatici dell'esistenza.

E allora grazie a O.N.Da, che ancora una volta si offre come link fra cittadine, mondo della salute, società e Istituzioni. Grazie anche per i punti di riferimento che vengono offerti alla solitudine femminile contenuti nel finale del libro, che diventa una sorta di manuale da viaggio nel valore salute delle donne.

Questo Libro è la conferma dell'importanza dell'alleanza fra scienza e umanizzazione della medicina: non più pazienti, ma persone che ogni giorno combattono contro i tumori, o che sanno che non si muore, che non si guarisce, ma che si può anche prevenire e vivere meglio.

È noto ormai che le donne vivono più degli uomini, ma con una minore qualità di vita; sono le più alte consumatrici di farmaci, ma si curano in modo discontinuo. In più la salute delle donne è rimasta per troppi anni confinata nelle materie della riproduzione. L'universo dei tumori femminili richiede dunque appropriatezza terapeutica, ma anche apertura alla medicina di narrazione, alla personalizzazione verso cui faticosamente sta andando il farmaco, alla consapevolezza dell'importanza dell'alleanza terapeutica.

Anche per questo sono indispensabili politiche pubbliche che consentano di innovare la ricerca, le terapie, il valore della salute, il modo di guardare al Servizio Sanitario Nazionale, la sua sostenibilità, il suo universalismo.

Si parla tanto e non sempre a ragione, di sprechi nella sanità. C'è un unico modo per rimediare: puntare alla qualità non attraverso i tagli, ma con una riconversione della spesa per ammodernare e umanizzare.

Spero che O.N.Da ci aiuti in questa impresa. Questo libro è un primo passo ed è uno strumento utile a chi lavora nelle istituzioni, e che mi sento di consigliare a tutte quelle donne che vogliono saperne di più, o che più semplicemente, scelgono di non avere più paura.

Non è come dirlo, ma dirlo è già un successo. ■



**Emilia Grazia De Biasi**

## INTERVENTI INTRODUTTIVI

## Fondamentale non disperdere il dialogo tra scienze mediche e scienze umane

**Vanna Iori**

Commissione Affari Sociali e Sanità, Camera dei Deputati

**N**oi siamo un corpo. Nella pratica clinica il corpo viene spesso considerato come semplice "organismo", oggetto, cosa, prescindendo dalla rilevanza esistenziale della malattia e del dolore. Scrive Husserl nelle Meditazioni cartesiane che il mio corpo, nella sua peculiarità unica, non è mero corpo fisico (Körper), ma corpo vivente (Leib). Quando le scienze mediche fanno riferimento alla realtà corporea oggettivata in senso naturalistico e la considerano come una macchina, un corpo-cosa, perdono di vista il corpo-persona, concretamente vissuto e sperimentato nell'esistenza, con le sue relazioni e i suoi vissuti. La scoperta di un cancro è sempre un passaggio attraverso l'ignoto. Se, come afferma Merleau-Ponty, io sono il mio corpo, nel percorso diagnostico-terapeutico oncologico si concentrano molteplici aspettative, ansie, delusioni e gioie sempre intrise di una profonda ri-progettazione esistenziale.

La progressiva specializzazione tecnico-strumentale della medicina ha comportato, purtroppo, una diminuzione di interesse verso i vissuti che accompagnano la malattia. È quindi indispensabile una riqualificazione della cultura e delle pratiche diagnostiche e terapeutiche che richiede la capacità di non disperdere il fondamentale dialogo tra scienze mediche e scienze umane.

Nel nostro "essere un corpo" siamo innanzitutto un corpo sessuato.

Aspetto, questo, che risulta scarsamente rilevante nella formazione medica tradizionale, fortemente improntata ad una visione incentrata sul corpo oggetto e sulla sua "neutralità". Risulta perciò evidente lo scarso interesse per la differenza di genere come fattore decisivo nella biografia femminile con i suoi vissuti, la sua storia, i suoi

bisogni che assumono una valenza del tutto specifica nella malattia oncologica, soprattutto in relazione agli organi sessuali e riproduttivi.

Nell'ospedale, luogo neutro ed estraneo, retto su un apparato tecnico specialistico e procedure standardizzate, la donna è estraniata dal suo stesso



**Vanna Iori**

Segue da pagina 17



## Fondamentale non disperdere il dialogo tra scienze mediche e scienze umane

Vanna Iori

corpo di cui altri decidono e su cui altri intervengono, “monitorandolo” dall'esterno. Ma se la malattia oncologica femminile è “una storia divenuta carne” (Duden), i luoghi asettici delle più efficienti cliniche non sono in grado di accogliere le emozioni di un'esperienza tanto profonda che lascia in ombra i vissuti del corpo femminile.

Queste affermazioni indicano l'importanza della medicina di genere. Il corpo vissuto non è mai “neutro”, non è un involucro anonimo. Quando l'esperienza della malattia irrompe nell'esistenza femminile, ne sconvolge i vissuti e l'identità profonda legata all'appartenenza di genere. Lo stesso decorso della patologia, se non addirittura la prognosi, sono fortemente legate a questi vissuti. Diventa perciò decisivo l'accompagnamento “non neutro” su cui si fondano le pratiche di genere in ambito sanitario. Il merito di questo volume e dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) è quello di promuovere la salute in un'ottica di appartenenza di genere, poiché la rilevanza delle trasformazioni fisiche e dei vissuti emozionali, delle relazioni e dell'auto percezione che accompagnano la malattia oncologica femminile, riguardano innanzitutto la perdita dei significati simbolici e delle proiezioni culturali del corpo di donna. Il corpo femminile è continuamente ricondotto da un lato alla sessualità, dall'altro alla procreazione. La possibilità di esprimere il corpo, nella storia femminile, ha assunto caratteri fortemente ambivalenti, sostenuti dall'altrettanto ambigua rappresentazione iconografica, letteraria, filmica. Nella corporeità femminile riemergono gli aspetti più oscuri della storia della sessualità (il peccato, la tentazione, la perdizione), ma anche la procreazione e gli aspetti spirituali, affettivi e nutritivi: da Eva tentatrice e insieme progenitrice universale, alla Grande Madre che ha perduto le dimensioni erotiche per assumere quelle procreative. Al di fuori di questi due ruoli la donna pare non avere diritto al corpo: disincarnata, angelicata, sublimata.

La misoginia, derivata dalla cultura greca (Pandora, causa di tutti i

**La progressiva specializzazione tecnico-strumentale della medicina ha comportato una diminuzione di interesse verso i vissuti che accompagnano la malattia**

mali presso l'umanità, Elena causa della guerra di Troia) e radicalizzata in epoca cristiana (Tertulliano definiva la donna “diaboli ianua”, porta del diavolo), ha influenzato il vissuto corporeo femminile. E a questa cultura sono da ricondurre anche i pregiudizi e gli stereotipi che si spingono fino ai maltrattamenti e agli abusi in ambito domestico, minando gravemente la salute mentale e fisica delle donne vittime di violenze.

A causa di tutti i condizionamenti culturali che ancora rendono difficile esprimere la propria corporeità al di fuori degli schemi ai quali le donne vengono tuttora continuamente ricondotte, esse hanno avuto ed hanno generalmente un rapporto non facile con il corpo. Per questo è importante mostrare come le scienze mediche possono tutelare la salute delle donne, propriamente a partire dalle patologie che le riguardano in quanto donne, non solo in relazione ai cicli biologici (mestruazioni, gravidanza, parto, menopausa che pure rivestono un ruolo primario nelle patologie femminili), ma anche in relazione alle diverse cause che portano all'insorgenza di queste e altre patologie: dalla pluralità di ruoli sociali (con un sovraccarico di lavoro, non solo domestico) allo stress lavorativo derivante dagli scarsi riconoscimenti professionali, dagli ostacoli nei percorsi di carriera alla mancanza di politiche per la conciliazione dei tempi, fino allo stalking vero e proprio. La prevenzione e la protezione della salute femminile, così come le ricerche epidemiologiche, non possono prescindere dalle cause culturali e sociali e non possono ignorare il danno economico, oltre che umano, delle malattie oncologiche femminili e delle componenti emozionali che le accompagnano.

Ringrazio quindi O.N.Da per questo importante lavoro e per le sinergie istituzionali e professionali che ha saputo attivare. Condivido l'auspicio che questa ricerca possa divenire strumento di conoscenza e formazione per tutti coloro che sono coinvolti nei percorsi della salute delle donne. Prendersi cura della salute femminile significa promuovere integrazione tra istituzioni sanitarie e territori, ricerca scientifica e assistenza. Molta strada resta ancora da compiere nelle politiche sanitarie per riconoscere e rispettare le differenze di genere nei bisogni in ambito sanitario, ma questo è un impegno di parità nella differenza che dovrà sempre più ispirare e spronare la pianificazione degli interventi, dei servizi e delle strategie preventive. ■



### INTERVENTI INTRODUTTIVI

## Le imprese del farmaco pronte ad ampliare l'impegno per la ricerca e l'innovazione

**Massimo Scaccabarozzi**  
Presidente Farindustria

I tumori, “La Grande C”, per citare il riferimento al modo di dire americano richiamato da Adriana Albini nel suo autorevole contributo, sono una delle sfide più difficili del momento. Per l'industria farmaceutica è motivo di sincero orgoglio che i progressi nella lotta a queste e ad altre patologie, un tempo invincibili, abbiano consentito una crescita considerevole delle aspettative e del livello di vita di tanti pazienti. Anche se, va sempre ricordato, la strada è ancora lunga e disseminata di ostacoli.

Le patologie oncologiche evidenziano, talvolta drammaticamente, il tema dell'accesso ai farmaci. Da sempre le imprese del farmaco insistono sull'importanza della stabilità del quadro normativo e sulla rimozione di quelle barriere all'innovazione, all'origine di una tragica lotteria della vita che misura, a seconda della regione in cui si vive, in mesi e talvolta in anni il ritardo nella possibilità di accedere alle nuove terapie.

Proprio nella fase in cui l'oncologia passa alla *personalized e precision medicine*, per conseguire le auspiccate vittorie sui tumori occorre sempre più con-

solidare e ampliare sia il network pubblico-privato nella ricerca sia gli investimenti delle aziende, che sono pronte a fare la loro parte in un quadro di certezza e stabilità delle regole. E questo per incrementare, a favore dell'intero Paese, quella “catena del valore”, espressione dell'impegno di tutto il Sistema della salute, formata anche dalle opportunità offerte dagli studi clinici che nel mondo impegnano circa 100 miliardi di dollari. L'Italia ne attrae una quota consistente e può attrarne ancora di più, con evidenti vantaggi per gli stessi pazienti che hanno così la possibilità di entrare in cicli di terapie ai più elevati livelli innovativi.

Le imprese del farmaco, per le quali le pari opportunità non sono solo uno slogan, vedono da tempo una presenza femminile di alta qualità, maggioritaria nella ricerca, e con ruoli di rilievo nell'organizzazione aziendale. Le conseguenze dell'impatto clinico-epidemiologico e socio-economico dei tumori femminili, sottolineate da Francesca Merzagora, le tematiche dell'accesso alle cure e della medicina di genere correttamente intesa, sono ben presenti a chi ha nella salute e nella qualità di vita la ragione stessa di esistenza.

Riaffermo quindi con forza il nostro impegno al fianco di O.N.Da, a sostegno della collaborazione tra le imprese del farmaco, le Istituzioni e gli operatori del sistema. È questa la premessa indispensabile di risultati ancora migliori a favore della salute della donna, grazie anche all'appropriatezza delle cure, alla ricerca e all'innovazione. ■



**Massimo Scaccabarozzi**

## Dedicato a Mario Sideri e Ada Burrone

Mentre stavamo raccogliendo i testi per la realizzazione di questo volume, due notizie tristi e concomitanti ci hanno colpito, la scomparsa di due persone care: Ada Burrone e Mario Sideri, entrambi legati, seppur con ruoli e in ambiti professionali diversi, al mondo dell'oncologia e delle pazienti che curavano (nel caso di Mario) e che sostenevano psicologicamente (nel caso di Ada). Mario aveva ancora età ed energie per fare e dare tanto. O.N.Da ha collaborato molto con entrambi. Abbiamo quindi deciso di dedicare a loro questo volume nella convinzione che ricordare sia importante anche per noi oltre che per le loro famiglie.

Il Dottor Mario Sideri, primario dell'Unità di Ginecologia Preventiva dell'Istituto Europeo di Oncologia, era il nostro riferimento, pur non facendo parte del comitato scientifico, per il tema HPV e tumore al collo dell'utero. Questa patologia è stata la prima a cui O.N.Da si è dedicata dalla sua nascita, nel 2006, seguendo passo a passo al fianco di Mario non solo le attività di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione femminile su questo tumore, ma anche l'arrivo del vaccino, la prima arma importantissima per combattere il tumore, la sua gratuità per le giovani donne voluta dall'allora Ministro della salute Livia Turco, le difficoltà di adesione nelle varie regioni italiane. Un percorso lungo, non ancora concluso: avere al nostro fianco il Dottor Sideri, sempre disponibile, attento, puntuale nella consegna degli scritti e nella risposta ai tanti quesiti che ci pervengono, era per noi rassicurante. Ci mancherà tantissimo.

Ada Burrone ha fondato, dopo una sua esperienza personale di tumore alla mammella in anni in cui le prognosi erano altamente infauste, un'associazione di pazienti che si propone di affiancare chi sta vivendo l'esperienza del cancro al seno e i suoi famigliari. Tramite *Attivecomeprima* Onlus, Ada con i suoi suggerimenti, la sua disponibilità, la sua visione spirituale dell'esistenza, era un faro prezioso. Possiamo affermare che nel panorama italiano delle associazioni di pazienti, Attivecomeprima è un modello unico. Ada è stata anche membro del Direttivo del Forum italiano di Europa Donna, portando un contributo prezioso di saggezza, equilibrio e serenità interiore. L'abbiamo persa dopo mesi di sua tribolazione e sofferenza: Ada era pronta "a partire", era serena dentro, aveva compiuto un profondo percorso interiore.

Credo si possa dire, citando il filosofo Martin Buber, che "era sazia dei suoi giorni". A noi restano tanti ricordi, personali e struggenti, che ci accompagneranno nell'esistenza, certi che la sua associazione continuerà a operare nel solco dei suoi insegnamenti. F.M.

# Il carcinoma della mammella: dati epidemiologici e fattori di rischio

- Il tumore alla mammella rappresenta la neoplasia più frequente nel sesso femminile, in tutte le fasce di età. In Italia se ne diagnosticano circa 46.000 nuovi casi all'anno. Ancora oggi, nonostante il significativo miglioramento della prognosi – grazie alla diagnosi precoce e alle nuove terapie che, negli ultimi 25 anni, hanno portato a registrare un moderato ma continuo trend di riduzione della mortalità (-1.7%) – il carcinoma mammario costituisce la prima causa di morte per tumore nella donna con circa 13.000 decessi all'anno.

**Carlos A. Garcia-Etienne\*, Alberto Costa\*\***

\* Chirurgo Senologo, Humanitas Cancer Center, Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (Milano)

\*\* Direttore Scuola Europea di Oncologia (ESO), Milano. Direttore Esecutivo Centro di Senologia della Svizzera Italiana e Coordinatore Unità di Senologia del Gruppo Multimedita

### Europa

Il carcinoma mammario è di gran lunga la neoplasia più frequente nelle donne europee (circa 430.000 nuovi casi/anno; 29% di tutti i tumori) seguita dal tumore coloretale (circa 195.000; 13%) e dal tumore dell'utero (circa 150.000; 10%).

Con il continuo incremento dei casi in stadio precoce, il tumore mammario è il tumore più frequente in Europa, considerando entrambi i sessi. La causa più comune di morte per tumore in Europa è il carcinoma al polmone, che rappresenta una quinta parte dei decessi per cancro. Il tumore coloretale rappresenta la seconda causa di morte per cancro, seguita dal tumore della mammella.

### Incidenza, prevalenza e mortalità in Italia

In Italia, il tasso di incidenza standardizzato di tu-

more della mammella nelle donne è 114/100.000/anno e il tasso di mortalità standardizzato è 24/100.000/anno. Annualmente sono diagnosticati in Italia circa 46.000 nuovi casi di carcinoma della mammella, di cui solo l'1% nei maschi. Non considerando i carcinomi cutanei, il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni tre (29%) è un tumore mammario.

I tumori della mammella rappresentano il tumore più frequentemente diagnosticato tra le donne sia nella fascia d'età 0-49 anni (41%), sia nella classe d'età 50-69 anni (35%), sia in quella più anziana ≥70 anni (21%).

Le differenze tra macro-aree osservate nel periodo 2006-2008 mostrano una maggiore incidenza al Nord (124,7 casi/100.000 abitanti) rispetto al Cen-

tro (100,1 casi/100.000 abitanti) e al Sud-Isole (91,6 casi/100.000 abitanti).

Complessivamente in Italia vivono 522.235 donne (stima per l'anno 2006) che hanno ricevuto una diagnosi di carcinoma mammario, pari al 41,6% di tutte le donne che convivono con una pregressa diagnosi di tumore e pari al 23% di tutti i lungo sopravvissuti (uomini e donne). Minime appaiono le differenze proporzionali di prevalenza del 2006 (23%) rispetto al 1992 (22%).

Il carcinoma mammario rappresenta la prima causa di morte per tumore nelle donne, con circa 13.000 decessi/anno stimati, al primo posto anche in diverse età della vita, rappresentando il 28% delle cause di morte oncologica prima dei 50 anni, il 21% tra i 50 e i 69 anni e il 14% dopo i 70 anni. Dalla fine degli anni Ottanta si osserva una moderata ma continua tendenza alla diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (-1,7%/anno), attribuibile ad una più alta sensibilità, all'anticipazione diagnostica e ai progressi terapeutici.

### Fattori di rischio

Esistono molteplici fattori di rischio per il tumore della mammella, ma la maggioranza delle donne

Parte I  
I tumori nelle donne

## I tumori nelle donne

- La prima parte del volume tratta gli aspetti epidemiologici e diagnostico-terapeutici, declinandoli per 4 specifiche tipologie di cancro: ai tumori protagonisti dell'oncologia nelle donne (seno, collo dell'utero e ovaio) è stato affiancato quello polmonare. In questa sintetica overview vengono illustrati i dati epidemiologici e i fattori di rischio tratti dai contributi dedicati alle quattro neoplasie più frequenti nel sesso femminile



che hanno uno o più fattori di rischio non svilupperà mai il tumore. I fattori di rischio possono essere classificati in due macro categorie:

#### Fattori di rischio non modificabili

- **Sesso femminile:** le donne hanno un rischio circa 100 volte superiore di sviluppare il tumore del seno rispetto agli uomini.
- **Età:** l'incidenza di questa neoplasia aumenta rapidamente con l'età durante il periodo fertile, raddoppiando ogni dieci anni fino alla menopausa; successivamente, l'incidenza cresce a velocità inferiore ed in alcuni Paesi si assiste addirittura ad un appiattimento della curva dopo i 50 anni.
- **Storia familiare di tumore della mammella** (madre, sorelle, figlie o anamnesi positiva in famiglia materna e/o paterna).
- **Menarca precoce/Menopausa tardiva:** fra i fattori riproduttivi, un menarca precoce si associa a un aumento di rischio del 5% per ogni anno di anticipo della comparsa dei flussi mestruali, mentre le donne in cui la menopausa si verifica prima dei 45 anni hanno un rischio dimezzato rispetto a quelle in cui si verifica dopo i 55 anni. Come media, il rischio aumenta del 3% per ogni anno di menopausa tardiva.
- **Fattori genetici:** sono stati identificati molteplici geni implicati nella trasmissione ereditaria del carcinoma mammario: BRCA1, BRCA2, TP53 (Sindrome di Li-Fraumeni), PTEN (Sindrome di Cowden), ATM (Ataxia Telangiectasia Mutated), STK11 (Sindrome di Peutz-Jeghers) e CHEK2. La mutazione di questi geni è ve-

rosimilmente responsabile del 5-10% dei casi di carcinoma mammario complessivamente considerati. La maggior parte delle forme ereditarie è dovuta alla mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2 che conferiscono un rischio cumulativo del 50-60%. La frequenza complessiva di queste mutazioni è stimata tra 1/400 - 1/800 individui nella popolazione generale, ma specifiche mutazioni sono particolarmente frequenti in popolazioni selezionate come gli Ebrei Ashkenazi.

- **Esposizione a radiazione** o precedente radioterapia toracica (soprattutto se eseguita prima dei 30 anni).
- **Precedenti patologie mammarie** (iperplasia atipica, carcinoma lobulare in situ).
- **Anomalie mammografiche** (microcalcificazioni).
- **Densità mammografica estesa.**

#### Fattori di rischio di stile di vita o modificabili

- Agire su alcuni fattori modificabili riduce il rischio di sviluppare il carcinoma mammario.
- **Nulliparità:** la parità sembra svolgere un ruolo protettivo. Le donne che hanno partorito presentano, infatti, un rischio inferiore del 25% rispetto a quello delle nullipare ed il rischio è tanto minore quanto più precocemente è avvenuto il primo parto.
  - **Prima gravidanza a termine in età più avanzata** (>30 anni).
  - **Mancato allattamento al seno:** l'allattamento al seno, soprattutto se protratto nel tempo, sembrerebbe avere un effetto protettivo sulla cancerogenesi mammaria.
  - **Contraccettivi orali:** l'utilizzo recente dei contraccettivi orali si associa ad un aumento del rischio di carcinoma della mammella, ma tale rischio si riduce progressivamente con l'aumentare del tempo dal-

l'ultima somministrazione fino a diventare sovrapponibile a quello delle donne che non hanno mai utilizzato questi farmaci dopo 10 anni dalla sospensione della pillola.

- **Stile di vita:** obesità (in particolare in post-menopausa), scarsa attività fisica, consumo di alcol.
- **Terapia ormonale sostitutiva:** un ampio studio (Women's Health Initiative) ha evidenziato un'aumentata incidenza di tumori della mammella e di cardiopatia ischemica con l'uso di una terapia ormonale contenente estrogeni e progestinici. L'aumento del rischio attribuibile all'uso di preparazioni contenenti estrogeni e progestinici è correlato alla durata della somministrazione ed è reversibile alla sospensione. Queste osservazioni sono state confermate in altri studi. Negli Usa una significativa riduzione dell'incidenza del tumore della mammella è stata osservata nel 2003 nelle donne di età  $\geq 50$  anni e prevalentemente dei tumori ormonoresponsivi, attribuita a un drastico calo delle prescrizioni della terapia ormonale sostitutiva dopo la pubblicazione dello studio del 2002.
- **Tabagismo:** la relazione fra il fumo di tabacco e l'incidenza del tumore al seno è ancora controversa. In modo riassuntivo i numerosi studi di casi-controllo e di coorte forniscono forti evidenze contro una relazione importante. Alcuni studi suggeriscono, però, una relazione positiva fra iniziare a fumare prima della prima gravidanza a termine e il rischio del tumore al seno. Questa osservazione è consona con l'ipotesi che sostiene che il tessuto mammario è particolarmente suscettibile ai cancerogeni fra l'inizio della pubertà e la prima gravidanza a termine. ■

## Il tumore al collo dell'utero dati epidemiologici e fattori di rischio

**Maria Teresa Schettino\*, Mario Sideri \*\***

\* Ginecologa, Unità di Ginecologia Preventiva, Istituto Europeo di Oncologia, Milano - Dipartimento della Donna, del Bambino e della Chirurgia Generale e Specialistica - Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli

\*\* Già Direttore Unità di Ginecologia Preventiva, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

■ **Il carcinoma della cervice uterina rappresenta in Italia la sesta neoplasia per frequenza, con circa 3.700 nuovi casi all'anno. Aspetto cruciale di questo tumore - l'unico per il quale sia stata identificata una causa certa (necessaria ma non sufficiente), quale l'infezione da Papilloma Virus Umano - è la prevenzione, non solo quella secondaria (attraverso il pap test) ma anche quella primaria, attraverso un vaccino contro l'HPV.**

#### Dati epidemiologici: incidenza

Il carcinoma della cervice uterina rappresenta la seconda neoplasia nel mondo per incidenza, anche se la diffusione dei test di screening (Pap test e HPV test) ha creato una disuguaglianza nella diffusione della malattia tra i paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo.

In Italia il tumore rappresenta la sesta neoplasia per frequenza, dopo quella mammaria, del colon-retto, gastrica, del melanoma e polmonare, colpendo mediamente 1 donna su 47, per un totale di circa 3700 nuovi casi l'anno.

La diffusione dei test di screening ha, inoltre, incrementato la diagnosi precoce di lesioni preneoplastiche, determinando una riduzione della mortalità di circa 1/3 rispetto ai decenni scorsi. La sopravvivenza a cin-

que anni è di circa il 70%.

La fascia di età maggiormente coinvolta è quella tra i 45 ed i 55 anni, anche se il trend varia tra le forme di carcinoma in situ e quelle invasive: per le prime la massima incidenza è tra i 25 ed i 35 anni, mentre per le seconde l'incidenza è bassa fino ai 40 anni, per poi raggiungere il suo picco con 16 casi ogni 100.000 donne tra i 40 ed i 65 anni.

#### Fattori di rischio

Il principale fattore di rischio è rappresentato dall'infezione da Papillomavirus Umano. Questo virus, che si trasmette da persona a persona per via sessuale o per contatto intimo pelle contro pelle, è pressoché ubiquitario: si stima che 8 donne su 10 attive sessualmente lo abbiano contratto nel corso della loro vita e che,

di conseguenza, anche gli uomini siano portatori del virus in modo inconsapevole. Per questo motivo, avere più partner (o un partner sessualmente promiscuo) o rapporti sessuali in età precoce rende più probabile la persistenza delle infezioni da HPV. Il rischio è inversamente correlato all'età del primo rapporto sessuale e direttamente correlato al numero di partner sessuali.

Altri fattori predisponenti possono intervenire nello sviluppo del tumore della cervice, anche se in misura inferiore, quali: fumo di sigaretta, malattie sessualmente trasmesse (infezioni da Chlamydia, Herpes Virus, ...), utilizzo di estrogeni, scarsa igiene e, in generale, tutte le condizioni che determinano una situazione di immunosoppressione. Il fumo, in particolare, sembrerebbe ridurre il numero delle cellule di Langherans, compromettendo l'immunità locale e favorendo, pertanto, la diffusione dell'infezione virale, in primis, e della malattia successivamente.

#### Papillomavirus Umano (HPV)

Nel 99.7% dei carcinomi della cervice è stato individuato il Dna dell'HPV, ciò a conferma del ruolo indispensabile che questo virus ha nello sviluppo della neoplasia cervicale.

Ad oggi sono stati identificati oltre 200 sottotipi virali, di cui più di 30 oncogeni per l'uomo; questi ultimi, sulla base del grado di associazione con le forme invasive di carcinoma della cervice, sono stati classificati in:

##### • HPV ad alto rischio oncogeno

12 genotipi: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59

##### • HPV a basso rischio oncogeno

12 genotipi: 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, 89

##### • HPV a probabile alto rischio oncogeno

6 genotipi: 26, 53, 66, 68, 73, 82

• **HPV con un rischio indeterminato**, la cui oncogenicità non è stata ancora studiata né in studi epidemiologici né in studi molecolari in vitro

25 genotipi: HPV2a, 3, 7, 10, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 55, 57, 62, 67, 69, 71, 74, 77, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 91.

L'infezione da Hpv è legata, comunque, a tutti i gradi di neoplasia cervicale intraepiteliale (Cin) e al cancro invasivo della cervice.

I genotipi 16 e 18 sono responsabili del 70% di tutte le forme di carcinomi invasivi; il restante 30% è associato ai genotipi 45, 31, 33, 58, 52.

Il genoma dell'Hpv 16 e 18 è costituito da 6 geni (E1, E2, E6-7), responsabili della replicazione virale e da 2 regioni L1-L2, codificanti per proteine del capsido. In seguito all'integrazione del virus nella cellula ospite, si verifica la perdita di inibizione mediata dalla proteina E2 nei confronti di E6 ed E7 che, a loro volta, provvedendo all'inattivazione di Rb e di p53, inducono la trasformazione verso il fenotipo oncogeno.

L'evidenza che in circa l'80% dei casi l'organismo umano provvede alla clearance virale in maniera naturale entro 1-2 anni dall'infezione, è la dimostrazione che l'infezione rappresenta la condizione necessaria, ma non sufficiente per lo sviluppo delle forme di neoplasie invasive: è l'associazione con altri cofattori che, favorendo la persistenza dell'infezione virale, facilitano la trasformazione e la progressione neoplastica.

## Prevenzione

### Screening

Sono due i test di screening disponibili, il pap test e il test HPV. Il pap test individua sia le alterazioni precancerose cervicali (mediante la visualizzazione di cellule anormali) sia quelle neoplastiche (attraverso il riconoscimento di cellule tumorali vere e proprie).

Il sistema di refertazione del Pap Test più utilizzato è rappresentato dal Bethesda System, secondo il quale si identificano le seguenti informazioni:

- Adeguatezza del preparato
- Normalità/anormalità del materiale raccolto
- Presenza di infezioni o alterazioni di natura non neoplastica

• Alterazioni delle cellule squamose:

– di significato indeterminato (ASC-US);

– di significato indeterminato, possibile lesione di alto grado (ASC-H);

– lesioni intraepiteliali squamose di basso grado (LSIL), includente HPV, displasia lieve/CIN1;

– lesioni intraepiteliali squamose di alto grado (HSIL), includente displasia moderata e grave/CIN2-CIN3/CIS;

– HSIL in cui non può essere esclusa l'invasione;

– carcinoma squamocellulare.

• Alterazioni delle cellule ghiandolari:

– cellule ghiandolari atipiche (AGC) endometriali, endocervicali o NOS;

– cellule ghiandolari atipiche (AGC) suggestive di neoplasia endometriale, endocervicale o NOS;

– cellule ghiandolari atipiche (AGC) suggestive di adenocarcinoma endocervicale in situ (AIS).

Il test HPV permette di identificare la presenza del DNA dell'HPV nelle cellule cervicali. Il test ricerca solo i tipi virali cosiddetti ad alto rischio che sono i soli in grado di indurre alterazioni pre-cancerose cervicali.

Le cellule vengono raccolte come in

un pap test, ma vengono lette direttamente mediante tecniche di biologia molecolare. La negatività a questo test permette di escludere con maggiore sicurezza del pap test la presenza o il rischio futuro di sviluppare una precancerosi; la positività indica, invece, la probabilità o il rischio di avere o sviluppare un'alterazione pre-cancerosa.

Il test HPV è stato introdotto per le donne con diagnosi citologica di ASC-US, per escludere da ulteriori accertamenti coloro che risultano negative al test stesso.

Il test, però, ha dimostrato di essere molto utile nello screening per le donne sopra i 30 anni, da solo o in associazione al pap test; dal momento che indica non solo la presenza delle precancerosi ma anche la predisposizione a svilupparle, la negatività del test HPV permette di allungare l'intervallo tra due screening per un tempo compreso dai tre ai cinque anni.

Con l'introduzione del test HPV per le donne sopra i 30 anni non viene più consigliato il pap test annuale, perché

la negatività del test HPV fornisce una sicurezza di molto superiore al pap test negativo eseguito una volta all'anno

### Vaccinazione

La ricerca si è concentrata sullo sviluppo di un vaccino contro l'HPV. Ad oggi ne sono stati approvati due tipi:

• Vaccino tetravalente: protegge contro quattro tipi di virus HPV, inclusi gli HPV 16 e 18 che causano da soli più del 70% delle pre-cancerosi e dei tumori cervicali; è indicato nelle donne dai 9 ai 45 anni. È stato anche sperimentato, ed è attivo, nella prevenzione delle pre-cancerosi della vagina, della vulva, dell'ano e del pene. Per questi due ultimi siti è indicato anche nei maschi, dai 9 ai 26 anni. Il tetravalente, inoltre, è anche attivo contro altri due HPV, i tipi 6 ed 11, che causano il 90% dei condilomi genitali (verruche benigne) in maschi e femmine.

• Vaccino bivalente: protegge contro due tipi di HPV, il 16 ed il 18, responsabili da soli, come già detto, di più del 70% delle pre-cancerosi e dei tumori cervicali. Il bivalente è stato sperimentato solo sulla cervice uterina, dove però dà una protezione globale delle pre-cancerosi cervicali più severe (CIN3) – al di là quindi dei soli tipi 16 e 18 – intorno al 90%, in qualità dell'alto livello di protezione contro tipi virali di HPV non presenti nel vaccino, ma in causa nelle genesi delle pre-cancerosi.

La carta vincente per la battaglia contro il cancro della cervice uterina è la prevenzione; il tumore origina, infatti, dalle pre-cancerosi, offrendo così un lungo periodo di tempo in cui poter intervenire su queste anomalie benigne prima che si verifichi la trasformazione tumorale.

L'integrazione delle due strategie preventive permette oggi di azzerare il tumore della cervice uterina, che rappresenta la seconda causa di morte per tumore delle donne nel mondo. Nei paesi sviluppati lo screening con pap test ha già permesso una notevole riduzione della mortalità, con un'incidenza che passa dai 40 casi per 100.000 donne nei paesi in cui non c'è screening, agli 8 casi per 100.000 donne in Italia. ■

L'integrazione delle due strategie preventive permette oggi di azzerare il tumore della cervice uterina, che rappresenta la seconda causa di morte per tumore delle donne nel mondo. Nei paesi sviluppati lo screening con pap test ha già permesso una notevole riduzione della mortalità, con un'incidenza che passa dai 40 casi per 100.000 donne nei paesi in cui non c'è screening, agli 8 casi per 100.000 donne in Italia. ■

# Il tumore dell'ovaio

## dati epidemiologici e fattori di rischio

Giovanni Scambia\*, Francesca Ciccarone\*\*

\* Ginecologa, Unità di Ginecologia Preventiva, Istituto Europeo di Oncologia, Milano - Dipartimento della Donna, del Bambino e della Chirurgia Generale e Specialistica. Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli

\*\* Direttore Unità di Ginecologia Preventiva, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

■ **Il carcinoma dell'ovaio è la più comune causa di morte per neoplasie ginecologiche, verosimilmente a causa del ritardo con cui si effettua la diagnosi. Nei Paesi sviluppati è considerata la seconda più comune neoplasia ginecologica, con un'incidenza di 9.4 su 100.000 donne e una mortalità di 5.1 per 100.000. In Italia, relativamente all'anno 2013, sono state riportate circa 4.800 nuove diagnosi di tumore ovarico. Non sono ancora disponibili esami di screening efficaci da estendere alla popolazione femminile, per una diagnosi precoce. Tuttavia, negli ultimi anni, grazie all'utilizzo più diffuso dell'ecografia transvaginale e alla disponibilità di nuovi farmaci che consentono di cronicizzare la malattia, si è assistito a un progressivo aumento della sopravvivenza, anche per le pazienti con tumore avanzato.**

### Dati epidemiologici

Il cancro ovarico è la più comune causa di morte per neoplasie ginecologiche, verosimilmente a causa del ritardo con cui si effettua la diagnosi. In tutto il mondo, nel 2008, circa 225.000 donne hanno avuto diagnosi di neoplasia ovarica e circa 140.000 sono morte per questa neoplasia. Nei paesi sviluppati è considerata la seconda più comune neoplasia ginecologica, con un'incidenza di 9.4 su 100.000 donne e una mortalità di 5.1 per 100.000. Invece, nei paesi in via di sviluppo, si colloca al terzo posto, essendo il tumore alla cervice più frequente, con un'incidenza di 5 su 100.000 e una mortalità di 3.1 su 100.000.

L'incidenza del tumore dipende da un delicato bilancio fra suscettibilità genetica, fattori endocrini, ambientali e protettivi e dalla possibilità e volontà di sottoporsi a controlli periodici. I tassi di incidenza età specifici mostrano un incremento dopo i 40 anni e valori massimi tra 50 e 69 anni per la forma epiteliale; viceversa, i tumori germinali dell'ovaio sono diagnosticati per il 40-60% sotto i 20 anni. I tumori borderline, a basso grado di malignità, sono più comuni nelle donne giovani, con un picco di incidenza nella quarta-quinta decade.

Per mutazioni del gene BRCA1 l'epoca di insorgenza è generalmente più bassa rispetto alle forme sporadiche, con un'età media alla diagnosi di 50 anni e un'incidenza del 2-3% a 40 anni. Viceversa l'età media per mutazioni di BRCA2 è 60 anni, come la popolazione generale, con un 2-3% d'incidenza a 50 anni.




O.N.DA  
**DONNE  
E TUMORI**

**Parte II  
Impatto dei tumori  
sull'essere donna**

**La seconda parte del libro è dedicata all'impatto delle malattie oncologiche sull'essere donna, a partire dai riflessi su femminilità, fertilità e sessualità**

Il fattore età ha grande valore prognostico, essendo la percentuale di sopravvivenza più elevata nelle pazienti più giovani.

Per il 2013 in Italia sono state previste circa 4800 diagnosi di tumore ovarico. L'incidenza e la sopravvivenza non mostrano variazioni legate all'area geografica; viceversa, per la mortalità e la prevalenza si osservano differenze fra Nord, Centro e Sud Italia.

Secondo il registro tumori AIRTUM si stima che nel corso della vita 1 donna ogni

74 sviluppi un carcinoma. L'incidenza varia a livello internazionale, con tassi più elevati nel Nord America e nel Nord Europa e tassi più bassi in Giappone.

In America sono stati registrati approssimativamente 22.000 nuovi casi e 14.000 morti per neoplasia ovarica ogni anno, con un'incidenza annuale di circa 12,7 per 100.000 donne.

Tuttavia i dati SEER dal 1995 al 2007 hanno mostrato che nella popolazione nera con tumore avanzato dell'ovaio, la probabilità di morire è stata 1,3 volte maggiore rispetto alla popolazione bianca. Questo sembra essere dipeso da una minore disponibilità e applicazione di protocolli terapeutici efficaci.

#### Fattori di rischio

Numerosi fattori sono stati associati ad un aumentato rischio di sviluppare un tumore ovarico:

##### 1. Fattori genetici familiari

La maggior parte dei tumori ovarici è sporadica, tuttavia circa il 10-20% delle neoplasie ovariche riconosce, quale fattore di rischio principale, la familiarità. Massima rilevanza assume un'anamnesi familiare positiva per tumore ovarico, con un aumento del rischio di circa quattro volte. L'epidemiologia genetica di questo tumore ha subito importanti variazioni con la scoperta dei geni BRCA1 e BRCA2. È stato stimato che il rischio di insorgenza di neoplasia ovarica è del 35-46% per mutazioni del gene BRCA1 e del 13-23% per mutazioni di BRCA2. Studi condotti su donne americane con carcinoma ovarico invasivo hanno mostrato una mutazione di uno di questi due geni nel 13-15% dei casi. Altre mutazioni riscontrate sono a carico del gene soppressore p53, dei geni KRAS e BRAF. Più raramente, il carcinoma ovarico familiare può insorgere in donne con Sindrome di Lynch Tipo 2, di Li-Fraumeni, di Cowden, di Gorlin.

##### 2. Fattori endocrini

La nulliparità e l'ovulazione incessante (menarca precoce e menopausa tardiva) giocano un ruolo nello sviluppo dei tumori ovarici, mentre la multiparità, l'uso prolungato degli estrogeni e l'allattamento al seno sono fattori di protezione.

Per quanto riguarda le donne affette da infertilità e sottoposte a FIVET, non è ancora chiaro se l'uso di gonadotropine e/o clomifene citrato sia associato a un aumentato rischio di neoplasie ovariche. ■

**Il carcinoma dell'ovaio, chiamato nel mondo anglosassone "the silent killer", è tra le patologie oncologiche di più difficile approccio sia per la sua aggressività biologica intrinseca sia per l'espressione clinica aspecifica e sfumata che porta ad una diagnosi tardiva in circa il 70% dei casi**

#### Impatto dei tumori sull'essere donna

### COMORBIDITÀ CON DISTURBI EMOTIVO-AFFETTIVI: ASPETTI GENERALI\*

**Claudio Mencacci\*, Giancarlo Cerveri\*\***

\* Direttore Dipartimento di Neuroscienze, A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano e Past Presidente Società Italiana di Psichiatria

\*\* Psichiatra, Dipartimento di Neuroscienze, A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

La questione di quali siano i fattori psicologici legati all'adattamento alla diagnosi di un tumore e di come questi possano influenzare il decorso della malattia è stato argomento di interesse in numerose ricerche nelle ultime tre decadi. Dati consolidati dimostrano come, per esempio, la questione del dolore cronico sia un elemento di grande rilievo e di come questo differenzi tali soggetti dalla popolazione generale. La presenza del dolore risulta uno dei mediatori rilevanti nell'adattamento alla patologia proliferativa che spesso si associa a sintomi di tipo depressivo.

Recenti metanalisi e studi prospettici indicano, con sempre maggiore evidenza, come la presenza di una conclamata patologia affettiva sia associata ad un generale aumento di rischio mortalità a parità di gravità clinica della patologia somatica. È come se una subentrante condizione depressiva risultasse un fattore di rischio indipendente capace di peggiorare la prognosi.

L'accordo in letteratura scientifica non è unanime. A giudizio di molti ricercatori, i risultati di tali studi sono spesso difficilmente comparabili a causa delle difficoltà metodologiche nella realizzazione di valide ricerche mirate ad esplorare il complesso legame che esiste tra la patologia proliferativa e la patologia psichica emergente.

## Il tumore del polmone contesto e dati epidemiologici

**Ugo Pastorino\*, Gabriella Sozzi\*\***

\* Direttore Struttura Complessa di Chirurgia Toracica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

\*\* Direttore Unità Operativa Complessa GenoGenomica Tumorale, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

■ **Le donne sono solitamente molto attente a tutto ciò che concerne la salute e i controlli medici, ma sono comunque troppo spaventate da altre malattie neoplastiche, prevalentemente della sfera ginecologica, per rendersi conto che il polmone sta diventando un organo bersaglio di neoplasia maligna anche per il sesso femminile.**

#### Contesto e dati epidemiologici

Il tumore del polmone è sempre stato considerato una malattia a retaggio maschile ma, a partire dagli anni Sessanta, l'incidenza e la mortalità ad esso correlati sono aumentati anche nelle donne, tant'è che il tumore del polmone è addirittura diventato, in alcuni paesi del mondo, la principale causa di morte per cancro anche nella donna, superando il tumore della mammella. Questo è da correlarsi principalmente all'incremento dell'abitudine tabagica fra le donne, anche se va sottolineato che, se si osservano i casi di tumore polmonare tra i soggetti mai fumatori, questi sono prevalentemente donne. In Europa i picchi di incidenza di malattia si registrano nei paesi dell'Est.

Le donne sono solitamente molto attente a tutto ciò che concerne la salute e i controlli medici, ma sono comunque troppo spaventate da altre malattie neoplastiche, prevalentemente della sfera ginecologica, per rendersi conto che il polmone sta diventando un organo bersaglio di neoplasia maligna anche per il sesso femminile.

WALCE (WOMEN Against Lung Cancer in Europe) è un'associazione onlus che nasce nel 2006 proprio con l'intento di creare un solido network europeo che ha come primo obiettivo quello di aumentare e migliorare l'informazione sul tumore polmonare (dai fattori di rischio alla prevenzione primaria fino alla diagnosi e cura della malattia).

Esistono dati di letteratura che suggeriscono alcune possibili differenze per il tumore polmonare tra l'uomo e la donna: nella donna la malattia viene solitamente diagnosticata in età più giovane e per lo più si tratta di adenocarcinomi; indipendentemente dallo stadio di malattia, nelle donne questa sembra rispondere meglio alle cure, pur registrandosi una peggiore tossicità; la donna sembrerebbe, inoltre, avere anche una maggiore suscettibilità agli agenti carcinogeni della sigaretta.

I fattori che sottendono a queste differenze di genere non sono al momento del tutto noti e definiti; tra le ipotesi più probabili e più studiate, vi sono differenze nei meccanismi di riparazione del DNA e nell'assetto ormonale, inteso con valori ormonali, livelli di espressione

Numerose ipotesi sono state formulate per definire il meccanismo con cui la condizione psicopatologica può interferire con la malattia somatica, è verosimile che le vie con cui si esplica tale azione sono diverse e con ampi margini di sovrapposizione. Una peggiore adesione alle prescrizioni trattamentali e ai controlli oncologici, peggiori stili di vita (fumo di sigaretta) ed un effetto diretto, forse mediato da una generica azione proinfiammatoria presente nella patologia depressiva, sono le condizioni su cui maggiormente si è spesa la recente ricerca scientifica sull'argomento.

Affrontando il tema del rapporto tra la patologia proliferativa ed i disturbi emotivo-affettivi nel genere femminile, è inevitabile affrontare il tema del tumore al seno. Nel genere femminile rappresenta la causa più frequente di tumore maligno, non infrequentemente l'esordio è in età giovanile (tra i 40 ed i 65 anni). La gestione clinica della comorbidità tra patologia depressiva e tumore al seno è di enorme importanza per migliorare la qualità di vita di queste donne e per minimizzare il rischio di non-compliance ai trattamenti. I dati di letteratura scientifica sulle modalità di gestione di questa condizione indicano l'utilità di un approccio multidisciplinare in collaborazione tra psichiatra oncologo e psicologo. È pertanto essenziale attivare servizi dedicati e formare una sensibilità clinica tale da poter effettuare un precoce e appropriato percorso diagnostico-terapeutico sulla comorbidità psichiatrica in soggetti con tumore al seno, cancellando l'idea che se una persona è affetta da tumore, ha motivi umanamente comprensibili per essere depresso e pertanto non necessita di una valutazione psichiatrica.

\* (Estratto)

ne dei recettori per gli ormoni e caratteristiche cliniche ormonali quali la data del menarca, il numero di figli, l'età della menopausa, un po' come è già dimostrato per il tumore della mammella.

#### Incidenza, mortalità e prevalenza per tumore del polmone in Italia

L'incidenza e la mortalità per il tumore del polmone stimate in Italia nel periodo 1970-2015 mostrano andamenti differenti nei due sessi: in forte riduzione dall'inizio degli anni Novanta per gli uomini e in costante aumento per le donne.

In Italia si stimano, per il 2013, 92 nuovi casi di tumore del polmone ogni 100.000 uomini e 35 nuovi casi ogni 100.000 donne. Il numero totale di nuove diagnosi è stimato pari a 38.460, di cui 27.440 fra gli uomini e 11.020 fra le donne.

Il tumore del polmone rappresenta ancora oggi la prima causa di morte tumorale tra gli uomini e nel 2013 sono stati stimati 22.830 decessi. La mortalità nelle donne è molto inferiore ma in costante crescita e nel 2013 le morti stimate per cancro al polmone sono state 8.320.

Il numero totale di persone che ha avuto nel corso della vita una diagnosi di tumore del polmone è in forte crescita in entrambi i sessi: nel 2013 sono stati stimati 96.280 casi prevalenti, di cui 68.100 tra gli uomini e 28.180 tra le donne.

Le tendenze di incidenza e mortalità stimate non sono omogenee sul territorio nazionale. Per gli uomini l'incidenza e la mortalità si riducono prima e in modo più accentuato al Centro-Nord, dove i livelli in passato erano più alti, rispetto al Sud. La più lenta diminuzione al Sud fa sì che negli anni più recenti i livelli più elevati siano stimati per le regioni meridionali.

Per le donne, invece, la situazione è opposta: si stimano andamenti in aumento in tutte le aree italiane con maggiore velocità di crescita e livelli superiori al Centro-Nord rispetto al Sud. ■

#### MICRORNA COME BIOMARCATORI NEL SANGUE

All'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano è stato recentemente messo a punto un test diagnostico molecolare poco invasivo per il paziente che valuta i livelli di 24 microRNA circolanti nel sangue dei fumatori e che indica la presenza del cancro polmonare. Il test ha dimostrato una sensibilità dell'87% nell'identificare il tumore e ha evidenziato la capacità di individuarlo fino a due anni prima della diagnosi ottenuta con la TAC spirale.



#### Parte III

Accesso ai farmaci oncologici e ai servizi clinico assistenziali

La terza parte del libro tratta il tema dell'accessibilità ai farmaci oncologici, il ruolo del Ssn nell'assistenza ospedaliera e territoriale, il contributo delle associazioni dei pazienti

## Il contributo delle Associazioni

Nicoletta Orthmann

Referente medico-scientifico di O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, Milano

L'associazionismo rappresenta più che un mondo, un universo costellato di numerosissime organizzazioni di diversa natura e polimorfa composizione, alcune attive a livello locale, altre a livello regionale, altre ancora a livello nazionale e internazionale. Alcune, di natura esclusivamente scientifica, hanno come obiettivi principali la promozione della ricerca e la divulgazione dei traguardi via via raggiunti, altre, di impronta sociale, composte da pazienti, familiari e volontari, operano prevalentemente nel dare un supporto informativo e pratico ai malati e alle loro famiglie. Altre ancora costitui-

scono movimenti di lobby per la rappresentazione, il riconoscimento e la realizzazione dei diritti dei pazienti.

Le Associazioni che lavorano nell'ambito dell'oncologia sono tantissime e ciascuna, attraverso il proprio operato, dà un contributo unico e importante. Un contributo che dovrebbe affiancare i servizi ospedalieri e territoriali ma che nella realtà dei fatti spesso va a colmare i vuoti del Servizio Sanitario Nazionale. Le Associazioni di pazienti, in particolare, rappresentano un punto di riferimento importantissimo per i malati e per i loro familiari. Sono, infatti, gli attori principali nel dare supporto e ascolto ai pazienti nella loro difficile espe-

rienza di malattia e nel lungo percorso di cura, offrendo confronto e scambio di esperienze, informazioni ad ampio raggio (sulla patologia, sulle terapie disponibili, sui centri di riferimento, ...) e servizi di varia natura (consulenza telefonica, assistenza domiciliare, sostegno psicologico, servizi riabilitativi...). Sono inoltre la voce dei bisogni e delle attese dei malati e delle loro famiglie, promotori dei diritti civili e delle iniziative di assistenza sociale attraverso un'intensa attività di *advocacy* rivolta alle Istituzioni, ai presidi pubblici e alle aziende. Sono, infine, uno stimolo per la ricerca scientifica, non raramente promotori diretti. ■



#### GLI APPROFONDIMENTI DELLA III PARTE DEL VOLUME

- **Accesso ai farmaci oncologici: problemi, opportunità, prospettive** Sergio Pecorelli, Luca Pani, Paolo Daniele Siviero
- **Ruolo del Servizio Sanitario Nazionale nel supporto alle pazienti e alle famiglie** Walter Ricciardi, Tiziana Sabetta

## CONCLUSIONI

### Tumori, ricerca e cura: stato dell'arte e prospettive future\*

Adriana Albini

Direttore Dipartimento Infrastruttura Ricerca e Statistica e Direttore Struttura Complessa di Ricerca Traslationale, IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia; Direttore Scientifico Fondazione MultiMedica Onlus, Milano

In oncologia si hanno differenze di incidenza e mortalità non solo nell'ambito dei tumori tipicamente maschili o femminili, ma anche in quelli che in teoria non sarebbero legati alle differenze di sesso. È un'importante osservazione epidemiologica che la mortalità per neoplasia sia diversa da paese a paese e tra i generi.

Le statistiche demografiche prodotte dall'Istat evidenziano come le donne vivano mediamente più a lungo degli uomini. La maggiore longevità femminile contribuisce a determinare alcune delle differenze che si registrano a proposito delle patologie croniche.

Dopo le malattie cardiovascolari, i tumori rappresentano la principale causa di morte femminile: sono infatti responsabili ogni anno del decesso di 486 donne ogni 100.000 sopra i 75 anni e di 150 dai 55 ai 74 anni. In Italia sono stimati circa 87.000 casi/anno di tumori maligni su tutta la popolazione femminile in età 0-84 anni, circa 49.000 dei quali sono tumori della mammella (www.tumori.net, Banca dati 2013).

Per il tumore al seno uno dei paesi con la più alta mortalità è la Danimarca, seguita da UK e Germania; l'Italia ha una miglior sopravvivenza. Questo ci conferma che il tumore al seno è prevenibile oltre che curabile.

Un investimento in ricerca sulle condizioni di rischio può contribuire a diminuire il costo in vite umane di questo tumore.

I fattori di rischio da studiare sono di tipo sia genetico che legati alle cause esterne. Se siamo in grado di gestire le cause del cancro nella donna in prevenzione, controllando infezioni virali, dieta, igiene, attività fisica, fumo, alcool e stile di vita creando uno stretto rapporto tra salute pubblica e ricerca, potremmo prevenire migliaia di decessi.

Altri fattori di rischio sono sovrappeso e obesità. Contro il 30% di obesi negli Stati Uniti, in Italia siamo sotto il 10% ma è in agguato l'obesità di bambini e ragazzi. La sopravvivenza alla malattia oncologica negli Usa potrà calare nei prossimi anni proprio a causa del crescente aumento di individui sovrappeso, addirittura 6 su 10, ed è a rischio in Italia. Lo studio della relazione tra obesità femminile e tumori può essere rilevante.

Un tradizionale farmaco anti-diabetico, la metformina, si è rivelato ridurre l'incidenza di tumori in donne diabetiche. Pertanto studi di chemio-prevenzione con metformina sono in corso.

#### Verso il futuro

È un fatto che nei tumori femminili la diagnosi precoce e la prevenzione siano importantissime e sicuramente la donna è molto attenta a sottoporsi a screening.

Per gli aspetti terapeutici ci sono stati enormi progressi grazie alle combinazioni di chemioterapia, radioterapia e farmaci innovativi a target.

Il contributo della ricerca ai progressi della terapia nel carcinoma della mammella è stato notevole, in quanto quasi tutti i nuovi farmaci, tra cui gli inibitori di tirosina chinasi, sono derivati dall'impegno internazionale della ricerca che ne ha studiato i meccanismi. Si è aggiunto inoltre uno "strumento" traslationale importante nelle investigazioni sulle molecole espresse a livello tissutale che, grazie alla presenza di un'anatomia patologica associata alla ricerca, si possono analizzare in materiale post-operatorio o bioptico. ■

\* (Estratto)

# Spermatozoi e cellule uovo da staminali umane. È fantabiologia?

È possibile riprodursi in modo autonomo riprogrammando le cellule della propria pelle, facendole diventare ovocita o spermatozoo. Questo risultato, ottenuto per la prima volta nell'uomo, è stato realizzato al Gordon Institute di Cambridge, sotto la guida di Azim Surani

di Carlo Sbiroli

Si tratta di una di quelle scoperte scientifiche destinate a lasciare un segno importante nel mondo della biomedicina, non solo per gli effetti positivi che avrà nelle terapie d'infertilità, ma anche per le inevitabili discussioni sulle implicazioni etiche che si trascinerà dietro. Ma è anche una di quelle notizie scientifiche che accende la fantasia dei media. In quest'ultimo mese, infatti, sulla stampa nazionale e internazionale sono apparsi articoli di vera e propria "fantabiologia". Notizie che sembrano prese da romanzi di fantascienza. I ricercatori del Gordon Institute vengono descritti come Frankenstein di laboratorio e come manipolatori dei normali processi biologici della fecondazione.

**Il lavoro di Azim Surani** (Cell., gennaio 2015) è tutt'altra cosa. Surani si muove nella biologia reale (realbiologia). I suoi dati, oltre a indicare vie nuove nelle terapie della sterilità, sono importanti perché completano un percorso iniziato nel 1998 quando *Science* pubblicò i risultati di ricercatori americani che avevano isolato cellule staminali embrionali da blastocisti umane. Quella scoperta costituì una pietra miliare in questo settore della ricerca. Soprattutto fece intravedere la possibilità di ottenere dalle staminali tutte le cellule dell'organismo. Ma aprì inevitabilmente un acceso dibattito su problemi etici, con inevitabili chiusure.

Poi la svolta del 2004, quando fu dimostrato che era possibile ottenere cellule simili a gameti da embrioni di topo. Questa scoperta fece nascere grandi spe-

ranze per l'eventuale applicabilità nell'umano. Si cominciava a intravedere la possibilità di ottenere gameti riprogrammando le proprie cellule mediante trasferimento nucleare somatico. In parole povere si anticipava l'attuale scoperta di Surani.



**Azim Surani**  
Professore di Fisiologia della Riproduzione all'Università di Cambridge

**Appena due anni dopo, nel 2006**, un gruppo di scienziati giapponesi, guidato da **Shinya Yamanaka**, riusciva a ottenere cellule iPS da fibroblasti di topo e alla fine dell'anno successivo da fibroblasti umani. In altri termini si era riuscito a creare una cellula staminale pluripotente in grado di formare tutti i tipi di cellule del corpo. In particolare, era possibile ottenere gameti da fibroblasti di ogni individuo.

**La pubblicazione di Azim Surani completa questo percorso** iniziato nel '98. In particolare, il team del Gurdon Institute di Cambridge (in collaborazione con il Weizmann Institute d'Israele) ha scoperto che un gene specifico - SOX17 - è

in grado di innescare il processo di trasformazione delle staminali umane di origine cutanea in precursori di spermatozoi e cellule uovo. Questi "gameti immaturi", geneticamente identici al donatore del tessuto, ipoteticamente potrebbero permettere a una coppia sterile di creare i propri gameti, per così dire freschi di giornata senza ricorrere a donatori o a surrogati. "La scoperta del gene SOX17 è stata una sorpresa, ha dichiarato Surani in una intervista al *Guardian*, perché nei topi il gene equivalente non ha alcun ruolo. Tutto questo ha conseguenze di vasta portata perché i topi sono il modello chiave che utilizziamo per studiare i mammiferi. Estrapoliamo dai topi i dati che successivamente adattiamo agli essere umani. Appare evidente, ha proseguito, che questa estrapolazione non è più affidabile. La conseguenza è che in futuro la ricerca dovrà necessariamente utilizzare cellule umane se vuole studiare l'uomo". E questo avrà sicuramente una notevole ripercussione sul piano etico.

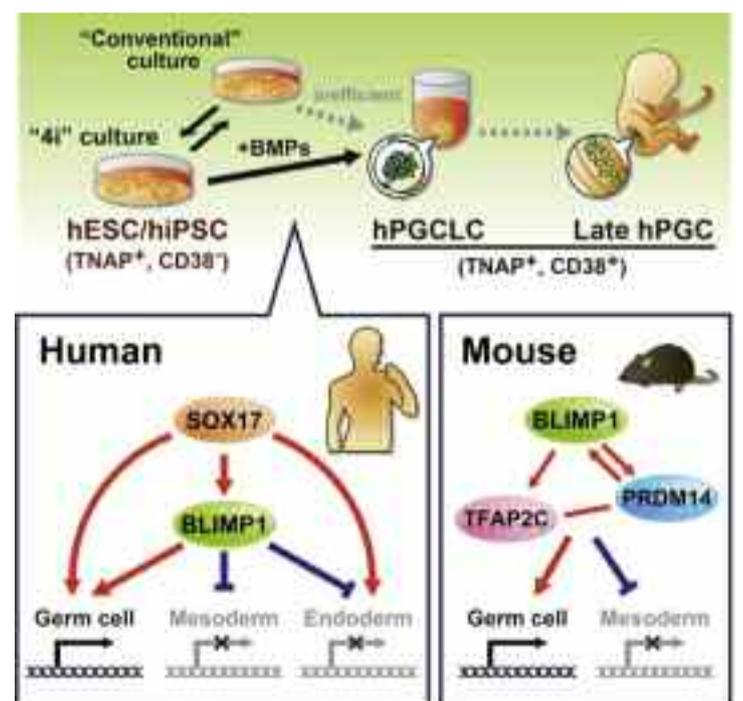
Nell'intervista al *Guardian* Surani ha tracciato anche le possibili applicazioni pratiche, immediate, di questa ricerca. Riguardano non solo i trattamenti della infertilità, ma anche la loro piena utilizzazione nella campo della ricerca biomedica. Anzitutto, la possibilità di creare ovociti e spermatozoi immaturi permetterà di confrontare il progressivo sviluppo di gameti di persone sane con quello di coppie infertili, in modo da in-

dividuare gli eventuali difetti nei processi di maturazione. Inoltre, pazienti che diventano sterili perché sottoposti a chemio e/o a radioterapia potrebbero riacquistare la loro capacità riproduttiva con la metodica di Surani. E poiché si tratta di cellule "ripulite" da alterazioni epige-

**I pazienti che diventano sterili in seguito a chemio e/o radioterapia potrebbero riacquistare la loro capacità riproduttiva con la metodica di Surani. E poiché si tratta di cellule "ripulite" da alterazioni epigenetiche, potrebbero fornire anche importanti informazioni su malattie legate all'età, come il diabete e il cancro**

netiche che si possono verificare nel corso del tempo, potrebbero fornire anche importanti informazioni su malattie legate all'età, come il diabete e il cancro.

Come sempre accade quando la ricerca scientifica pubblica nuovi dati nel campo della riproduzione umana, anche questa volta i media si sono divertiti a tracciare un futuro riproduttivo molto fantasioso. "Ci si può divertire, scrive Silvia Bencivelli su *Repubblica*, a immaginare mondi in cui ciascuno di noi produce cellule uovo o spermatozoi dalle cellule della pelle e si riproduce da solo o con partner dello stesso sesso, superando una barriera biologica che oggi è insormontabile. E qualcuno si è spinto ancora più avanti con la fantasia pensando che un giorno i maschi potranno farsi costruire in laboratorio cellule germinali dotate alternativamente di X e di Y, sia spermatozoi, sia cellule uovo. Per le donne invece l'offerta sarà sola di cellule con X". E Samantha Allen su *The Daily Beast* scrive: "il team di Surani potrebbe aver fatto un consistente passo avanti verso la completa indipendenza riproduttiva maschile, soprattutto se si tiene presente che gli studi sull'ectogenesi (n.d.r. utero artificiale) sono abbastanza avanti". Il futurista Zoltan Istvan prevede che "con



molta probabilità il parto naturale inizierà a scomparire nei prossimi 25 o 50 anni a causa del progresso tecnologico che permetterà la piena realizzazione dell'utero artificiale".

**Ma torniamo con i piedi per terra.** Queste lontane, future speculazioni dipendono naturalmente da una serie di "se". Lo stesso Surani raffredda le fantasie e la fantabiologia prodotte dai media. "Non è impossibile che un giorno costruiremo cellule di questo tipo. Ma come saremo capaci di usarle è un'altra questione". Ci vorranno anni prima di sapere se gameti immaturi di origine cutanea possono trasformarsi in cellule sessuali vitali. Se il tessuto della pelle maschile può essere utilizzato per creare un uovo, e se un feto umano può tranquillamente essere portato a termine in un utero artificiale. Una cosa è certa: a breve il "libro delle regole" della riproduzione umana deve essere completamente riscritto. **Y**

## Per saperne di più

- Irie N, Weinberger L, Tang WW, Kobayashi T, Viukov S, Manor YS, Dietmann S, Hanna JH, Surani MA. (2015). SOX17 is a critical specifier of human primordial germ cell fate. *Cell* 2015 Jan 15;160(1-2):253-68
- Takahashi K, Yamanaka S. (2006). Induction of Pluripotent Stem Cells from Mouse Embryonic and Adult Fibroblast Cultures by Defined Factors. In: *Cell* 2006; vol. 126, n° 4, pp. 663-676
- Barrios, F, Irie, N, and Surani, MA. Perceiving signals, building networks, reprogramming germ cell fate. *Int J Dev Biol* 2013;57:123-132
- D'Amour, KA, Agulnick, AD, Eliazar S, Kelly OG, Kroon E, Baetge EE. Efficient differentiation of human embryonic stem cells to definitive endoderm. *Nat. Biotechnol* 2005; 23:1534-1541
- de Fellici M (2013). Origin, migration, and proliferation of human primordial germ cells. In *Oogenesis*, Cotichio G, Albertini DF, and De Santis L, eds. (London: Springer-Verlag), pp. 19-37
- Gafni O, Weinberger L, Mansour AA, Ma-

- nor YS, Chomsky E, Ben-Yosef D, Kalma Y, Viukov S, Maza I, Zviran A. Derivation of novel human ground state naive pluripotent stem cells. *Nature* 2013;504:282-286
- Hackett JA, and Surani MA. Regulatory principles of pluripotency: from the ground state up. *Cell Stem Cell* 2014;15:416-430
- Hackett JA, Zylcz JJ, and Surani MA. Parallel mechanisms of epigenetic reprogramming in the germline. *Trends Genet* 2012; 28:164-174
- Hara K, Kanai-Azuma M, Uemura M, Shitara, H, Taya C, Yonekawa H, Kawakami H, Tsunekawa, N, Kurohmaru M, and Kanai Y. Evidence for crucial role of hindgut expansion in directing proper migration of primordial germ cells in mouse early embryogenesis. *Dev Biol* 2009;330:427-439
- Hayashi K, and Surani MA. Self-renewing epiblast stem cells exhibit continual delineation of germ cells with epigenetic reprogramming in vitro. *Development* 2009; 136:3549-3556
- Mendjan S, Mascetti VL, Ortmann D, Ortiz M, Karjosukarso DW, Ng Y, Moreau T, and Pe-

- dersen RA. (2014). NANOG and CDX2 pattern distinct subtypes of human mesoderm during exit from pluripotency. *Cell Stem Cell* 2014; Cell 15, 310-325
- Saitou M, Barton SC, and Surani MA. A molecular programme for the specification of germ cell fate in mice. *Nature* 2002;418: 293-300
- Yamaji M, Ueda J, Hayashi K, Ohta H, Yabuta Y, Kurimoto K, Nakato R, Yamada Y, Shirahige K, and Saitou M. PRDM14 ensures naive pluripotency through dual regulation of signaling and epigenetic pathways in mouse embryonic stem cells. *Cell Stem Cell* 2013; 12:368-382
- Ying QL, Wray J, Nichols J, Battle-Morera L, Doble B, Woodgett J, Cohen P, and Smith A. The ground state of embryonic stem cell self-renewal. *Nature* 2008;453:519-523
- Yu P, Pan G, Yu, J, and Thomson JA. FGF2 sustains NANOG and switches the outcome of BMP4-induced human embryonic stem cell differentiation. *Cell Stem Cell* 2011;8:326-334

■ Segue da pagina 9

## Congresso regionale AOGOI CAMPANIA

# "Update e applicazioni pratiche in ostetricia e ginecologia"

gretario Nazionale Aogoi e dai Presidenti Dr. **Davide De Vita** e **Fabio Sirimarco**, ha preso inizio con i **3 corsi pregressuali**: il primo sullo **Screening ecografico dell'insufficienza placentare**, organizzato dal dr. Davide De Vita con il prof. **Aniello Di Meglio** e parte del suo staff; al quale hanno contribuito i maggiori esperti campani del settore. Il secondo corso sulla **Medicina della riproduzione**, organizzato dal dr. **Carlo Alvingi**, presidente della Società Campano Calabro Lucana, inaugurato dalla professoressa Scaravelli dell'Istituto Superiore della Sanità con la Lettura Magistrale sulla Pma Italia.

Il terzo corso sulla **Formazione ed aggiornamento medico legale**, organizzato dal Prof. **Antonio Chiantera**, ha avuto un'altissima affluenza, caratterizzandosi per i contenuti estremamente pratici ed attuali, oggetto di dibattito molto acceso. Il tema del contenzioso medico-legale è stato ripreso più volte nell'ambito del congresso, nella **sessione "Perizie e Periti: analisi e commenti"** e nel corso dell'assemblea Aogoi, in cui, in collaborazione con la Fesmed, si è discusso sui problemi medico-legali che affliggono la nostra categoria, proponendo e diffondendo delle misure per tutelare l'operato quotidiano dei ginecologi; in particolare, sono stati aperti tavoli di discussione interattiva in cui sono intervenuti l'avvocato **Vania Cinese** per la tutela legale Aogoi, e relatori che hanno presentato novità in ambito della tutela assicurativa e patrimoniale.

Alla cerimonia inaugurale hanno partecipato l'Onorevole Dr. **Benedetto Fucci**, segretario della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, il presidente Aogoi Prof. **Vito Trojano** e il segretario nazionale Prof. **Antonio Chiantera**, il presidente della Sigo Prof. **Paolo**

**Scollo**, il presidente della Agui Prof. **Nicola Colacurci**, il presidente della Società Confalonieri Aragonese, Prof. **Fabio Sirimarco**, il presidente della Fesmed dr. **Carmine Gigli** ed infine il segretario Aogoi Campania dr. Davide De Vita, che ha presentato il Congresso e ha introdotto la Lettura Magistrale del prof. **Giovanni Scambia** dal titolo: "La laparoscopia in ginecologia oncologica: stato dell'arte".

Le sessioni hanno fornito un momento di full-immersion nelle diverse tematiche trattate, come la prima sessione Aogoi-Aio sulla Placenta previa/accreta: diagnosi precoce e prevenzione delle complicanze, che oltre a fornire uno stato dell'arte di come affrontare tale problematica, ha portato alla luce i primi dati sull'incidenza della placenta previa/accreta in Campania. L'Aio ha organizzato, con **Antonella Marchi**, presidente AIO e **Giusi Di Lorenzo**, consigliere e segretario regionale Aio, la VII Sessione e la Tavola Rotonda sul ruolo dell'ostetrica e sul tema della responsabilità alla luce dell'accordo stato-regioni del 16/12/2010.

A seguire, nella seconda sessione, è stato affrontato in maniera completa la problematica dell'endometriosi con le letture magistrali sul trattamento medico del Prof. **Felice Petraglia** e sul trattamento chirurgico dell'endometriosi profonda del prof. **Vito Chiantera**.

Molto interessante e originale è stato il simposio finalizzato a chiarire le diverse possibilità di impiego del sistema contraccettivo ad impianto sottocutaneo, in collegamento in videoconferenza con l'Ospedale **Antonio Cardarelli** di Campobasso con il dr. **Salvatore Cofelice**, con

l'Ospedale Civile Giuseppe Mazzini di Teramo con la dr.ssa **Anna Marcozzi**, con l'Ospedale San Carlo di Potenza con il dr. **Sergio Schettini**, con l'Ospedale SS. Annunziata di Taranto con il dr. **Emilio Stola** e con la Casa di Cura Villa Aurora di Reggio Calabria con il dr. **Pasquale Vadala**. Sono stati presentati, da **Carlo Maria Stigliano**, insieme al Prof. Vito Trojano ed Antonio Chiantera, i "Principi e raccomandazioni Aogoi nella gestione delle donne già trattate per lesioni genitali Hpv correlate", recentemente elaborate e redatte dall'Aogoi.

L'Agite ha organizzato due interessantissime sessioni scientifiche, l'VIII Sessione Aogoi-Agite sulla Terapia medica nelle patologie ginecologiche benigne, e la IX Sessione Aogoi-Agite sulle Nuove frontiere in tema di contraccezione, entrambe presiedute

### Il XX Congresso regionale Aogoi Campania ha visto la riconferma del segretario regionale Davide De Vita, Dirigente Medico della UOC di Ostetricia-Ginecologia del P.O. Santa Maria della Speranza di Battipaglia

dal dr. **Giovanni Fattorini**, presidente Agite e dalla dr.ssa **Marina Tesorone**, segretario regionale Agite Campania, contribuendo all'aggiornamento per una contraccezione sicura, ben tollerata e personalizzata.

Una live surgery, ha trasmesso in real-time ad alta definizione, in collegamento con le sale operatorie della clinica Villa dei Fiori in Mugnano di Napoli, due interi inter-

venti, il primo, eseguito dal dr. **Michele Todaro**, è stato una isterectomia totalmente laparoscopica in una paziente con un utero fibromiomaso associato ad endometriosi pelvica, il secondo, eseguito dal dr. Davide De Vita, un'isteropessi per via vaginale, ai legamenti sacrospinosi, con ricostruzione protesica anteriore "single incision", in un caso di una giovane donna con prollasso utero-vaginale di 4° stadio. Tra i due interventi sono state effettuate tre letture, sulle indicazioni, la tecnica chirurgica e le complicanze intra e postoperatorie.

L'evento formativo si è concluso con una **Tavola Rotonda** con i neonatologi **Aogoi-Sin**, dal titolo "Proposte per un progetto di modernizzazione dei punti nascita in Campania", che ha approfondito argomenti critici come le raccomandazioni sull'organizzazione dei punti nascita di I livello e il trasferimento intrauterino delle gestanti a rischio. **Y**

**Tumore al seno**



# Omeopatia? Un atout per alleviare gli effetti collaterali delle terapie oncologiche

**L'utilizzo di alcuni preparati omeopatici si è dimostrato utile per limitare gli effetti collaterali delle terapie oncologiche e supportare la cura di altri disturbi comuni correlati alle stesse, consentendo di portare avanti la terapia convenzionale con maggiori standard di qualità di vita**

**Ester Maragò**

**M**ettiamo subito le cose in chiaro, l'omeopatia non è una cura per il cancro, né mai potrà esserlo. Ma può diventare un atout vincente per migliorare la qualità della vita delle donne operate di tumore al seno. Arnica montana, calendula, nux vomica alla belladonna e molti altri preparati omeopatici possono, infatti, diventare un sostegno importante per alleviare nausea, vomito, vampate, ritenzione idrica, insonnia. Tutti comuni effetti collaterali dei trattamenti antiblastici che spesso rendono il percorso di cura ancora più impervio.

E non sono solo ipotesi, almeno a giudicare dal successo raggiunto nella Breast Unit dell'**Ospedale Sacco di Milano** dove, dall'aprile del 2014, ha aperto i battenti, un Ambulatorio di terapie omeopatiche a supporto dei trattamenti oncologici, dedicato alle pazienti con carcinoma mammario. Tante, tantissime donne hanno già aderito alle cure, e il numero è destinato a crescere, visti i risultati promettenti che il mix di terapie ha raggiunto.

Deus ex machina di questo sodalizio tra terapie convenzionali e omeopatia è **Fabio Corsi**, responsabile della Breast Unit della struttura milanese. "Un chirurgo oncologo, non certo omeopata, ma dalla mente aperta e con un approccio misto" si è definito nel corso di un incontro promosso da Boiron a Lione. Una sede non casuale, questa francese, anche perché proprio le esperienze già realizzate nel Paese d'oltralpe hanno ispirato il suo modello tutto



italiano di omeopatia integrata. Un modello che ha come punto di forza la ricerca: "Perché sono un po' come San Tommaso" ha aggiunto l'oncologo milanese. "L'omeopatia non è una cura per il cancro – ha affermato – ma può limitare gli effetti collaterali nelle terapie oncologiche e supportare la cura di altri disturbi comuni correlati alle stesse. Una ricchezza che il medico ha a disposizione per aiutare la persona senza aggiungere tossicità a tossicità". Tuttavia, l'efficacia delle cure osservata a livello di singole esperienze va sempre dimostrata attraverso studi clinici. Attraverso una ricerca rigorosa, appunto. "Ho avuto modo, anche nel mio lavoro di ricerca, di osservare effetti importanti dei medicinali omeopatici – ha spiegato – ma per

avere risposte certe abbiamo avviato due trial clinici".

Un primo studio, prospettico e randomizzato è stato condotto su 190 donne per verificare l'effetto dell'Arnica Montana per via orale a integrazione delle terapie convenzionali, per prevenire il sanguinamento e i dolori post operatori dopo la mastectomia. Mentre è stato sottoposto al Comitato etico dell'ospedale Sacco uno studio, da condurre in due Centri di radioterapia a Milano, per valutare l'efficacia di un pre-trattamento con calendula contro le radiodermite. "Almeno il 15% della pazienti sottoposte a radioterapia – ha aggiunto Corsi – sviluppa una radiodermite. Una patologia che viene comunemente trattata con corticosteroidi topici

che possono però portare all'atrofia cutanea. Abbiamo visto che le pomate a base di calendula sono efficaci per prevenire questi effetti indesiderati".

Ma risultati sono stati conquistati anche sul fronte degli effetti collaterali derivanti dalla chemioterapia. "Il 20% delle pazienti rifiuta la chemioterapia a causa delle fortissime nausea – ha aggiunto – contro questo disturbo possiamo utilizzare terapie convenzionali che a loro volta però danno conseguenze indesiderate. Abbiamo visto invece che, grazie alla Nux Vomica, le donne riuscivano a tenere sotto controllo la nausea. Un risultato molto incoraggiante".

Un altro esempio? Il Tamoxifene. "È un farmaco fondamentale – continua l'oncologo – rende insensibili i ricettori dell'estrogeno, ha ridotto l'incidenza di recidiva e anche la mortalità delle pazienti. Ma le reazioni collaterali sono numerose: vampate di calore, ritenzioni di liquidi importanti, nausea e vomito. Con la Belladonna abbiamo ridotto il vomito, mentre con la Vipera Redi il problema della ritenzione di liquidi si è alleggerito". E ancora, con l'assunzione degli inibitori dell'aromatasi, effetti collaterali come osteoporosi, dolori articolari e astenia sono all'ordine del giorno. Ma possono essere ridotti con il Radium Bromatum, l'Arnica Montana e il Phosphorus.

Certo, riuscire a sconfiggere i pregiudizi è difficile, ha ricordato la ginecologa francese, **Christelle Charvet**, ma non impossibile: "Anche in Francia, molti medici che

**Arnica montana, calendula, nux vomica alla belladonna e molti altri preparati omeopatici possono diventare un sostegno importante per alleviare nausea, vomito, vampate, ritenzione idrica, insonnia. Tutti comuni effetti collaterali dei trattamenti antiblastici**

somministrano l'omeopatia non lo dicono ad alta voce perché temono la reazione dell'oncologo. Tuttavia non ho mai incontrato oncologi che dicessero alle pazienti di stare lontane dall'omeopatia. Anzi, alcuni dopo uno scetticismo iniziale ora inviano le pazienti nel nostro ambulatorio per essere ricevute trattamenti omeopatici come supporto. L'utilizzo di queste terapie come cura di sostegno consente di portare avanti la terapia convenzionale con maggiori standard di qualità di vita consentendo, grazie alla buona compliance raggiunta dalle pazienti un allungamento della vita". Tirando le somme, il medicinale omeopatico si configura come un potenziale terapeutico importante per migliorare la qualità di vita delle pazienti oncologiche. Tenendo sempre ben presente che non deve essere considerato alternativo, ma integrativo nella terapia del cancro. **Y**

**RETTIFICA Dati Uoc Ost/Gin Ospedale di Corato su fonte Agenas**

**Di Vagno: all'Ospedale di Corato oltre 1200 parti, non 203!**

Sullo scorso numero di *Gyneco Aogoi* (Gyneco n. 7/2014, pag. 5) abbiamo pubblicato un elenco elaborato dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali con

le "Strutture con meno di 500 parti annui". In tale elenco è stato erroneamente riportato, per l'Ospedale di Corato, il numero di soli 203 parti assistiti per anno, laddo-

ve nell'anno 2013 e 2014 sono stati assistiti rispettivamente 1284 e 1212 parti. Il Dottor Giovanni Di Vagno, Direttore dell'Unità Operativa com-

plexa di Ostetricia e Ginecologia del P.O. Corato-Terlizzi (ASL BA), che ci ha segnalato il dato erroneo, ha già provveduto a chiederne rettifica all'Agenas.

**ERRATA CORRIGE**

Sullo scorso numero è stato pubblicato nel colophon il vecchio comitato scientifico di *GynecoAogoi*. Ci scusiamo dell'errore con gli interessati e con i nostri lettori

IL DOCUMENTO CONDIVISO AIO-AOGOI-SLOG

# Promuovere il ruolo dell'ostetrica e potenziare la sua presenza nelle aziende ospedaliere, nei servizi territoriali, in libera professione



**Antonella Marchi**  
Presidente AIO

In occasione del Congresso regionale Aogoi Lombardia, svoltosi a Bergamo dal 20 al 21 novembre scorso, l'Aio ha organizzato una sessione incentrata sul tema "Regione Lombardia e Aree professionali di completa Responsabilità dell'Ostetrica alla luce dell'Accordo Stato-Regioni 16/12/2010: quali strategie sta attuando la Regione Lombardia per garantire sicurezza e salute alle Famiglie e professionalità alle Ostetriche?"

Alla tavola rotonda hanno partecipato il presidente della Commissione Sanità della Regione Lombardia, **Fabio Rizzi**, il segretario regionale Aogoi Lombardia, **Claudio Crescini**, il presidente della Società Lombarda di Ostetrica e Ginecologia (Slog), **Mario Meroni**, e il responsabile dei Punti Nascita Lombardia **Rinaldo Zanini**. In quella sede abbiamo aperto un dibattito con il presidente della Commissione Sanità della Regione Lombardia e, in data 1° dicembre 2014, abbiamo presentato alla Commissione un documento condiviso a firma Aio, Aogoi e Slog, che di seguito vi proponiamo.

**IL DOCUMENTO CONDIVISO AIO-AOGOI-SLOG presentato al presidente della Commissione Sanità e Politiche sociali della Regione Lombardia**

**Premesso**

Che la L. 42/1999 sancisce che "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del DLgs 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post

base nonché degli specifici codici deontologici..."

**Visto**

- Il DM 740/1994;
- Il Decreto Interministeriale 19 febbraio 2009 attuativo del DM 270/2004;
- Il Codice Deontologico dell'ostetrica/o (FNCO 2010 e successive modificazioni 2014);
- Il DLgs 206/2007, art. 48 attuativo della Direttiva Europea sul riconoscimento delle qualifiche professionali, al comma 2 prevede già che le Ostetriche siano soggetti prescrittori e sono autorizzate a "prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio";
- La Definizione Internazionale di Ostetrica (ICM 2011)

**Considerato**

- La L. 251/2000, art. 1 comma 1
- Le linee guida "Gravidanza fisiologica" Ministero della Salute 2011
- Le linee guida "Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole" Ministero della Salute 2011/2012

L'ostetrica/o è la professionista che risponde ai bisogni di salute della donna in tutte le fasi del suo ciclo vitale, della coppia, del neonato, della famiglia e della collettività. Il suo intervento è di prevenzione, cura, salvaguardia e recupero della salute individuale e collettiva. Alla luce di quanto raccomandato dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 "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" si evidenzia la reale necessità che le aziende sanitarie compiano scelte a favore dell'Ostetrica/o privilegiandone l'assunzione nei servizi che si occupano di salute femminile e di assistenza alle donne nelle UO di Ostetrica-Ginecologia, nei consultori familiari ecc...

In questa ottica sarà garantita la

continuità assistenziale attraverso l'applicazione di modelli organizzativi che creino collegamenti tra ospedale e territorio e che consentano percorsi assistenziali in autonomia, concordati e condivisi. Nella visione generale del riordino dei punti nascita, il percorso nascita in particolare dovrà essere organizzato nel rispetto delle cure per la madre che possano essere appropriate alla sua condizione di salute. Qualora si tratti di una gravidanza fisiologica la donna deve poter scegliere strutture che garantiscano la totale espressione di questi percorsi, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010. Pertanto si propone di includere all'interno delle "Regole di Sistema 2015" della Regione Lombardia le seguenti richieste:

- 1.** Rendicontazione delle prestazioni sanitarie erogate dall'ostetrica/o (nomenclatore tariffario con numerazione specifica della visita e altre prestazioni erogate dalla stessa);
- 2.** Adozione di uno strumento che consenta all'ostetrica/o la prescrizione degli esami per la sorveglianza della gravidanza fisiologica secondo il Decreto Bindi: ricettario del SSN (\*);
- 3.** Presenza delle ostetriche/i in assistenza nelle Aziende Ospedaliere, nelle U.O. e nei servizi anche territoriali di loro pertinenza, per una appropriatezza delle cure, recuperando i posti di lavoro attualmente occupati da professionisti con altri profili professionali (infermiera, assistente sanitaria, educatrice...);
- 4.** Potenziamento del territorio, attraverso progetti che prevedano nuove assunzioni o la riorganizzazione delle risorse esistenti, per garantire l'home visiting alle puerpere al fine di promuovere l'allattamento al seno e prevenire la depressione post partum;
- 5.** Implementare i Percorsi Assistenziali di Fisiologia (differenziati dal profilo di rischio) a governo

dell'Ostetrica, come raccomandato dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

(\* *Nella realtà sanitaria della Asl Roma le Ostetriche sono dotate di ricettario del Ssn attraverso un sistema di codificazione che consente d'indicare come prescrittore anche un soggetto diverso dal medico, previo parere positivo dell'Asp Lazio*

- **Associazione Italiana di Ostetrica (A.I.O.)**  
Dr.ssa Antonella Marchi
- **Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani (A.O.G.O.I.)**  
Dott. Claudio Crescini
- **Società Lombarda di Ostetrica e Ginecologia (SLOG)**  
Dott. Mario Meroni

**In data 23 dicembre 2014, con Deliberazione n. X/2989, la Regione Lombardia ha inserito alcuni punti di nostro interesse che di seguito vi illustriamo.**

**Punti Nascita**

Attuazione di modalità organizzative sperimentali (nelle A.O. e Consultori) per il processo gravidanza/parto/nascita finalizzate al miglioramento dell'efficienza e pieno rispetto della fisiologia tramite maggior spazio alla professionalità ostetrica con apertura di un ambulatorio per la gravidanza fisiologica in almeno un Punto Nascita per ogni A.O. e almeno nel 30% dei Consultori per ogni Asl.

**Punti nascita e rete materno infantile**

- 1.** Rete per l'assistenza alla madre e al neonato  
Occorre proseguire nella riorganizzazione dei Punti Nascita con numero parti < 500/anno (valutazione media tre anni) e comunque, nell'attuazione dell'Accordo Stato Regioni del dicembre 2010 e della Dgr 1185/2013. Le Asl interessate dovranno pre-

sentare dei progetti di rimodulazione dell'attività entro marzo 2015 e prevedendo l'attuazione di quanto previsto entro giugno 2015. Proseguire con quanto iniziato in Regione Lombardia, con le Dgr n. IX/ 3976 del 6 agosto 2012 e la D.g.r n. IX/4605/2012, la Dgr X/1185/2013 per quanto concerne la definizione degli strumenti di misura per la valutazione della qualità e sicurezza della rete dei Punti Nascita attraverso l'utilizzo dei dati di Sdo e CeDAP al fine di definire elementi per il Governo Clinico e la programmazione della rete di offerta.

**2.** Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 su sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita  
- Identificazione di modelli organizzativi per il miglioramento della continuità Ospedale/Territorio - progetto unico per ogni ASL con tutte le AO dotate di Punto Nascita coinvolte. Progetti da presentare entro aprile 2015, con validazione del Comitato Percorso Nascita Locale, comprensivo degli indicatori. Applicazione e operatività entro settembre.

- Aree tematiche indicative:
1. Cartella unica per controllo gravidanza/puerperio
  2. Sostegno dell'allattamento naturale
  3. Individuazione di situazioni a rischio sociale e percorsi di protezione durante la gravidanza/puerperio
  4. Individuazione, prevenzione e sostegno per la depressione post partum

**3.** Sperimentazioni e riorganizzazioni della rete in coerenza dell'Accordo Stato Regioni 2010  
- Sperimentazioni di modalità innovative per favorire la continuità assistenziale e la remunerazione, anche tra organizzazioni di natura amministrativa diversa del processo assistenziale gravidanza-travaglio-parto-nascita-puerperio e primi controlli neonatali. Sperimentazione in due Asl campione da settembre 2015

■ **Segue a pagina 28**

## Sorveglianza fetale in gravidanza

Questo libro, completo e rigoroso nel suo contenuto scientifico ma agile e di rapida consultazione, si rivolge a tutti coloro che, Medici od Ostetriche, sono giornalmente dedicate all'assistenza prenatale, cercando di offrire loro un quadro il più possibile completo ed aggiornato di quanto è scientificamente utile e valido fare per ottenere una valida assistenza ostetrica e i migliori esiti neonatali. L'autore, il Dottor Salvatore Felis, presta servizio come Dirigente Medico di Ostetricia e Ginecologia presso l'I.R.C.C.S Ospedale San Martino-IST di Genova e si è avvalso della collaborazione di vari esperti di medicina materno-fetale dell'Università di Torino e Genova.

**Questo libro si rivolge a tutti coloro che, medici od ostetriche, sono giornalmente dedicati all'assistenza prenatale, cercando di offrire loro un quadro il più possibile completo e aggiornato di quanto è scientificamente utile fare per ottenere una valida assistenza ostetrica e i migliori esiti neonatali**

La Sorveglianza del Benessere fetale in gravidanza è radicalmente cambiata nel corso degli ultimi anni. Infatti l'utilizzo sempre più diffuso delle metodiche di indagine biofisiche di sorveglianza delle condizioni fetali ha permesso di ottenere un miglioramento rilevante dell'assistenza prenatale e degli esiti ostetrici. Il feto è ormai

“un paziente” che può essere studiato nel suo comportamento e stato di benessere. Ci piace ricordare che il Dottor Felis ha devoluto i diritti d'autore di questo volume a Medici senza Frontiere – Italia.

**Vincenzo Maritati**  
Segretario Regionale AOGOI Liguria



Salvatore Felis

**SORVEGLIANZA FETALE IN GRAVIDANZA**

Edizioni Minerva Medica  
www.minervamedica.it  
I edizione (2014)  
Volume di 174 pagine con 38 figure a colori e 18 tabelle

ISBN-13 978-88-7711-821-9  
€ 31,50 PER ORDINARE

**I diritti d'autore sono stati ceduti da Felis a Medici Senza Frontiere – Italia**

## Urgenze ed emergenze in sala parto



A cura di Antonio Ragusa e Claudio Crescini

**URGENZE ED EMERGENZE IN SALA PARTO**

Piccin Editore (2014)  
Euro 34,20  
Disponibile su  
www.libreriauniverso.it  
www.libreriauniversitaria.it

Il volume prende le mosse dall'esperienza maturata nel corso degli anni dal gruppo GEO - Gestione Emergenze Ostetriche: un gruppo spontaneo di alcuni colleghi ostetrici, anestesisti-rianimatori e neonatologi legati da rapporti di

**Il testo si articola in quattro grandi sezioni: la pianificazione e l'organizzazione del lavoro in sala parto; le urgenze e le emergenze materne; le urgenze e le emergenze materno-fetali; le urgenze e le emergenze fetali. Lo sforzo è stato di riunire tutte le conoscenze disponibili, nella letteratura medica, sulle urgenze e le emergenze che il medico e l'ostetrica possono incontrare nella quotidiana gestione della sala parto**

lavoro e di amicizia. Il gruppo GEO ha iniziato il suo percorso promuovendo momenti formativi con largo spazio alla simulazione su modelli inanimati e mediante realizzazione di “scenari”

per affrontare le situazioni di emergenza/urgenza in sala parto, originali per il nostro Paese. Questa iniziale esperienza, che continua oggi con una costante attività di aggiornamento e arricchimento dei

corsi, ha avuto anche il merito di stimolare analoghe iniziative in altre regioni, favorendo così il diffondersi della cultura della formazione in sala parto. Una tappa su questa lunga strada per il miglioramento continuo della qualità del nostro lavoro è rappresentata da questo volume sulle emergenze-urgenze in sala parto, che raccoglie e sintetizza tutti gli argomenti trattati nei corsi teorico-pratici del nostro gruppo e che vuole essere non solo un testo di agevole consultazione per superare i momenti critici, ma anche un invito ad apprendere ed amare “l'arte ostetrica”.  
**(Claudio Crescini)**

### ■ Segue da pagina 27

- Miglioramento della sicurezza, efficacia ed efficienza della rete per l'assistenza a madri e neonati attraverso l'aggregazione, in caso di patologia della gravidanza o minaccia di parto prima del termine, della casistica più complessa con necessità assistenziali elevate  
- Accentuazione del processo organizzativo di concentrazione in Centri di Riferimento della patologia della gravidanza e della patologia neonatale in coerenza con quanto definito dall'Accordo Stato/Regioni del 2010 e a quanto proposto dal Comitato Percorso Nascita Regionale. Progetto sperimentale in tre ASL limitrofe in cui sia già attivo STEN e STAM; progetto (comprensivo di indica-

tori) entro marzo 2015, operatività sperimentale da giugno  
- Attivazione in coerenza con quanto definito dall'Accordo Stato-Regioni del 2010 e a quanto proposto dal Comitato Percorso Nascita Regionale di trasporto assistito materno (STAM) e sistema di trasporto emergenza neonatale (STEN) su tutta la Regione. Progetto, unico per ogni Asl che coinvolga tutte le A.O. con Punto Nascita comprensivo degli indicatori, entro aprile 2015, attivazione sperimentale entro settembre  
- Attuazione di modalità organizzative in coerenza con quanto definito dall'Accordo Stato/Regioni del 2010 e a quanto proposto dal Comitato Percorso Nascita Regionale, entro giugno 2015, per consentire la parto analgesia H 24

in almeno un Punto Nascita per ogni A.O.

**4. Rete SIDS (Sindrome della morte improvvisa del lattante)**

- In tale ambito si procederà:

- all'individuazione di un Comitato Esecutivo - cabina di regia della rete composta da figure di esperienza per assicurare la competenza clinica/gestionale e la funzione di indirizzo e programmazione regionale;

- all'avvio di sperimentazioni attraverso modalità innovative per favorire la presa in carico della famiglia alla luce del Decreto 7 ottobre 2014 “Protocolli diagnostici nei casi della morte improvvisa infantile e della morte inaspettata del feto. (14A08847) (GU Serie Generale n. 272 del 22-11-2014 - Suppl. Ordinario n. 89).

**Il 9 gennaio scorso, Aio ha ri-**

**cevuto la Convocazione da parte del Presidente della Regione Lombardia, III Commissione Sanità e Politiche Sociali,**

per partecipare alla Riunione Programmatica per Tavoli Tecnici Tematici, svoltasi il 14 gennaio scorso. Ci hanno rappresentate ai Tavoli, le Dott.sse **Elsa Del Bo** e **Stefania Cristiani**, anche Presidenti degli Ordini di Pavia e Cremona.

Credo che in così poco tempo a disposizione non avremmo potuto fare di meglio. Soprattutto ritengo importante - per quanto riguarda la posizione delle Ostetriche ma anche delle Società Scientifiche - l'aver aperto un canale comunicativo efficace con la Regione Lombardia, in quanto l'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni, più volte richiamato nel docu-

mento, prevede anche l'attuazione degli altri punti che abbiamo delineato con chiarezza nella nostra proposta.

Il lavoro da svolgere sarà molto impegnativo poiché la Regione indica dei tempi brevi per l'attuazione dei progetti, pertanto ho invitato il segretario regionale AIO della Lombardia, Elsa Del Bo, ad indicarmi ostetriche dipendenti e libere professioniste interessate a lavorare con noi e ad essere **referenti A.I.O. per la regione Lombardia**, nell'interesse della nostra professione e delle famiglie. Non dimentichiamo, a proposito dell'annoso problema dell'**Abusivismo Professionale**, che la regione Lombardia è tra le regioni più colpite e pertanto dobbiamo agire con forza e determinazione. **■**



## Save the date Bergamo: 7 marzo 2015

### Possibilità di prevenzione del parto pretermine spontaneo

Moderatori: S. Von Wunster, C. Crescini

#### SESSIONE I: LA DIMENSIONE DEL PROBLEMA

ore 8.30-10

- Fattori di rischio, incidenza e costi (Fabio Parazzini, Milano)
- Una corretta diagnosi, per evitare ricoveri impropri (Vera Gerosa, Brescia)
- Possibilità terapeutiche in presenza di attività contrattile significativa: tocolisi, corticosteroidi, solfato di magnesio (Elisa Fabbri, Milano)
- Esiti neonatali della prematurità (Antonietta Auriemma, Sierate)

#### SESSIONE II: LA PREVENZIONE

ore 10.00-11.15

- Prevenzione primaria e prevenzione secondaria
- Ruolo di un ambulatorio dedicato (Luana Danti, Brescia)

#### SESSIONE III: POSSIBILE MANAGEMENT DELLA PREVENZIONE

Ore 11.30-13.15

Moderatori: Aldo Riccardi (Cremona) Marco Di Mario (Lodi)

- Il punto sul cerchiaggio e sul pessario (Patria D'Oria, Alzano Lombardo)
- Il punto su progesterone e calcio antagonisti come profilassi della prematurità (Denise Rinaldo, Treviglio)
- La gestione del rischio di parto pretermine nella rete ospedaliera lombarda STEN e STAM (Rinaldo Zanini, Lecco)

#### DISCUSSIONE

Ore 13.15-13.30

#### TAKE HOME MESSAGES E CONCLUSIONI (Luana Danti)

#### Segreteria Scientifica

Claudio Crescini, Silvia von Wunster, Luana Danti

#### Sede Congressuale, Segreteria organizzativa Centro Congressi Giovanni XXIII, Bergamo

Tel. 035-23635

email: segreteria@congresscenter.bg.it

www-congressibergamo.com

#### Iscrizioni online

L'iscrizione è gratuita, è necessario accedere al sito <http://www.conferencecenter.it/Prj/Hom.asp>, cliccare sul titolo dell'evento e seguire le procedure di registrazione.



## 3<sup>rd</sup> Global Congress Ian Donald Schools Cagliari 19-21 giugno 2015

### Free Communications – Call for Abstracts

Abstracts are invited for Poster Session only and will be published in the "Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology" (Yellow Journal). Send to Scientific Secretariat. **Deadline: 30<sup>th</sup> April 2015**

The 3<sup>rd</sup> Global Congress & the SIEOG Course will be held in the memory and honor of Dr Maria Angelica Zoppi.

The 3 best posters will be awarded a prize of 1,500 Euros each.

#### Segreteria Scientifica

G. Monni, A. Iuculano, G. Pagani  
Ob/Gyn Dept., Microcitemico Hospital, Cagliari  
Tel: 0039 070 609 5546-7  
Cell Giovanni Monni: 0039 336691120  
Fax: 0039 070 609 5514  
e-mail: [prenatalmonni@tiscali.it](mailto:prenatalmonni@tiscali.it)

#### Segreteria Organizzativa

MetaSardinia srls  
Via dell'Abbazia 33, 09129 Cagliari  
Tel./Fax 070 3111464  
Cell. 0039 3276166943  
e-mail: [segreteria@metasardinia.it](mailto:segreteria@metasardinia.it),  
[www.metasardinia.it](http://www.metasardinia.it)  
**PROVIDER: ID 4582**

Ian Donald International University School of Medical Ultrasound  
In cooperation with  
WAPM World Association of Perinatal Medicine  
Dubrovnik Libertas International University

**3<sup>rd</sup> GLOBAL CONGRESS OF IAN DONALD SCHOOLS**

**SIEOG COURSE**  
Screening Fetal Heart Placenta  
June 20<sup>th</sup>  
President Giuseppe Calli

**19<sup>th</sup> – 21<sup>st</sup> June 2015**  
**T-Hotel, Cagliari, Sardinia, Italy**

*In memory and honour of Maria Angelica Zoppi*

Congress Presidents:  
Giovanni Monni, Asim Kurjak, Frank Chervenak, Ian Donald School Regional Director for Europe, Ian Donald School Director, Ian Donald School Director

## IEO: Una borsa di studio e due contratti inseriti in un piano formativo di Fellowship per Medici specializzati in Ginecologia e Ostetricia

L'Istituto Europeo di Oncologia bandisce una borsa di studio annuale di Euro 27.000 lordi destinata ad un Medico specializzato in Ginecologia e ostetricia interessati a lavorare all'interno della Divisione di ginecologia chirurgica

■ È richiesta un'ottima conoscenza della lingua inglese.

■ Il candidato ideale è motivato, flessibile, dotato di spirito di iniziativa e problem solving, con buone capacità organizzative e di relazione interpersonale a diversi livelli professionali.

Chi fosse interessato, può inviare il proprio cv aggiornato al seguente indirizzo di posta elettronica: [servizio.selezione@ieo.it](mailto:servizio.selezione@ieo.it) citando il rif. 2014BOR011

La Divisione di Ginecologia Chirurgica dell'Istituto Europeo di Oncologia, al fine di assicurare la corretta realizzazione della propria attività clinica, delibera due posizioni per Medico Assistente

■ Il/la candidato/a ideale, che riporta al Direttore di Divisione, è in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Ginecologia e ostetricia, iscrizione all'albo.

■ Necessaria ottima conoscenza della lingua inglese e ha maturato un'esperienza nel ruolo di almeno 2 anni.

L'Istituto vorrebbe incontrare candidati realmente motivati a garantire un'alta qualità terapeutica/assistenziale nonché relazionale verso i pazienti, che abbiano interesse al costante aggiornamento professionale e scientifico e all'attività di documentazione in linea con la propria Divisione. Il ruolo richiede spirito di iniziativa,

autonomia e problem solving. Il contratto è inserito in un piano formativo di fellowship approvata dalla Società Europea di Oncologia Ginecologica (ESGO), la durata è di 3 anni ed è sostenuta da un contratto di tipo libero professionale offerto dall'Istituto Europeo di Oncologia.

Chi fosse interessato, può inviare il proprio CV aggiornato in formato word o europeo al seguente indirizzo: [servizio.selezione@ieo.it](mailto:servizio.selezione@ieo.it) citando il rif. 2014SEL004