

G Y N E C O

ORGANO
UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE
OSTETRICI
GINECOLOGI
OSPEDALIERI
ITALIANI

AOGOI

**SPECIALE
CONGRESSO
SIGO-AOGOI-AGUI**



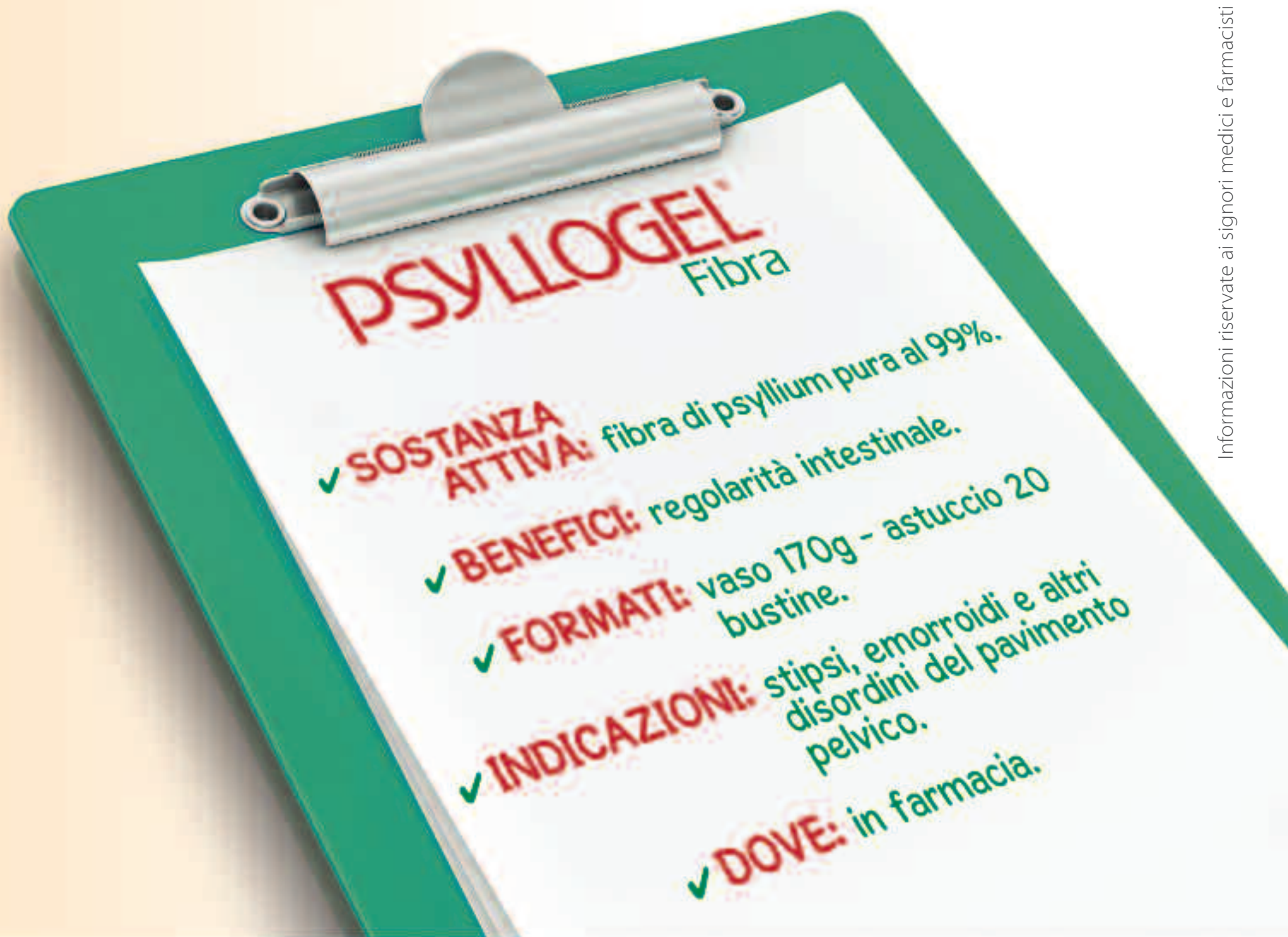
89° CONGRESSO SIGO, 54° CONGRESSO AOGOI, 21° CONGRESSO AGUI

Isola donna

AL CENTRO DEL MONDO MEDICO SOCIALE

INNOVAZIONE • BENESSERE • UMANIZZAZIONE

**5
2014**



- ✓ **SOSTANZA ATTIVA:** fibra di psyllium pura al 99%.
- ✓ **BENEFICI:** regolarità intestinale.
- ✓ **FORMATI:** vaso 170g - astuccio 20 bustine.
- ✓ **INDICAZIONI:** stipsi, emorroidi e altri disordini del pavimento pelvico.
- ✓ **DOVE:** in farmacia.

Impossibile averne di più!



I gusti:



Arance rosse



Tè limone



Fragola



Vaniglia

PSYLLOGEL[®] Fibra, grazie al bulking effect, forma un gel che è fondamentale per favorire lo sviluppo di una massa fecale soffice, voluminosa e scorrevole adatta a facilitare i regolari movimenti peristaltici intestinali e ad aumentare la velocità di transito a livello del colon.

ANTEPRIMA
CONGRESSO
**SIGO
AOGOI
AGUI**



4

Sigo 2014**Cagliari 28 settembre - 1° ottobre**

“Il filo rosso che intreccerà le sessioni congressuali è legato ai principi dell’Umanizzazione, del Benessere ed ell’Innovazione applicati alla Ginecologia e Ostetricia. Per migliorare il benessere psico-fisico della donna del terzo millennio”

Il saluto dei presidenti del Congresso

4 Nella condivisione e diffusione delle conoscenze il vero spirito del congresso nazionale
Giovanni C. Urru, Salvatore Dessoale, Gian Battista Melis e Giovanni Monni

4 Il capitale umano è il seme della speranza
Vito Trojano
Presidente AOGOI

6 Un momento significativo, di rinnovata armonia tra tutte le componenti della ginecologia italiana
Nicola Colacurci
Presidente AGUI

7 Un’opportunità di dibattito tra tutte le parti della Ginecologia e dell’Ostetricia Italiane
Paolo Scollo
Presidente SIGO

8 “Dal congresso un messaggio di incoraggiamento ai giovani: non fuggite dalla nostra specialità”
Antonio Chiantera
Segretario Nazionale AOGOI

8 Identità, aspettative e speranze del Ginecologo in un mondo che cambia
Sandro M. Viglino
Vice Presidente AOGOI

9 “Le iniziative avviate in questi ultimi mesi influiranno sulla nostra vita societaria in modo duraturo”
Elsa Viora
Vice Presidente AOGOI

12 La vostra leadership e il vostro sostegno per la salute e il benessere femminile possono fare un’enorme differenza
Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

15 La riforma della responsabilità medica, una conquista di civiltà e di dignità
Pierpaolo Vargiu
Presidente Commissione Affari Sociali della Camera

16 Formazione, tema centrale per la sanità italiana
Benedetto Fucci
Segretario Commissione Affari Sociali della Camera

17 “Un intenso programma scientifico-sanitario che trova tutto il mio plauso”
Luigi Benedetto Arru
Assessore alla Sanità della Regione Sardegna

18 Il Punto I miracoli che servono alla ginecologia italiana
Carlo Sbiroli

Alle pagine 18 - 21

Isola donna al centro del mondo medico sociale

FOCUS ON

18 L’evoluzione della diagnosi e degli screening prenatali
Giovanni Monni

18 La medicina tra tecnica e umanizzazione
Giovanni C. Urru

20 Il parto domiciliare nella Sardegna della prima metà del Novecento
Salvatore Dessoale

21 Endometriosi: in Sardegna e nel mondo
Gian Benedetto Melis

22 “A Cagliari celebriamo anche il nostro appuntamento annuale. Con un programma impegnativo e stimolante”
Giovanni Fattorini
Presidente AGITE

PROFESSIONE

23 La responsabilità professionale medica dopo il 15 agosto 2014
Carmine Gigli
Presidente FESMED

25 Aogoi Abruzzo: “Servono investimenti, mancano anche le ambulanze per i neonati”

25 In ricordo di Maria Angelica

26 Fecondazione eterologa: in attesa di una legge nazionale, le Regioni presentano le linee guida

AGGIORNAMENTI

28 Herpes genitale: i disagi di una patologia in crescita

29 Novità. Un nuovo sistema Bluetooth di rilevazione Cardiotocografico passivo

Comitato Scientifico

Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Sandro Viglino
Elsa Viora
Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoaogoi@hcom.it
Pubblicità
Edizioni Health Communication srl
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461, Fax 06 59446228

Editore

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

Ufficio grafico

Daniele Lucia
Barbara Rizzuti
Stampa
STRpress

Abbonamenti

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

Roma/Aut. n. 48/2008

Finito di stampare: settembre 2014
Tiratura 8.000 copie.

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

Organo ufficiale



Testata associata



Editore

Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Nella condivisione e diffusione delle conoscenze il vero spirito del congresso nazionale

Giovanni C. Urru, Salvatore Dessole, Gian Battista Melis e Giovanni Monni
Co-Presidenti Congresso Nazionale SIGO 2014

Un Congresso come l'attuale è anche espressione della dignità di una *Civitas mundi* che, con buona pace di Sant'Agostino, non è "ingrata" ma anzi consente la "diffusione consapevole" di una stratificazione di elementi che seppur fondano la loro base nella iper-specializzazione degli interventi tecnico-scientifici, in realtà trascendono questa stessa base. Una volta esposti e discussi gli aspetti specialistici, infatti, l'attenzione (e la "cura") si sposta sulla *condivisione* delle conoscenze che ne derivano all'interno del gruppo di partecipanti al Congresso stesso; per poi spostarsi, ancora più ampiamente, sulla *diffusione* nell'ambito dell'intera categoria di medici ostetrico-ginecologi. La speranza è anche quella di rendere consapevole la società nel suo insieme di quanto lavoro e di quanta fatica pesino sul camice di quel medico; e di quanta laboriosità gratuita, laterale e suppletiva rispetto "all'orario di lavoro" sia necessaria per produrre contributi tecnico-scientifici su cui le case farmaceutiche possano continuare le loro specifiche ricerche.

Ma c'è di più. Il medico che porta qui, ad un'assise così qualificata di specialisti, un proprio contributo sa bene che sarà ascoltato e, in genere, anche apprezzato: ma sa anche che nessuno gli farà sconti sul piano rigorosamente tecnico-scientifico: sa che si espone (e vuole esporsi) alla possibile "falsifica" dei suoi risultati secondo la logica propria dell'argomentazione scientifica come Popper l'ha insegnata.

Insomma, pare chiaro che la dinamica di un Congresso come questo in fieri, si muova a spirale avendo come nucleo lo specifico della ricerca e, ampliandosi in cerchi sempre più ampi, finisca per includere problematiche in apparenza molto distanti da quello stesso nucleo.

Limiteremo lo spazio previsto ad alcune considerazioni.

PRIMO: la "tecnica", usando il termine in senso lato, in nessun campo come nella Medicina sembra in grado di mantenersi *al di qua* delle frontiere che gli sono o che dovrebbero essergli proprie: la medicina lavora ancora per l'uomo e non usa, o non dovrebbe usare, l'uomo come mezzo "vivisezionabile", per risultati che non servono ma che certi mezzi consentono di conseguire.

La Medicina, come emerge da questo Congresso e dagli altri che lo hanno preceduto, ha ancora questo mirabile primato morale e civile che le rare eccezioni non sono in grado di scalfire.

SECONDO: da questo orientamento generale che è, in fondo, l'essenza stessa di questi Congressi, ne discende un altro più specifico ma non meno rilevante. Se, come è stato saggiamente scritto, le problematiche ambientali devono necessariamente interessare tutta la medicina, per la ginecologia c'è un aspetto in più: il ginecologo non è un medico di organo o

di apparato, ma un medico di "genere": è il medico della donna intesa in senso olistico e "sociale" (Ginecorama, XXIX, n.5, 2007, p.1). E con ciò, si torna ad un tema già affrontato in altri Congressi: il tema del carico di responsabilità che grava sul medico, e qui sul ginecologo, oltre quelle che attengono strettamente, e forse limitatamente, i materiali "ferri del mestiere": precisamente quel carico di responsabilità che per comodità di sintesi va sotto il nome di "umanizzazione della medicina", per cui la paziente del medico-ginecologo non è solo un organo o un apparato da curare, ma una persona la cui salute è fortemente interconnessa con l'ambiente, con gli "altri", non mera somma ma complessa sintesi inter-relazionale. Olisticamente, appunto.

Ciò porta dritto ad una **TERZA CONSIDERAZIONE:** come può un Congresso come questo attuale, e/o altri consimili, farsi carico anche degli effetti, individuali e sociali, della dilagante violenza sulle donne, che ha ormai assunto le caratteristiche di vera e propria "violenza di genere"? Contro questa forma di "aberrazione mentale", il ginecologo deve essere culturalmente preparato. In proposito, ci limiteremo ad una sola riflessione: l'intervento del ginecologo è, necessariamente, a posteriori, ma il fenomeno ha assunto dimensioni tali da rendere necessari accurati studi di prevenzione che esulano dalle nostre competenze.

La **QUARTA CONSIDERAZIONE**, che merita di essere evidenziata in appuntamenti congressuali di questa importanza, riguarda la nostra capacità di promuovere una *buona comunicazione* e informazione in sanità. L'obiettivo non è solo quello di organizzare una strategica difesa contro gli assalti alla baionetta che sono le campagne di stampa contro i Medici: si badi bene, non contro la medicina, ma proprio contro i medici in quanto individui che lavorano in uno specifico, ma delicato e sensibile, settore della vita sociale. E poco male sarebbe se a quelle campagne di stampa non seguisse il diluvio di interessati ricorsi all'Autorità Giudiziaria che si concludono, in genere, con un nulla di fatto, ma non senza un onere aggiuntivo, psicologico ed economico, su cui ad individui di altre categorie non sembra vero poter lucrare...

Il nostro vero obiettivo deve essere quello di promuovere un dialogo sereno con la società, con i cittadini, *in primis* con le nostre pazienti. La buona informazione mina le basi del contenzioso, sgretola il mito della medicina miracolistica, contribuisce a rafforzare l'alleanza medico-paziente.

Anche per quest'ultimo punto la soluzione va ricercata nello "spirito del Congresso", nella volontà e capacità comune di essere membri consapevoli di una *Civitas mundi* che contribuiamo a rendere migliore e più vivibile curandone almeno la metà. Ma la migliore. La cara collega Maria Angelica Zoppi, scomparsa improvvisamente alcune settimane fa, sta lì a ricordarcelo.

ISOLA D DEL MON



“ Ringrazio i presidenti del Congresso e tutti i colleghi che si sono impegnati per la miglior riuscita di queste quattro giornate. Grazie anche agli autorevoli rappresentanti delle istituzioni che hanno contribuito a questo numero speciale per l'attenzione che hanno riservato alla nostra società scientifica e a tutto il mondo della ginecologia

SPECIALE CONGRESSO
89° SIGO
54° AOGOI
21° AGUI



DONNA AL CENTRO MONDO MEDICO SOCIALE



Il capitale umano è il seme della speranza

Vito Trojano Presidente Aogoi

L'attenzione medico-sanitaria e sociale verso il benessere femminile diventa oggi 'internazionale', grazie a un Network Europeo di Ginecologia e Ostetricia. È questo uno dei principali progetti promossi dalla nostra Associazione che, alla vigilia del Congresso Nazionale di Cagliari "Isola donna, al centro del mondo medico e sociale", ha

reso ufficiale la nascita del primo nucleo di questa rete alla presenza del Commissario Europeo alla salute Tonio Borg, proiettando le nostre istanze e proposte in una dimensione europea. Una dimensione più ampia - una casa comune per tutta la ginecologia europea - con importanti ricadute su più livelli: legislativi, formativi, scientifici. Nell'obiettivo "comune" di garantire un'assistenza più sicura, efficiente e di qualità.

Il nostro obiettivo principale è quello di ottenere una Direttiva Europea che uniformi responsabilità professionale e coperture assicurative e porti al miglioramento dell'assistenza mediante la messa in sicurezza delle aziende ospedaliere. Il Network è già operativo e il prossimo ottobre effettueremo, con una Consensus Conference per via telematica, il primo aggiornamento sui principali punti di forza e criticità delle singole realtà nazionali. Sono sicuro inoltre che una collaborazione più stretta tra le società scientifiche di ginecologia e ostetricia dei vari paesi europei, tra gli istituti di ricerca e le strutture ospedaliere produrrà benefici immediati, soprattutto nel campo della formazione, aprendo, in particolare ai giovani medici, una serie di opportunità: dalla partecipazione ad eventi a progetti di ricerca e incontri istituzionali.

L'apertura all'Europa è perciò il tema che farà da sfondo a queste quattro giornate che ogni anno dedichiamo al confronto e alla discussione degli argomenti che più da vicino riguardano la nostra professione - intesa nella sua accezione più ampia di "salute globale della persona" - e delle problematiche che affliggono la nostra categoria e più in generale la nostra sanità nel suo complesso, in quest'ultimo difficilissimo inizio d'autunno.

Tra i temi di più acceso dibattito che troveranno spazio nel nostro Nazionale 2014 spicca il dibattito sulla **Pma/eterologa**, che lo scorso luglio ha visto la partecipazione dell'Aogoi al 'tavolo tecnico' del Ministero per la definizione di un documento condiviso dalle società scientifiche, per dare attuazione alla sentenza della Consulta. Ora, dopo l'approvazione, il 4 settembre scorso, delle linee guida sulla fecondazione eterologa da parte della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome - nell'attesa di una eventuale iniziativa parlamentare che recepisca, tra i vari aspetti, la direttiva europea - dovremo vigilare affinché nel più breve tempo possibile, attraverso gli strumenti regolatori più opportuni (un regolamento ministeriale oppure un regolamento governativo attuativo-integrativo deliberato dal

Consiglio dei Ministri), venga garantita un'attuazione quanto più omogenea e ratificata della procedura e il suo inserimento nei Lea. Solo uniformando prestazioni e sicurezza su tutto il territorio nazionale si può eliminare qualsiasi discriminazione di ordine economico e sociale tra i cittadini delle varie regioni. Un principio a cui si sono ispirate le linee guida su cui l'Aogoi si è applicata, con scrupolo e impegno, in un tavolo tecnico insieme alla Sigo, all'Agui e alla Società Italiana Ospedaliera Sterilità (Sios). Altro tema di cogente attualità riguarda l'**oncofertilità**, in particolare per la preservazione della fertilità della paziente oncologica, ambito nel quale partecipiamo ad un tavolo tecnico con la Sigo, che coinvolge diverse altre Società Scientifiche. L'obiettivo è quello di produrre un Documento che definisca sia gli aspetti scientifici, ovvero le corrette indicazioni rispetto alla preservazione della fertilità, sia quelli medico legali, per la realizzazione di una guida al Consenso informato quando si effettua questo tipo di procedura medi-



co-sanitaria. Sempre in questo ambito, un altro punto importante riguarda la definizione di un percorso multidisciplinare ottimale di assistenza a questi pazienti, attraverso specifiche linee guida e il coinvolgimento di un gruppo eterogeneo di specialisti che possa interagire, contribuendo ciascuno, con il proprio apporto di competenze.

Restando nel campo della **ginecologia oncologica**, vorrei ricordare che nel nostro Paese - a differenza di altre importanti realtà europee e agli Stati Uniti - non è ancora previsto uno **specifico percorso formativo** successivo alla specializzazione, al cui termine il medico possa ottenere una vera e autentica certificazione in relazione a questa importante e delicata branca ▶





Un momento significativo, di rinnovata armonia tra tutte le componenti della ginecologia italiana

Nicola Colacurci

Presidente Associazione Ginecologi Universitari Italiani (AGUI)

Per l'Agui il Congresso Sigo di Cagliari rappresenta un momento particolarmente significativo, in quanto è in questa sede che, dopo alcuni anni, verranno vissuti i momenti societari fondamentali (assemblea generale) e verranno delineate le linee programmatiche future.

La partecipazione piena dell'Associazione Ginecologi Universitari Italiani al Congresso di Cagliari è sicuramente espressione e testimonianza della rinnovata armonia che anima tutte le componenti della ginecologia italiana. Tante e complesse sono le problematiche della nostra specialità che solo una ginecologia

unita, compatta, conscia della propria forza, in cui siano evidenziate e sostenute le specifiche peculiarità, può rappresentare il più idoneo interlocutore con le istituzioni, con i mass media, o con le altre associazioni professionali.

Nei primi mesi del mio mandato l'Agui ha già condotto, in sinergia con l'Aogoi e la Sigo, progettualità importanti quali la creazione di un video, che potesse controbilanciare sull'opinione pubblica l'immagine offerta da "sedicenti" associazioni di avvocati, pronti al contenzioso medico-legale, o ancora la difesa del diritto di eseguire in tutte le strutture pubbliche accreditate, alla pari delle istituzioni private, la medicina della riproduzione in tutte le sue opzioni, omologhe ed eterologhe, al fi-

ne non solo di rendere disponibili tali servizi a tutte le fasce sociali, abbienti e non abbienti, ma anche al fine di permettere una reale formazione dei giovani in tale campo.

Voci autorevoli, anche non universitarie, fanno notare che l'Italia potrà superare la sua emipatia economica e invertire la tendenza recessiva solo se avrà la capacità di investire in tutti i campi sulla formazione dei giovani, non solo per esprimere eccellenze, che spesso si sviluppano a prescindere il contesto formativo istituzionale, ma soprattutto per elevare il livello base di formazione, in quanto il reale progresso si ottiene non tanto dallo sviluppo di eccellenze quanto dal miglioramento del livello di base globale.

Pienamente convinti di ciò, rite-

niamo che l'attuale "mission" dell'Agui debba essere la creazione di strumenti atti all'implementazione del livello base dei neo ginecologi e delle neo ostetriche, cercando di realizzare contemporaneamente un'omogeneizzazione del livello formativo su tutto il territorio nazionale.

Per realizzare ciò l'Agui ha bisogno del pieno coinvolgimento del mondo ospedaliero e territoriale, che deve sistematicamente far parte della rete formativa delle scuole di specializzazione in ginecologia ed ostetricia e dei corsi di laurea in ostetricia.

In tale ottica la sessione Agui, nell'ambito del Congresso, tratterà di formazione.

Sicuramente una delle problematiche maggiormente pressanti, che ci espone ad una visibili-

tà mediatica praticamente quotidiana, è da una parte l'alta incidenza, rispetto agli altri paesi europei, di tagli cesarei, dall'altra, l'incremento esponenziale di contenziosi medico-legali in sala parto.

Non volendo entrare nella disamina delle ragioni storiche, organizzative, clinico-assistenziali, mediatiche, che hanno portato a tale situazione, su cui la ginecologia tutta deve fare fronte comune nelle sedi opportune, sicuramente è attualmente necessaria una maggiore attenzione alle competenze in sala parto e alla loro formazione.

D'altra parte, anche se da una parte vi è la tendenza alla specializzazione, allo stato attuale il ginecologo neoassunto in una struttura ospedaliera, anche se espertissimo di oncologia o di uroginecologia, svolgerà gran parte delle sue ore lavorative in attività di pronto soccorso ostetrico e dovrà avere avuto pertanto un'adeguata formazione in tale campo.

La sessione Agui sarà pertanto dedicata a: "La formazione del futuro ginecologo in sala parto: criticità e prospettive". Tale sessione è strutturata in più momenti: la realtà attuale, in cui verranno illustrate, da specialisti, realtà differenti (una del Nord, una del Centro, una del Sud Italia), le criticità, ed infine le prospettive future, anche alla luce della realtà europea.

Spero che tale sessione sia particolarmente affollata perché dal livello di preparazione dei nostri giovani dipende il futuro di tutta la ginecologia italiana. **Y**



Il capitale umano è il seme della speranza

► della medicina. Esistono certo percorsi individuali, anche di qualità, ma sono costosi e "non possono essere la sola forma obbligatoria di formazione a causa della sostanziale mancanza di alternative, nell'ambito della formazione universitaria istituzionalizzata, in una parte consistente del Paese", come ha ben evidenziato il collega parlamentare Benedetto Fucci nel suo contributo su queste pagine. A lui va il mio personale e nostro ringraziamento per aver presentato una risoluzione relativa alla

ginecologia oncologica mirata a colmare questa grave lacuna nel nostro sistema di formazione della classe medica, il cui iter già avviato in questi giorni spero venga concluso a al più presto. **La "Scienza" sarà come sempre protagonista di numerose sessioni** che faranno il punto sugli ultimi avanzamenti scientifico-tecnologici nel campo della Chirurgia robotica, chirurgia laparoscopica, uroginecologia e difunzioni del pavimento pelvico, chirurgia miniinvasiva in oncologia ginecologica, diagnosi e screening prenatali.

Altre sessioni poi riguarderanno i temi sempre al centro della nostra pratica medica: il parto pretermine, la gestione delle emergenze in sala parto, l'emorragia post partum, l'approccio integrato ai fibromi uterini e il trattamento dell'endometriosi, il diabete in gravidanza, la contraccezione.

Il filo rosso che intreccerà le sessioni congressuali, come dichiarato fin dalla lettera d'invito dai presidenti del Congresso, è legato ai principi dell'Umanizzazione, del Benessere e dell'Innovazione applicati alla Ginecologia e Ostetricia.

Il benessere psico-fisico della donna, l'impegno nella lotta alla violenza sulle donne, l'atten-

zione alle fasce più vulnerabili della popolazione femminile, quali le donne straniere e le adolescenti, hanno sempre fatto parte del bagaglio culturale della nostra Associazione: appartengono alla sensibilità del ginecologo. Tutti noi sappiamo bene che non sono le sole qualità tecniche, skills e competenze, a fare di un medico un buon medico e questo è tanto più vero per ginecologo: il "custode" (per eccellenza) della salute femminile. Si tratta senz'altro di un privilegio, ma anche di una grande responsabilità, come ha ricordato il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin nella chiosa finale del suo articolo su questo numero affermando che: "La vostra leader-

ship e il vostro sostegno per la salute e il benessere possono fare un'enorme differenza", non solo per la popolazione femminile ma per tutti poiché attraverso le donne consente di contribuire al miglioramento dello stato di salute.

Altrettanta importanza verrà dedicata ad altri due fronti "caldi": il riordino dei punti nascita, che con la chiusura dei piccoli centri "insicuri" dovrà procedere a creare una sempre più solida rete di centri di eccellenza. E il **contenzioso medico-legale**, che con le sue devastanti conseguenze avvelena la nostra vita professionale (e privata), fa crescere a dismisura i costi dei premi assicurativi, non più sostenibili soprattutto dai colleghi più giovani, e grava sull'intera società, in termini di salute e di spesa, quando la medicina difensiva prende il sopravvento sulla buona medicina.

Vi invito perciò a seguire attentamente le **due sessioni dedicate agli aspetti medico legali** della nostra professione. Una sarà rivolta all'analisi delle più recenti sentenze in materia, l'altra a "Pe-

Paolo Scollo
Presidente SIGO

Come ogni anno, il Congresso Nazionale della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (Sigo), riunisce i ginecologi italiani e rappresenta un importante momento di confronto sia per le Società Confederate che per le numerose Società Scientifiche affiliate. L'evento fornisce occasione di aprire un significativo dibattito tra le varie parti della Ginecologia e dell'Ostetricia italiane e il mondo politico ed istituzionale. In questa occasione, la Sigo affronterà temi innovativi di vario genere, in ambito scientifico, socio-sanitario e politico, con un Programma elaborato con l'aiuto dei Presidenti del Congresso e articolato su quattro giornate di lavori.

In questo ultimo anno, la Sigo ha visto l'insediamento del suo Consiglio Direttivo, un cambiamento avvenuto nella continuità di ciò che era stato iniziato e intrapreso dal Direttivo precedente, rafforzando i canali di dialogo e collaborazione con le istituzioni, Agenas e Ministero della Salute.

Nel 2014 siamo stati coinvolti su più fronti a livello istituzionale, è nata con il Ministero l'intesa volta a redigere delle raccomandazioni/linee guida, richieste dal Ministero stesso, nell'ambito delle attività ispettive. In particolare, la Sigo si è occupata, mediante tre gruppi di lavoro, della definizione dei tre protocolli seguenti: Induzione del travaglio di parto con ossitocina e/o prostaglandine; Gestione del parto pretermine; Gestione della gravidanza plurima.

Un'altra collaborazione con il Ministero della Salute ha riguardato la revisione e la valutazione del Documento Sigo in merito alla "Raccomandazione per la prevenzione della morte e disabilità permanente in neonato sano di peso inferiore a 2500 grammi non correlata a malattia congenita".

La Società, inoltre, ha ritenuto fondamentale affrontare il problema della oncofertilità, cioè della preservazione della fertilità nel paziente oncologico, mediante l'istituzione di un tavolo tecnico specifico, riunendo le principali Società Scientifiche coinvolte nella gestione del paziente oncologico (Aiom, Cecos, Sibr, Sierr, Sifes, Sifr, Siog, Sios), che rappresentano i principali attori professionali nel percorso della gestione del paziente oncologico e della sua fertilità. In questo modo, l'obiettivo è quello di affrontare in maniera

Un'opportunità di dibattito tra tutte le parti della Ginecologia e dell'Ostetricia Italiane

■ "Il Congresso Nazionale Sigo vede riunite le Società confederate Sigo, Aogoi e Agui e tutte le Società Scientifiche affiliate e rappresenta un importante momento di confronto e dibattito tra i principali attori della Ginecologia Italiana e di dialogo con il mondo istituzionale, politico e civile. Inoltre, Il Congresso Nazionale Sigo è un importante strumento di aggiornamento scientifico per i Ginecologi Italiani"

organica il percorso del paziente, i problemi legati alla somministrazione del consenso informato e i protocolli da seguire. L'altro fronte su cui la Società si è impegnata e si sta impegnando è quello della Fecondazione eterologa, cooperando, unitamente alle altre Società Scientifiche di settore, ad esperti di settore e rappresentanti delle Regioni, per affrontare, insieme al Ministero, gli aspetti problematici derivanti dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 162/2014. In tal senso, la Sigo insieme alle Società Scientifiche di settore svolge un ruolo centrale di collaborazione da un lato con il Ministero e dall'altro con la Conferenza Stato Regioni. Un importante argomento intrapreso con il nuovo Direttivo, poi, è stato quello di rilanciare l'*Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics*, storica rivista scientifica della Sigo, passando da un formato cartaceo ad un formato elettronico online, in lingua inglese, con apposizione del numero ISSN sulle riviste, indicizzazione della rivista sui principali motori di ricerche e banche dati. Questo, in prospettiva, per rendere l'*Italian Journal* uno strumento di aggiornamento ed informazione più flessibile e attraente ed al passo con i tempi. La rivista si aprirà quindi al mondo internazionale con la finalità di implementare gli

scambi scientifici e culturali della ginecologia italiana con le varie realtà della ginecologia internazionale.

Il progetto è tuttora in corso e durante il Congresso viene presentato il primo numero del giornale nella nuove veste grafica. Inoltre, per incentivare i giovani ginecologi sia italiani che stranieri a pubblicare sull'*Italian Journal*, sono state intraprese diverse iniziative, una delle quali coinvolge anche il Congresso Nazionale. Infatti, dopo la valutazione da parte dei membri del Consiglio Direttivo delle dieci migliori relazioni/comunicazioni, verranno invitati gli autori di tali testi a scrivere un articolo sull'argomento relativo alla loro presentazione nei prossimi due numeri della rivista.

Infine, un impegno importante della Sigo, insieme alla sue

Confederate e al Collegio Italiano dei Chirurghi (Cic), è la problematica sulla responsabilità professionale. La nostra Società è sempre stata e sarà sempre in prima fila nel sostegno al ginecologo nell'intraprendere tutte le iniziative necessarie in tal senso sia con le istituzioni che nell'ambito del mercato assicurativo.

In particolare, inoltre, ricordo quanto è stato messo in atto dalla Sigo insieme alle Confederate per la riuscita dello sciopero nazionale dei ginecologi e delle ostetriche nel febbraio 2013, ripreso un anno dopo, nel 2014, durante la relativa Conferenza stampa, impegno che ribadisce il sostegno e il coordinamento costante che esiste tra la Sigo, le Confederate e il Cic per la tutela del ginecologo nell'ambito della responsabilità professionale.



Certo dell'interesse degli argomenti, dell'importanza della condivisione e del reciproco scambio di opinioni e di esperienze tra le varie parti che rappresentano e interagiscono con la Ginecologia e l'Ostetricia Italiane, auspico da parte di tutti voi una piena e attiva partecipazione ai lavori congressuali".



■ In questo ultimo anno, la Sigo ha visto l'insediamento del suo Consiglio Direttivo, un cambiamento avvenuto nella continuità di ciò che era stato iniziato e intrapreso dal Direttivo precedente, rafforzando i canali di dialogo e collaborazione con le istituzioni, Agenas e Ministero della Salute





A colloquio con il segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera

“Dal congresso un messaggio di incoraggiamento ai giovani: non fuggite dalla nostra specialità”

Professor Chiantera l'Aogoi sta per inaugurare il suo 54° congresso nazionale forte dei risultati importanti ottenuti in questi ultimi mesi. L'impegno sul fronte della responsabilità professionale – dal lavoro svolto con le Commissioni sanità di Camera e Senato per il varo di un Ddl unificato alla creazione del primo Network europeo di Ginecologia e Ostetricia – è stato incessante. E fruttuoso.

Certamente siamo orgogliosi dei risultati ottenuti, ma un aspetto che ritengo importante evidenziare è che per la prima volta percepiamo davvero una sensibilità politica a risolvere i problemi della nostra categoria. Questo, soprattutto nei momenti di grande transizione come l'attuale, non è un aspetto trascurabile. Per la prima volta sono apparsi con chiarezza gli effetti devastanti del contenzioso medico legale. Uno su tutti: la medicina difensiva, che nuoce ai pazienti e costa

allo Stato cifre esorbitanti che oscillano tra i 14 e i 15 miliardi di euro l'anno. Un problema che un governo molto attento al risparmio e alla riduzione della spesa pubblica sta finalmente affrontando.

E ancora, per la prima volta, possiamo contare sulla piena disponibilità delle Commissioni sanità di Camera e Senato, che hanno dimostrato un'ampia e totale condivisione delle nostre necessità e dichiarato di volerci aiutare (non solo ascoltare). Lo stesso ministro della Salute ha offerto la sua totale disponibilità ad affrontare il problema. La classe politica ha elaborato 7 progetti di legge sulla responsabilità professionale che per volontà del ministro sono stati unificati, con un ampio, direi determinante, contributo dell'Aogoi.

Le premesse sono buone, ci vuole ancora più determinazione e coraggio per risolvere i problemi. Da parte nostra e da parte della classe politica.

Anche a livello europeo non è mancata

altrettanta “sensibilità politica” verso le vostre istanze.

Sì, siamo andati a Bruxelles per essere ascoltati. E abbiamo ottenuto qualcosa di più del solo “ascolto”. Il Commissario europeo ha partecipato alla conferenza europea promossa dall'Aogoi, tenendo a battesimo, per così dire, il Network di ginecologia e ostetricia da noi promosso e sollecitando le istituzioni italiane affinché la cosiddetta “colpa medica” assuma una nuova fisionomia, un nuovo contorno. Credo che le istituzioni europee si siano rese pienamente conto che devono contribuire all'omogenizzazione delle diverse regolamentazioni a tutela sia dei medici che dei pazienti.

Rete punti nascita, assicurazioni, medicina difensiva, business della malasani- tà, cattiva informazione e sensazionalismo da parte dei media: sono le grandi questioni aperte su cui l'Aogoi non getta la spugna.

Certo, perché sono le malattie da curare, nuocciono all'intera società – medici, pazienti, istituzioni – e pesano sulla spesa pubblica in modo insostenibile. Se è vero, come è vero, che la quasi totalità dei processi penali si conclude poi con un nulla di fatto, ovvero con l'assoluzione del medico o l'archiviazione ci troviamo di fronte a una spesa “allucinante”. Quanto costano questi processi “evitabili”, “inutili”, allo Stato, a noi cittadini? I costi probabilmente sono ancora più alti di quelli provocati dalla medicina difensiva, a cui oltretutto vanno sommati. Ecco che allora si comprende come una legge, una buona legge che tuteli il malato e restituisca serenità al medico – risolutiva in questo senso – non sia procrastinabile.

Quando affrontiamo il tema della responsabilità professionale spesso tiriamo in ballo il paragone con i magistrati. Questo non accade perché ce l'abbiamo con

Isola donna al centro del mondo medico e sociale

Identità, aspettative e speranze del Ginecologo in un mondo che cambia

Ho provato ad immaginare che cosa si aspetta un/una collega che parteciperà al nostro imminente Congresso. Ritengo che le aspettative di ciascuno siano imprescindibilmente legate al contesto in cui opera. Anche il genere e l'età potranno configurare attese e richieste diverse.

Tutti però si aspettano due cose: di tornare a casa accresciuti dal punto di vista scientifico e formativo e di sentire dall'Associazione qualche parola rassicurante circa il proprio futuro e la propria serenità professionale. Penso che entrambe le aspettative non andranno deluse

Sandro M. Viglino
Vice Presidente AOGOI

Il Congresso nazionale di Cagliari cade in un momento particolare della nostra professione che rispecchia poi il momento particolare che sta attraversando il Paese intero. Se avessi dovuto scrivere questo articolo in occasione del Congresso di Napoli del 2013 probabilmente avrei rischiato di ricorrere allo stesso incipit ma, a pensarci bene, mai come questa volta esso

risulta così appropriato.

Chi come me fa il ginecologo ormai da molti anni e che, per varie vicissitudini di vita e professionali, ha avuto l'opportunità di conoscere sia la realtà universitaria che quella territoriale ed ospedaliera non può fare a meno di voltarsi indietro ed osservare come e quanto è cambiato il nostro “mestiere” e, di conseguenza, la donna che abbiamo di fronte. Una donna davvero al centro del mondo medico e sociale, un mondo però molto

cambiato in cui siamo tutti un po' più disorientati e confusi. Noi professionisti, mai come in



questi anni in trincea ed in lotta contro dirigenze amministrative sempre più lontane e matrigne, burocrazie sempre più pervasive, normative e leggi sempre più arcigne e condizionanti. Le donne mai come in questi anni chiamate a ruoli di responsabilizzazione e di protagonismo nella società, sul lavoro, in famiglia che se da un lato le stanno fortificando e, in effetti, le hanno fortificate, dall'altro le hanno rese più fragili e sole in un'epoca in cui molte certezze e molti





Dal Piano Fazio ad oggi sono passati quasi 4 anni! Le gravissime criticità nella rete dei nostri punti nascita sono state bene evidenziate, ma da allora poco o nulla è stato fatto. La domanda è: di chi è la responsabilità?

la Magistratura, ma perché è un paragone calzante: la legge sulla responsabilità del magistrato, in uno dei suoi articoli, afferma che il giudice è costretto a decisioni delicatissime e che pertanto deve essere tutelata la sua serenità. E noi medici, non lo siamo altrettanto? Non viviamo momenti di uguale drammaticità? L'unica differenza è che mentre il giudice può passare anche notti e giorni a riflettere per prendere decisioni noi abbiamo alcune ore, se non alcuni minuti, per prendere decisioni che non inficiano la libertà bensì la salute, determinando la vita o la morte oppure l'handicap dei nostri pazienti. Quello che ci aspettiamo è che la stessa sensibilità dimostrata per i giudici, da noi pienamente condivisa, venga dimostrata anche nei confronti di noi medici. Forse ci siamo vicini.

Riforma dei punti nascita. Punto a capo? Dal Piano Fazio, ovvero dall'approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni delle linee d'azione che avrebbero dovuto portare a una razionalizzazione/riqualificazione del percorso nascita sono passati quasi 4 anni! Le gravissime criticità nei livelli minimi assistenziali dei nostri punti nascita sono state bene evidenziate ma... Ma da allora poco o nulla è stato fatto. La domanda è: di chi è la responsabilità? Del Ministro, dei Direttori generali, delle Regioni? Sicuramente non dei medici, prestatori di un'assisten-

za difficile - prestata in condizioni che lo stesso Ministro di allora riconosceva "inaccettabili".

Una sessione di questo congresso, da lei fortemente "sponsorizzata" sarà dedicata al contenzioso. Nel corso della sessione verranno discusse alcune delle perizie e consulenze tecniche d'ufficio più originali e interessanti che lei ha sollevato nel corso di questi mesi. Ci spieghi meglio.

Ho invitato tutti coloro in possesso di consulenze particolarmente interessanti a trasmetterle alla segreteria Aogoi. Le abbiamo esaminate e selezionate con l'obiettivo di discuterne la qualità, valutarne il valore scientifico. Quale luogo migliore del nostro congresso nazionale per una disamina di questo tipo?

Vogliamo mandare un messaggio chiaro ai consulenti tecnici d'ufficio che sono, e bene sottolinearlo, gli "ausiliari" del magistrato nonché (quasi sempre) nostri colleghi o medici legali. Il messaggio a questi colleghi è che adottino la massima serietà e rigore scientifico nella stesura dei loro elaborati perché la nostra Associazione da questo momento in poi raccoglierà le loro perizie e le valuterà con rigore scientifico, evidenziandone pregi e difetti. A volte, per fortuna non così spesso, accade che alcuni Ctu si lancino in "voli pindarici", non suffragati da nessuna letteratura internazionale, non

comprovati da nessuna sperimentazione: perizie e consulenze siffatte provocano un grave nocimento ai medici, in termini di immagine, legali e assicurativi.

L'Aogoi ha sempre attribuito molta importanza all'informazione, prova ne sia questo giornale, ormai venticinquenne. Secondo lei i medici attribuiscono la giusta considerazione alla comunicazione e al dialogo con il/la paziente?

Siamo tutti consapevoli che una corretta informazione da parte dei medici influisce positivamente sul rapporto medico-paziente e in definitiva sul contenzioso medico legale. Se impiegassimo un po' più del nostro tempo a spiegare determinate situazioni ai nostri pazienti sicuramente avremo da parte loro maggior collaborazione e risposte positive. Il fatto è che noi dialoghiamo poco, sempre meno, con i nostri pazienti. E la colpa è anche un po' nostra. Un po', non tutta. Molte regioni, per esempio, hanno ridotto il tempo previsto per la visita, che nei consultori e centri pubblici viene effettuata in uno tempo stabilito. Stabilito dal manager, che ne riduce il tempo per permettere più visite. E meno tempo significa meno dialogo con le nostre pazienti. In questo contesto il progetto Aogoi di organizzare corsi per far acquisire specifiche competenze pedagogiche nella comunicazione medico-paziente viene vanificato.

È necessario contrastare il mito della cosiddetta "medicina miracolistica". La medicina non potrà mai esserlo. Il problema è che spesso i pazienti scambiano la bravura, la professionalità del medico con una specie di onnipotenza. Noi possia-

mo essere bravi, preparati, capaci di un buon dialogo con i nostri pazienti, possiamo mettere in atto tutti quegli strumenti necessari per proteggerne la vita, nel nostro caso quella della madre e del bambino, ma non potremo mai dare garanzie di vita e buona salute. La complicità è insita in ogni atto medico. Si pensi solo al fatto che per anni sono stati prescritti farmaci rivelatisi poi pericolosi, grazie ad approfonditi studi sulle complicanze che man mano si rivelavano.

Un'ultima domanda d'obbligo: i suoi auspici per questo congresso.

Mi auguro che da questo congresso esca soprattutto un messaggio di incoraggiamento ai giovani che intraprendono gli studi di medicina: non fuggite dalla nostra specialità!

Questa generazione sta cercando di cambiare un "habitat" diventato insostenibile per ricrearne uno nuovo in cui il dialogo, la fiducia, il rapporto medico-paziente recuperi il valore che aveva in un passato non troppo lontano. La super-specializzazione e l'impetuosa crescita delle applicazioni tecnologiche hanno contribuito a far perdere di vista l'importanza di questa relazione interpersonale, bidirezionale, che ha una natura molto particolare.

I medici non devono fornire solo una prestazione sanitaria di qualità ma anche essere capaci di trasferire ai loro pazienti sentimenti positivi, di affetto e perché no anche di amore. I tanti episodi di "malasanità" ampiamente diffusi dai media sono in parte l'espressione da parte del paziente di una sensazione di "abbandono". Non dobbiamo dimenticarcelo. **V**

"Le iniziative avviate in questi ultimi mesi influiranno sulla nostra vita societaria in modo duraturo"



La creazione del Network europeo di ginecologia e ostetricia e il potenziamento del ruolo della Fondazione Confalonieri Ragonese: due iniziative che danno prestigio alla nostra Associazione e faranno fare un salto di qualità a tutta la ginecologia italiana

Elsa Viora

Vice Presidente AOGOI

Eccoci di nuovo qui al nostro consueto appuntamento annuale: il nostro Congresso Nazionale a Cagliari. Purtroppo quest'anno su questo incontro così importante grava un sentimento di tristezza, di malinconia e concedetemelo, anche di rabbia per l'impotenza della medicina, per la improvvisa scomparsa di Angelica Zoppi. Non posso fare a meno di in-

cominciare questo pezzo pensando a lei, alla sua dolcezza, alla sua disponibilità, ma anche alla sua preparazione, alla sua professionalità....Pensando ad Angelica e al suo entusiasmo, mi accingo ora ad assolvere al mio compito: che cosa è stato fatto in Aogoi dall'ultimo congresso? Certamente molto, moltissimo. Non voglio tediare con un elenco di ciò che la nostra Società, la nostra "mamma Aogoi", ha fatto in questi ultimi mesi. Mi fa piacere però far emergere due

aspetti che ritengo fondamentali e che condizioneranno la nostra vita societaria spero in modo duraturo: la creazione del network europeo di ginecologia e ostetricia e il ruolo della Fondazione Confalonieri Ragonese nella stesura di documenti comuni e veramente condivisi fra le tre Società di Ostetricia e Ginecologia Sigo-Aogoi-Agui. La creazione del network europeo di ginecologia e ostetricia, di cui la conferenza a Roma il 2 luglio è stato il momento crucia-

le, è senz'altro un'iniziativa che pone l'Aogoi in una dimensione europea con un ruolo che fa onore a tutti noi. È stata una giornata intensa, con interventi che hanno dimostrato quanto il problema della responsabilità professionale ed assicurativo sia comune, seppure con diversificazioni locali, a tutti i Paesi europei. È emersa in modo chiaro la volontà di lavorare insieme per una sanità europea più omogenea e migliore.

Il protocollo d'intesa siglato dall'Aogoi, con la firma del nostro Presidente prof. Vito Trojano, con le Associazioni consorelle di Francia, Belgio, Malta e Spagna cui ha dato piena adesione anche la Gran Bretagna, seppure impossibilitata ad essere rappresentata a Roma in quel giorno, prevede due importanti obiettivi:

1) la costituzione di un network delle Società Scientifiche di Ginecologia e Ostetricia degli Stati membri allo scopo di promuovere una legislazione europea che tuteli medici e pazienti;

2) la creazione di un'Agenzia europea che effettui un monitoraggio del rischio clinico creando una rete fra le Agenzie naziona-

► **Segue a pagina 11**





Bio-Oil® è l'olio dermatologico che aiuta a migliorare visibilmente cicatrici, smagliature e a uniformare il colorito della pelle in caso di discromie. Bio-Oil® è a base di oli naturali, vitamine e contiene l'innovativo ingrediente PurCellin Oil™. Per informazioni dettagliate sul prodotto e i risultati dei test clinici, visiti il sito www.bio-oil.com o contatti Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722. Bio-Oil® è il prodotto specializzato nel trattamento di cicatrici e smagliature **N° 1** in Italia*. €11,95 (60 ml), €19,95 (125ml).

“Le iniziative avviate in questi ultimi mesi influiranno sulla nostra vita societaria in modo duraturo”

► **Segue da pagina 9** li e locali degli Stati Membri, simile a quanto già previsto per il monitoraggio anti-riciclaggio. Le finalità che ci si pone sono essenziali per dare finalmente voce alle richieste di avere condizioni di lavoro più serene, ciò a beneficio non solo di noi operatori sanitari, medici e ostetriche, ma anche e soprattutto per le donne che si rivolgono a noi. Il percorso sarà impegnativo e richiede la partecipazione delle sedi istituzionali opportune al fine di giungere a strumenti legislativi comunitari da attuare con efficacia nelle varie realtà di lavoro. Ci auguriamo che il semestre di Presidenza italiana possa portare a risultati concreti nel minor tempo possibile. Quanto al secondo aspetto, la produzione di documenti che siano di aiuto concreto alla no-

stra attività clinica è un compito che le Società Scientifiche si devono assumere e il fatto che tale ruolo venga assunto insieme da Sigo-Aogoi-Agui, con il braccio esecutivo della Fondazione, dà certamente una valenza importante ed emblematica dell'unità della ginecologia italiana. Come il Presidente della Fondazione, prof. Fabio Sirimarco, ha ben definito fin da subito, tali documenti saranno e devono essere differenziati, a seconda delle modalità di stesura e delle finalità che si propongono, in dichiarazioni, opinioni e linee guida. Le linee guida sono spesso oggetto di discussione anche al nostro interno, ma certamente rappresentano uno strumento di lavoro indispensabile nella nostra pratica clinica ed un elemento di confronto a cui non possiamo rinunciare. Credo che talvolta dimentichiamo quale è la funzione per cui sono nate e quale sia la loro definizione: “raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso

un processo sistematico allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche”. Esse non sono la panacea per tutti i mali, ma neanche il male da cui fuggire. Se noi ri-diamo alla linee guida la loro funzione originaria, non possiamo esimerci dal riconoscere che, di fatto, tutti i giorni esse ci sono di supporto. È essenziale la discussione al no-

mente Sigo-Aogoi-Agui rappresentano in modo più che adeguato tutte le componenti della ginecologia italiana, più avrà peso in qualunque situazione sia essa citata e/o utilizzata. La decisione di far convergere nella Fondazione Confalonieri Ragonese l'istituzione atta a redigere le linee guida è funzionale a raccogliere le competenze di tutti: ospedalieri, universitari, territoriali. Solo unendo le forze, purtroppo sempre meno in quanto

È essenziale che le linee guida siano prodotte e validate dal maggior numero possibile di professionisti. La decisione di far convergere nella Fondazione Confalonieri Ragonese l'istituzione atta a redigere le linee guida è funzionale a raccogliere le competenze di tutti: ospedalieri, universitari, territoriali

stro interno e il confronto con altre realtà (altre Società Scientifiche, associazioni di pazienti, ecc) come una corretta stesura richiede, ma è altrettanto essenziale che le linee guida siano prodotte e validate dal maggior numero possibile di professionisti. Più una linea guida è redatta dal maggior numero possibile di Società, ed in questo certa-

siamo sempre più assorbiti dall'attività clinica, potremo produrre dei documenti validi e condivisi.

Ben conscia di aver affrontato solo una minima parte di quanto l'Aogoi ha fatto nel corso di quest'anno, mi auguro di vederci a Cagliari numerosissimi ed entusiasti, nonostante tutto, del nostro lavoro. **Y**



Identità, aspettative e speranze del Ginecologo in un mondo che cambia

► **Segue da pagina 8** punti di riferimento sono venuti a mancare. Un Congresso nazionale di Ginecologi dovrebbe partire da questa realtà per non apparire fuori contesto e lontano dalle aspettative di chi si rivolge a noi con speranza e ottimismo, alla ricerca spasmodica di interlocutori affidabili e rassicuranti. Organizzare iniziative congressuali è diventato oggi sempre più difficile, sempre più faticoso e soprattutto costoso e questo, anche se da un lato ha contribuito a “moralizzare” un aspetto della professione che forse in passato aveva eccessivamente largheggiato, ha di fatto ridotto quelle occasioni di incontro che per i medici hanno da sempre rappresentato, oltre che un importante strumento di formazione e di aggiornamento, anche un modo per scambiarsi opinioni, esperienze, suggerimenti o semplicemente un abbraccio: anche questo è importante per chi fa il nostro lavoro. Nessuna formazione a distanza potrà mai sostituire il valore umano e collettivo di questi in-

contri. Ma poiché anche queste occasioni sono diventate più rare occorre ben sfruttare quelle che si riescono a realizzare e questa di Cagliari non può essere sprecata. Ho provato ad immaginare che cosa si aspetta un/una collega che parteciperà al nostro imminente Congresso. Ritengo che le aspettative di ciascuno siano imprescindibilmente legate al contesto in cui opera. È evidente che l'area “geopolitica” di provenienza rappresenta già un primo elemento di considerazione. Chi lavora in un contesto politico-sociale-organizzativo di buon livello sarà alla ricerca di conferme professionali e scientifiche innovative, di parole-chiave da spendersi nell'ambito lavorativo e su cui investire. Chi esercita in aree meno avanzate dal punto di vista economico o politico-gestionale cercherà risposte alle proprie disillusioni e indicazioni su come contribuire a migliorare gli standard qualitativi alla base del suo operare. E così le aspettative e le domande differiranno a seconda che si operi in un grande ospedale di un'importante città

o in un ospedale di più modesto rilievo in una realtà di provincia. Oppure se si lavora in una realtà territoriale (consulenziale e ambulatoriale) dove le risorse dedicate crescono solo sulla carta ma non negli atti concreti, per cui si deve arrancare faticosamente al fine di garantire ad un'utenza sempre più in crescita quelle prestazioni che le leggi, le direttive, ma soprattutto la coscienza professionale, impongono. Ed anche il genere potrà configurare attese e richieste diverse. Alla nostra branca specialistica

Nessuna formazione a distanza potrà mai sostituire il valore umano e collettivo di questi incontri. E poiché le occasioni sono diventate più rare occorre ben sfruttare quelle che si riescono a realizzare, e questa di Cagliari non può essere sprecata

hanno avuto accesso, soprattutto negli ultimi dieci-quindici anni, molte colleghe di cui molte brave, determinate, molto impegnate nel lavoro e anche nella carriera, facendo pesanti sacrifici per conciliare gli obblighi professionali con quelli familiari. Che cosa si aspettano dal Congresso? Magari di verificare il peso del loro ruolo in una professione che è sempre stata tradizionalmente maschile e ascol-

tare messaggi chiari che inizino a declinare al femminile quegli stereotipi, non in virtù di rivendicazioni veterofemministe che non avrebbero alcun senso ma della consapevolezza di quanto sono mutate le caratteristiche identitarie della nostra specialità. Ed infine l'età risulta elemento discriminante. I più giovani orienteranno il loro interesse ed entusiasmo verso i contenuti scientifici, reclamando giustamente maggior spazio (e ciò è stato tenuto in considerazione nella scelta dei relatori). Chi si avvia invece verso il termine del percorso lavorativo sarà maggiormente interessato ai temi professionali, per cercare di tenere ancora vivi quegli entusiasmi alla base della propria scelta di vita.

Tutti però si aspettano due cose: di tornare a casa accresciuti dal punto di vista scientifico e formativo e di sentire dall'Associazione qualche parola rassicurante circa il proprio futuro e la propria serenità professionale. Penso che entrambe le aspettative non andranno deluse. La scelta dei temi scientifici ha tenuto conto dell'esperienza e delle capacità dei relatori (il cui numero è stato ulteriormente ridot-

to rispetto alle precedenti edizioni) che si impegneranno per trattare con originalità e innovazione anche i temi più usuali. **Per Aogoi sarà l'occasione** per far conoscere il grande impegno profuso in quest'ultimo anno, grazie alla costanza del suo Presidente Vito Trojano e del suo Segretario nazionale Antonio Chiàntera, in relazione alle questioni che da tempo minano la serenità e la tranquillità professionale di tutti noi, a qualsiasi livello: la crescita esponenziale dei contenziosi medico-legali, il vero e proprio “strozzinaggio” attuato dalle compagnie assicuratrici, la difficoltà di far comprendere le nostre ragioni laddove le decisioni vengono assunte. Quando sento o leggo di qualche collega che non si sente più rappresentato dall'Associazione perché “non fa niente per me”, mi verrebbe da chiedergli se si informa davvero e direttamente su quello che Aogoi sta facendo, se legge quanto viene scritto su questo giornale e sulla stampa nazionale. Vorrei rispondergli mutuando la famosa esortazione di J.F. Kennedy “non chiedete cosa possa fare l'Associazione per voi ma che cosa voi potete fare per l'Associazione e per tutti gli altri colleghi”. Perché Aogoi non è una lobby politico-affaristica dai connotati opachi ma una casa di vetro in cui tutti i ginecologi sono accolti e rappresentati e dove la forza dell'Associazione è la forza dei suoi associati, dove non esiste “l'uomo della Provvidenza” che tutto risolve ma dove “la Provvidenza” siamo noi. **Y**



“La vostra leadership e il vostro sostegno per la salute e il benessere femminile possono fare un'enorme differenza”

Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

L'attenzione alla salute della donna è ormai da tempo strategia politica e dibattito centrale di tutte le Conferenze internazionali a partire da quella di Pechino del 1995, alle Risoluzioni dell'Unione Europea, a quelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Deve essere impegno di tutti contribuire alla realizzazione di una politica di riferimento unitaria a sostegno di un'azione trasversale ai governi e alle società per la salute e il benessere.

Riconoscere le differenze non solo biologiche ma anche relative alla dimensione sociale e culturale del genere è essenziale per delineare programmi ed azioni, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca, per analizzare i dati statistici.

La dimensione di genere inoltre – come sottolinea l'Oms – è ineludibile per un efficace contrasto alle disuguaglianze. Infatti, le disuguaglianze nella salute sono legate all'appartenenza a classi sociali svantaggiate, alla povertà, all'età, ma da tutti questi punti di vista le donne continuano ad essere le più sfavorite.

La salute della donna è un tema che mi sta particolarmente a cuore perché sono fermamente convinta che tutelare la salute della donna significa tutelare la salute di un'intera famiglia. Per questo la salute della donna è al centro del semestre di Presidenza italiana dell'UE, nel quale sto guidando la Commissione salute e il prossimo 2-3 ottobre a Roma ho previsto una Conferenza ministeriale europea ad hoc dal titolo “La salute della donna: un approccio *life-course*”, quale occasione di confronto, riflessione e scambio tra i vari Stati

Conto molto sulla partecipazione e la collaborazione attiva di tutti voi che ricoprite differenti ruoli istituzionali, sociali e sanitari alla definizione di strategie finalizzate alla tutela della salute della donna



La salute della donna è al centro del semestre di Presidenza italiana dell'Ue nel quale sto guidando la Commissione salute e il prossimo 2-3 ottobre a Roma ho previsto una Conferenza ministeriale europea ad hoc dal titolo “La salute della donna: un approccio *life-course*”, quale occasione di confronto, riflessione e scambio tra i vari Stati Membri sulle tematiche della salute femminile nelle diverse fasi della vita

Membri sulle tematiche della salute femminile nelle diverse fasi della vita: dall'adolescenza alla senescenza, passando per l'età fertile e la menopausa. Un'occasione per mettere a fuoco alcuni temi che rivestono un ruolo fondamentale dal punto di vista delle azioni per la promozione della salute della donna e per la prevenzione

primaria e secondaria di esiti sfavorevoli. In particolare, infatti, si parlerà di: stili di vita, salute sessuale, salute riproduttiva e tumori femminili.

Per ogni tema si procederà alla presentazione dello stato dell'arte nell'Unione Europea, effettuando poi alcuni approfondimenti specifici (tra questi anche endometriosi, salute preconce-

zionale e prevenzione della fertilità in giovani pazienti oncologiche) per poi aprire una discussione/condivisione delle esperienze concrete di attuazione nelle politiche dei vari Stati Membri con i Ministri o loro de-

legati intervenuti. A questi si affiderà il compito di farsi portavoce nei propri Paesi per il miglioramento e il sostegno delle strategie condivise in tema di salute della donna, anche attraverso la diffusione delle conclusioni della Conferenza.

Per quanto riguarda il nostro Paese, conto molto sulla partecipazione e la collaborazione attiva di tutti voi che ricoprite differenti ruoli istituzionali, sociali e sanitari alla definizione di strategie finalizzate alla tutela della salute della donna.

Dobbiamo garantire ad ogni donna, nell'ambito dell'organizzazione regionale delle cure, un idoneo percorso che le consenta di accedere con facilità al livello di cura più adeguato e completo al suo caso, considerando che ogni fase della sua vita ha bisogno di cure diversificate.

La dimensione di genere nella salute è una necessità metodologica, analitica, ma è anche strumento di governo e di governance. Studiare e capire le differenze di genere, quindi, è elemento essenziale per il raggiungimento delle finalità stesse del nostro sistema sanitario, per garantire che vengano identificati gli indicatori di equità di genere, fino ad oggi non riconosciuti o sottostimati.

Questi indicatori devono essere utilizzati nei programmi e nelle politiche, nella raccolta dei dati epidemiologici, demografici e statistici e nella valutazione dei risultati.

In quest'ottica, il Ministero della Salute favorisce e supporta ogni intervento finalizzato ad innalzare la qualità e l'appropriatezza degli interventi sanitari.

Allo scopo di contribuire a risolvere criticità nodali in merito, il Ministero della salute ha elaborato strategie di promozione della salute delle donne mirate a:

- meglio definire procedure per l'inclusione degli aspetti di genere nella raccolta e nella elaborazione dei flussi informativi centralizzati e periferici
- elaborare, in un'ottica di genere, Raccomandazioni su prevenzione, osservazione diagnostica, trattamento e riabilitazione
- individuare, nella ricerca, tematiche sulla prevenzione e sui fattori di rischio collegati ad alcune patologie emergenti tra la popolazione femminile (patologie cardiovascolari, patologie psichiche, ecc.), nonché sulle procedure di selezione dei campioni nelle sperimentazioni dei farmaci (inclusione delle donne nei trials clinici, differenziazione dei risultati per sesso, indica-

zioni e prevenzione della fertilità in giovani pazienti oncologiche) per poi aprire una discussione/condivisione delle esperienze concrete di attuazione nelle politiche dei vari Stati Membri con i Ministri o loro de-



Il ginecologo deve sempre più acquisire la capacità di inserire la propria professionalità nel contesto della salute globale della persona, anche seguendo idonei percorsi formativi

zione di genere sugli effetti correlati ai prodotti farmaceutici)

- stimolare le istituzioni formative (Università, Istituti di ricerca, ecc.) perché sviluppino studi di medicina di genere
- promuovere l'empowerment delle donne
- promuovere Raccomandazioni per affrontare in modo uniforme e unitario gli aspetti della violenza contro le donne, a partire dal contrasto e dalla prevenzione, dalla qualità e dai modelli operativi dei servizi, dall'aggiornamento degli operatori
- promuovere il miglioramento degli aspetti dell'igiene ambientale e del lavoro che incidono in particolare sulla salute riproduttiva delle donne.

All'interno del complesso progetto di salute di genere, attenzione particolare è dedicata alla salute sessuale e riproduttiva. Il nostro sistema sanitario nazionale assume come priorità l'educazione dei giovani sui temi della

sessualità, della riproduzione, della promozione di competenze di vita, attitudini positive e valori come il rispetto di sé e per gli altri, l'autostima, il senso di responsabilità; la riduzione delle gravidanze nelle adolescenti; la prevenzione dell'Ivg; la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, in particolare dell'Hiv.

A proposito della tutela della maternità e della promozione dell'appropriatezza del percorso nascita, al fine di uniformare su tutto il territorio nazionale le prestazioni a tutela della donna e del bambino, le Regioni e le Province autonome possono predisporre progetti finalizzati a favorire il parto naturale e umanizzare l'evento nascita anche attraverso il miglioramento dell'assistenza ostetrico e pediatrica-neonatologica. Tutto ciò in linea con quanto definito nell'Accordo Stato-Regioni del 16-12-2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il migliora-

mento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", in cui, come ben sapete, si propone un Programma nazionale, articolato in 10 linee di azione, 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. Il Comitato Nazionale ed altrettanti Comitati Regionali devono continuare a svolgere azioni di coordinamento, impulso e verifica sull'implementazione dell'Accordo stesso. Voglio ribadire che la promozione della salute, la prevenzione ed il trattamento delle principali patologie ginecologiche devono essere garantiti attraverso una completa integrazione dei servizi dei diversi livelli operativi in piena sintonia con tutte le politiche e lungo tutte le fasi della vita.

È necessario che l'offerta di interventi faccia parte di una ben definita strategia orientata da identificati obiettivi generali e specifici, nonché da un processo di promozione della salute che aiuti la persona ad arricchire le proprie competenze per effettuare scelte più consapevoli (Empowerment).

Nel nostro sistema sanitario è indispensabile prevedere una maggior attenzione rivolta a favorire l'offerta attiva delle misure preventive, attraverso la massima integrazione tra i servizi ambulatoriali, sociali e socio-assistenziali del Distretto Sanitario e le altre strutture facenti capo al settore Materno Infantile.

La realizzazione di un proficuo e serio rapporto territorio/ospedale, anche nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile, deve basarsi sulla complementarità dei diversi servizi nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità, da realizzare attraverso ben definiti progetti che vedano coinvolti diversi ambiti operativi e attraverso lo sviluppo di programmi di aggiornamento permanente, alla luce degli in-

dicatori di esito e di processo.

La promozione della salute delle donne è un impegno ed una responsabilità interistituzionale ai fini di una strategia di azioni intersettoriali, nel momento in cui la donna è ormai riconosciuta caregiver della famiglia e, in senso lato, della società attuale. A tal fine il ginecologo deve sempre più acquisire la capacità di inserire la propria professionalità nel contesto della salute globale della persona, anche seguendo idonei percorsi formativi.

La salute è un prerequisito per lo sviluppo sociale ed economico. La crisi finanziaria che sta colpendo in modi diversi numerosi Paesi può compromettere seriamente lo stato di salute della popolazione. Ma, come ogni crisi, può anche rappresentare un'opportunità per interrogarsi e provare a fare meglio e di più per la salute delle persone. Tutti i settori e tutti i livelli di governo si devono impegnare alla creazione di salute. La vostra leadership e il vostro sostegno per la salute e il benessere possono fare un'enorme differenza non solo per la popolazione femminile poiché attraverso le donne consente di contribuire al miglioramento dello stato di salute di tutta la popolazione. **Y**

Intimate beauty care



Detergere, idratare, nutrire. Da oggi c'è un nuovo modo di prenderti cura della parte più intima di te.

Non sempre ci pensiamo, ma non sono solo le parti del corpo più esposte e visibili a risentire degli effetti del tempo, della perdita di tono e di elasticità e del bisogno di idratazione. Anche le nostre parti più delicate, proprio come il viso, meritano cura, attenzione e amore. Ecco perché Zambon, esperta della salute femminile, ha messo a frutto la sua esperienza farmaceutica per creare Monurelle, la prima linea di trattamento che deterge, idrata e nutre le tue parti più intime, portando loro una nuova bellezza.

Per idratare o nutrire mentre detergi, scegli Monurelle HYDRA o Monurelle NUTRI, ricchi di oli essenziali e preziose vitamine. Per rigenerare le mucose c'è Monurelle CREAM, la crema morbida e nutriente. Infine, i delicati fazzolettini di Monurelle POCKET sono sempre pronti a darti un'intima naturale freschezza.



IN FARMACIA
monurelleintimatebeautycare.it



Monurelle

Zambon

EFFIprev

2 mg Dienogest / 0.03 mg Etinilestradiolo



EFFIprev 1 x 21 cpr

EFFIprev 3 x 21 cpr

La riforma della responsabilità medica, una conquista di civiltà e di dignità

Pierpaolo Vargiu

Presidente della Commissione Sanità della Camera

Ringrazio Aogoi, Sigo e Agui per avermi invitato a questa preziosa occasione d'incontro. Lo faccio con piacere vero, rafforzato dall'amicizia e dalla collaborazione che ho ampiamente ricevuto e dall'orgoglio che una manifestazione così importante abbia sede nella mia città: sono sicuro che sia il riconoscimento e l'apprezzamento del lavoro dei miei e vostri colleghi sardi e sono altrettanto certo che l'ospitalità sarà all'altezza della vostra scelta.

So bene che è un dovere delle istituzioni ascoltare chi ogni giorno lavora a stretto contatto con i pazienti, per ricevere stimoli e suggerimenti "dalla vera trincea" sul modo per evitare che il nostro sistema sanitario si avvicini troppo all'orlo del precipizio che ogni giorno rasenta. Personalmente, lo faccio spesso in tutta Italia, nei convegni come nei reparti degli ospedali che visito, rafforzandomi sempre più nella convinzione che non sia più il tempo di parlarsi addosso durante i coffee break, scuotere il capo e tornare a casa senza che nulla sia cambiato.

In questa fase storica per il settore della sanità è inutile ascoltarsi se poi non si decide e ognuno di noi non si carica sulle spalle quel pezzo di responsabilità che il proprio ruolo gli assegna, pro tempore.

C'è un tema che oggi lega in maniera profonda l'attività della Commissione Sanità della Camera con il mondo dei ginecologi: la riforma della responsabilità medica.

È un tema che fa soffrire i medici e il mondo della sanità, con carriere professionali e vite private massacrate sulle pagine dei giornali, con costi assicurativi ormai diventati insostenibili, che generano comportamenti difensivi. Ma la medicina difensiva, sia attiva, che passiva - va detto con chiarezza - la paga soprattutto il paziente, che rischia di venire rifiutato proprio quando il bisogno e il rischio professionale sono più alti e vede ogni anno miliardi di euro sottratti alla "buona medicina" e dirottati sull'inu-

■ Sulla responsabilità professionale, i ginecologi italiani e l'Aogoi stanno facendo pienamente la loro parte in maniera molto propositiva, chiedendo l'intervento dell'Unione Europea con una direttiva che uniformi le norme sulla responsabilità professionale e sulle coperture assicurative



tile tentativo di proteggersi dalle aule dei Tribunali.

Non credo che la politica possa starsene in silenzio davanti a questo scempio, che distrugge alle radici l'alleanza terapeutica con il paziente.

È indispensabile un intervento legislativo che oggi rappresenta una conquista di civiltà e di dignità, ormai indispensabile sia per i medici e gli altri operatori di sanità, che per i pazienti.

Un Paese moderno e civile deve sicuramente garantire tempi certi per i diritti di risarcimento dei pazienti che hanno subito un danno da malpractice o da malasani- tà, ma deve anche essere in grado di dare piena serenità al sanitario competente e capace nello svolgimento del proprio lavoro.

I ginecologi, così come gli ortopedici o i chirurghi plastici, operano in una specialità in cui è alta la presenza del rischio. Il rischio può generare errore. Oggi, il solo sospetto dell'errore gene-

ti delle assicurazioni e poi quello delle società scientifiche e - soprattutto - dei magistrati.

È del tutto evidente che per arrivare a una soluzione bisogna avere ben in mente il diverso angolo di visuale dei differenti approcci al problema. È indispensabile che ciascun "portatore o difensore di interesse" abbia ben chiaro in testa che c'è un interesse comune che viene prima del suo: è l'interesse dell'intero sistema sanitario che può continuare a garantire i diritti di ciascun cittadino italiano soltanto se viene rafforzata l'alleanza terapeutica che è alla base della prestazione di salute.

Certo, per noi medici la cosa migliore e forse anche la più giusta, sarebbe quella di incidere sulle norme del codice penale sulla colpa medica e su quelle del codice civile per riportare l'errore medico nella sfera extracontrattuale.

Non sarà facile trovare condivisione. Una piattaforma possibi-

■ In questa fase storica per il settore della sanità è inutile ascoltarsi se poi non si decide e ognuno di noi non si carica sulle spalle quel pezzo di responsabilità che il proprio ruolo gli assegna pro tempore

le può oggi partire dalla definizione della responsabilità della struttura in cui vengono fornite le prestazioni sanitarie: l'assicurazione per il rischio sanitario deve essere obbligatoria per tutte le strutture, che devono così rispondere direttamente per qualsiasi azione risarcitoria derivante da danno imputabile a colpa sanitaria.

In secondo luogo, vanno introdotti sistemi di sostegno per l'assicurazione del personale sanitario che svolge attività in regime libero-professionale, al di fuori di qualsiasi struttura pubblica o privata.

Dobbiamo poi lavorare molto sulla cultura del risk management e della segnalazione del "quasi errore", supportando l'ag-

giornamento delle professioni sanitarie nella gestione delle buone pratiche e del rischio clinico e contribuendo alla gestione del contenzioso e della copertura assicurativa, anche attraverso la formazione delle risorse umane.

L'auspicio è che nella legge venga tradotto in termini concreti il principio della trasparenza. Tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, così come i liberi professionisti, devono mettere in rete (o rendere comunque disponibili) tutte le possibili informazioni relative alle proprie competenze, alle proprie casistiche, alle risorse umane e tecnologiche di cui dispongono, ai risultati dell'attività sanitaria svolta.

Potremmo poi pensare di ridurre i tempi per procedere in giudizio in casi di responsabilità sanitaria anche perché l'attuale termine di dieci anni non è sostenibile per un sistema assicurativo fatto di operatori sempre meno "certificati" che rischiano di scomparire dal mercato in un termine assai più rapido.

Personalmente investirei anche sulla possibilità di creare un punto di riferimento "amico", a disposizione del cittadino per correggere qualsiasi malfunzionamento del sistema dell'assistenza sanitaria. Un garante che non sia solo un «difensore civico», ma un'istituzione che con la fiducia acquisita nella difesa dei diritti dei cittadini possa aiutare a ridurre il ricorso alle sedi giudiziarie attraverso un tentativo obbligatorio di conciliazione terza e neutra in tutti i casi di sospetta malpractice.

Devo dire che - nel dibattito - i ginecologi italiani e Aogoi stanno facendo pienamente la loro parte in maniera molto propositiva,

chiedendo l'intervento dell'Unione Europea con una direttiva che uniformi le norme sulla responsabilità professionale e sulle coperture assicurative. È un'assunzione di responsabilità che va apprezzata

non solo per il valore tra gli addetti al settore, ma per la funzione sociale dell'iniziativa.

Con lo stesso spirito la Commissione Sanità della Camera ha ritenuto doveroso fare benchmarking tra la nostra legislazione e quella degli altri Paesi europei in materia.

Ora si tratta di rimboccarsi le maniche e prepararsi allo sprint finale. Non perché abbiamo in mente una legge che strizzi l'occhiolino ai medici, penalizzando il diritto del paziente, ma per provare a costruire un nuovo sistema giuridico che rinsaldi l'alleanza tra medico e paziente, senza la quale non esiste qualità dell'assistenza e stoppi l'attuale, inaccettabile spreco di risorse della medicina difensiva. **Y**

Benedetto FucciSegretario della Commissione
Affari Sociali della Camera

Il tema della formazione è assolutamente centrale per l'Italia, che può affrontare con i giusti mezzi la sfida della competitività a livello globale solo grazie alla capacità di potersi avvalere di uomini e donne che, nei rispettivi campi di lavoro, siano qualificati al massimo. Ciò vale anche nel campo della ricerca scientifica e della medicina. Giustamente noi italiani, pur spesso critici verso il suo funzionamento quotidiano, andiamo fieri del fatto che il nostro Servizio sanitario nazionale sia ancora classificato, a livello internazionale, tra i primi al mondo per qualità e universalità dei servizi offerti. Ma non possiamo nasconderci che, mentre in altre realtà internazionali paragonabili all'Italia per importanza e dimensione demografica e socio-economica si stanno compiendo passi in avanti, il nostro Paese stia rallentando sulla strada della ricerca e dello sviluppo delle tecnologie applicate alla medicina.

Evidenzio questo elemento per spiegare le ragioni di una mia recente iniziativa parlamentare nata proprio come risultato di una serie di confronti da me avuti con il mondo delle società scientifiche: la presentazione di una risoluzione relativa alla ginecologia oncologica, con cui viene portato all'attenzione del Governo il fatto che il nostro Paese, rispetto ad altre importanti realtà europee ed agli Stati Uniti, non preveda uno specifico percorso formativo successivo alla specializzazione al cui termine il medico possa ottenere una vera e autentica certificazione in relazione alla ginecologia oncologica.

Questa situazione fa sì che molti giovani medici appassionati di questa importante e delicata branca della medicina si impegnino nel seguire percorsi individuali ad esempio iscrivendosi a corsi privati certamente di qualità e autorevolezza scientifica. Tuttavia questi percorsi individuali non possono essere la sola forma obbligata di formazione a causa della sostanziale mancanza di alternative, nell'ambito della formazione universitaria istituzionalizzata, in una parte consistente del Paese. Oltretutto, aspetto nella pratica non secondario, il seguire questi percorsi individuali comporta spesso un esborso eco-

Formazione, tema centrale per la sanità italiana

■ **Rispetto a realtà internazionali paragonabili all'Italia, il nostro Paese sta rallentando sulla strada della ricerca e dello sviluppo delle tecnologie applicate alla medicina. L'allarme vale anche per la formazione, tema a cui va dedicata altrettanta attenzione. Muove da questa premessa una mia recente iniziativa parlamentare – una risoluzione relativa alla ginecologia oncologica – che mira a colmare una lacuna nel nostro sistema di formazione della classe medica: l'assenza di uno specifico percorso formativo successivo alla specializzazione per questa importante e delicata branca della medicina**



nomico personale che può essere non indifferente vista la soglia ormai sempre più elevata di ingresso nella professione dopo il compimento della specializzazione (ormai si parla stabilmente di una forbice tra 30 e a volte perfino 35 anni) e vista l'impossibilità di avere un reddito adeguato essendo oggi vietato esercitare la professione già durante la specializzazione.

Quanto sia necessario formare in modo adeguato specialisti del settore è peraltro corroborato dai dati: 8 diagnosi di tumore all'ovaio su 10 giungono quando il cancro è ormai in fase avanzata; in questi casi, la sopravvivenza delle pazienti è solo del 30%. Tale dato si inverte radicalmente se la malattia viene scoperta

in tempo. Da evidenziare, inoltre, la contraddittorietà di tale situazione visto anche sul piano normativo perché la ginecologia oncologica, ai sensi del decreto ministeriale del 29 gennaio 1992, è inserita nell'«elenco delle alte specialità mediche» e perciò fa riferimento (al fianco di altri importantissimi e delicati settori come quelli della cardiologia medico-chirurgica, dei trapianti d'organo e delle malattie vascolari) a una serie di criteri e standard organizzativi e gestionali del massimo livello. Giova ricordare che il citato decreto ministeriale del 1992 fece seguito, peraltro con grave ritardo, a quanto previsto già sette anni prima dal decreto legislativo n. 595/1985, il cui articolo 5 defi-

niva le alte specialità mediche demandando, appunto, dopo aver dettato alcuni standard di qualità, a un successivo decreto di attuazione.

In base a queste considerazioni bisogna, anzitutto da parte del Ministero della Salute nella definizione dei percorsi formativi dei giovani medici, colmare quella che mi pare sia una mancanza nel nostro sistema di formazione della classe medica. **In sintesi, ritengo necessari:**

- 1) da un lato l'impegno ad effettuare un attento monitoraggio sull'effettiva applicazione, sull'intero territorio nazionale, di quei criteri di eccellenza che in teoria, in base alle norme richiamate in premessa, dovrebbero contraddistinguere la formazione e l'esercizio della professione nella specialità medica della ginecologia oncologica;
- 2) dall'altro lato, con specifico riferimento al tema della formazione e a quello ad esso collegato della ricerca, l'impegno



ad attuare tutte le iniziative di competenza per garantire, come già avviene da tempo negli Stati Uniti e in altri Paesi europei, percorsi formativi istituzionalizzati per gli specialisti in ginecologia oncologica.

Queste brevi considerazioni sul tema specifico della ginecologia oncologica sono in qualche modo estendibili anche ad altre realtà della medicina italiana e, più in generale, vanno a inserirsi nel dibattito molto importante sul futuro della ricerca scientifica e delle cure nel nostro Paese. Un dato a mio parere interessante ed emblematico è quello elaborato di recente dall'ultimo rapporto Ocse sulla spesa sanitaria a livello internazionale: emerge che l'Italia dedichi circa il 9% del proprio prodotto interno lordo alla sanità. Si tratta di un dato perfettamente in linea con gli altri Paesi Ocse. Eppure la ricerca e lo sviluppo delle tecnologie nella sanità italiana arrancano. Ciò mi fa ritenere che uno dei nodi di fondo da affrontare sia quello di una sanità che è forte di risorse adeguate, che però nella pratica vengono indirizzate, oltre che alla cura quotidiana dei cittadini, non tanto alla ricerca e alle nuove tecnologie quanto alla necessità di mantenere e ristrutturare un patrimonio di edilizia sanitaria mediamente vetusto e spesso volte inadeguato alle esigenze della medicina contemporanea.

Come evidenziato nei precedenti appuntamenti congressuali di Aogoi, vi è un lavoro enorme da fare per modernizzare e rendere più sicura la rete dei "punti nascita". Ma molto da fare vi è in generale sull'intera rete ospedaliera nazionale. Ma – questo il vero punto – senza far sì che investimenti così necessari pregiudichino la capacità dell'Italia di formare figure mediche essenziali. **Y**

Queste brevi considerazioni sul tema specifico della ginecologia oncologica sono in qualche modo estendibili anche ad altre realtà della medicina italiana e, più in generale, vanno a inserirsi nel dibattito molto importante sul futuro della ricerca scientifica e delle cure nel nostro Paese

Il saluto dell'Assessore alla Sanità della Regione Sardegna

“Un intenso programma scientifico-sanitario che trova tutto il mio plauso”

Luigi Benedetto Arru

Ogni donna è un'isola, e l'isola è donna. Metafora perfetta della nostra Sardegna, specchio della cultura matriarcale - positivamente intesa - e del suo ruolo centrale nella nostra società, riflessa anche nella produzione letteraria locale e nazionale. Il ruolo della donna ha avuto significative evoluzioni nel tempo, sino ad arrivare ai nuovi "ruoli femminili" dell'attuale società, di incontro-scontro sia con il suo universo interiore sia con i modelli esterni che sempre più le vengono

■ **La scelta di coniugare l'innovazione in campo medico a vantaggio della salute dell'universo femminile con l'umanizzazione e il benessere, non solo fisico ma anche psicologico, è altamente significativa**

imposti o, peggio, cuciti addosso. Donna Isola, come un mondo a sé, unico e irripetibile: ma non isolato. Per queste e altre ragioni trovo altamente significativa la scelta di veicolare questo messaggio già nel titolo del convegno: Isola Donna. Un ponte che tende sempre più a unire e interpretare correttamente le necessità delle donne all'in-

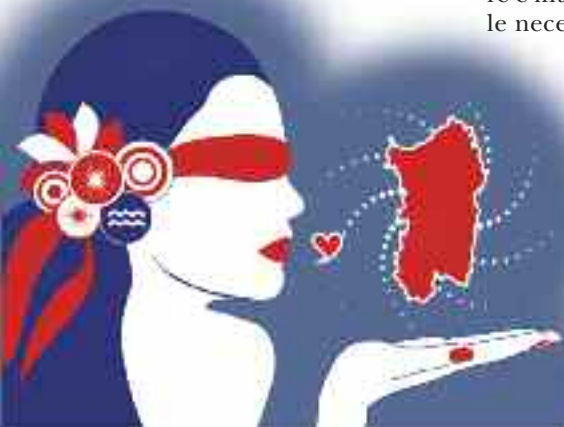
terno della complessa macchina della Sanità locale. Un intenso programma scientifico-sanitario che trova tutto il mio plauso, nel quale l'innovazione in campo medico a vantaggio della salute dell'universo femminile si coniuga perfettamente con l'umanizzazione e il benessere, non solo fisico ma anche psicologico. L'altissimo valore scientifico degli

aspetti specialistici si intreccia con la medicina ginecologica del nostro territorio, portandola a un livello superiore nel momento stesso in cui appare evidente e concreta la totale presa in carico della donna. La donna dunque non è più solo partoriente che necessita dell'intervento di figure come ostetriche e ginecologi, ma è una madre che dev'essere supportata e guidata anche nel post partum. Un'umanizzazione della gravidanza e del parto oggi in Sardegna richiede un intervento multidisciplinare. La maternità è un esempio su tutti per dare il giusto rilievo al nuovo e lodevole approccio alle tematiche sanitarie indissolubilmente legate ai più attuali temi del sociale, non da ultima la dilagante violenza di genere, che riempie le pagine più tristi e scure della cronaca quotidiana e contro la quale il servizio sanitario può e deve spendere il proprio contributo - attraverso azioni mirate e multidisciplinari - in prima linea, analizzando gli aspetti filogenetici e le ragioni contemporanee. E schierando ostetriche e psicologi al fianco



delle donne. Esistono patologie sociali come l'endometriosi, sulla quale si investe in ricerca da anni, e momenti della vita quali l'adolescenza e il periodo menopausale che devono essere necessariamente gestite in team. Il lavoro di gruppo dei medici quindi, dei vari professionisti del settore sanitario, l'attenzione puntuale sui modelli organizzativi, il compito fondamentale del medico nel processo multidisciplinare e nel trattamento delle patologie, sono realmente la frontiera della medicina del terzo millennio. **Y**

La maternità è un esempio su tutti per dare il giusto rilievo al nuovo e lodevole approccio alle tematiche sanitarie indissolubilmente legate ai più attuali temi del sociale, non da ultima la dilagante violenza di genere



ALIS®
GININTIMO

Detergente eutrofico igienizzante intimo

Uso esterno flacone da 250 ml



Lavanda Vaginale

Uso interno
5 flaconi da 140 ml



Novità



Gel intimo idratante eutrofico igienizzante

Uso esterno
tubetto da 30 ml

VELATES s.r.l.
BEN-ESSERE DONNA



ILPUNTO
di Carlo Sbiroli



I miracoli che servono alla ginecologia italiana

È stato un anno di notevole impegno per l'Aogoi. Buoni risultati si sono ottenuti sui problemi medico-legali e sugli esosi premi assicurativi. I miracoli ci vogliono sullo sblocco degli stipendi e della spesa sanitaria in modo da dare entusiasmo al nostro lavoro

Ogni anno nel numero di *GynecoAogoi*, che viene stampato per il Congresso Nazionale, cerco di fare il punto della situazione sulla ginecologia ospedaliera italiana. La speranza è di evidenziare un qualche cambiamento, un miglioramento della nostra professione avvenuto nell'arco dell'anno appena trascorso, che possa far sperare in un futuro migliore. I lettori più attenti ricorderanno che il bilancio dello scorso anno fu negativo. Si auspicò un miracolo (si era a Napoli e si sperava in San Gennaro). E oggi si aspetta ancora quel miracolo. In questa Italia che da alcuni anni sta attraversando un brutto momento, come dimostrano le cifre che si riferiscono alla nostra economia e i discorsi improntati al pessimismo, i medici sono tra le categorie che più di ogni altra appaiono scoraggiati. Tanto che, in questo inizio d'autunno, insieme alle forze di polizia e alle forze dell'ordine sono pronti allo sciopero generale contro il blocco del contratto dei dipendenti pubblici. Incontro colleghi ospedalieri sempre più depressi e demotivati. Arrabbiati soprattutto con le direzioni generali per le condizioni in cui sono costretti a lavorare. Il problema è che è difficile individuare un vero colpevole. La verità è che i costi aumentano e i fondi, messi a disposizione dallo Stato, diminuiscono, ed è probabile che quest'anno siano destinati a scendere ancora. Chi ha occasione di entrare in qualsiasi sala parto o nei reparti di ostetricia di un medio o grande ospedale si rende facilmente conto della situazione precaria in cui il medico è costretto a esercitare la professione. Sale parto affollate, dove molto spesso non si trova un letto libero, per cui le pazienti restano in barella per tutto il periodo del travaglio. E anche dopo il parto è difficile trovare posto in reparto dove spesso i letti sono stati ridotti per problemi di tagli dei costi. Nel frattempo la gente protesta, si dispera, attende. La condizione del personale sanitario – medico, ostetriche e infermieri – non è certamente migliore. Bloccate le assunzioni, congelati gli stipendi, sotto minaccia di nuove restrizioni, i medici lavorano sovente allo stremo, costretti a straordinari sottopagati (soprattutto nella sanità privata) nella vana attesa che

gli organici stabiliti vengano rispettati. Si deve aggiungere che questi stessi medici lavorano costantemente sotto la spada di Damocle della denuncia di malpratica, per cui fare oggi il ginecologo in definitiva non è un bel mestiere. In questo scenario l'Aogoi è sempre più impegnata nel trovare un filo d'Arianna che possa facilitare il colloquio con le istituzioni. Nella realtà, come spesso abbiamo riportato sulle pagine di questo giornale, nell'ultimo anno gli incontri tra i nostri rappresentanti e il mondo delle istituzioni si sono notevolmente intensificati. In sintesi, si può dire che buoni risultati si sono ottenuti nella ricerca di strategie per far fronte all'annoso problema medico-legale e ai sempre più esosi premi assicurativi: in luglio è stata tracciata una via importante con la creazione del primo Network europeo di Ostetricia e Ginecologia. Scarsi risultati invece si sono avuti per quanto riguarda tutte quelle richieste (miglioramento del trattamento economico, adeguamento delle strutture, ecc.) in cui in qualche modo c'entra il problema economico. All'inizio dell'anno i rapporti con le istituzioni raggiunsero il livello più basso, tanto che l'Aogoi ventilò l'idea di proclamare un nuovo sciopero, sull'esempio di quello realizzato l'anno precedente. "La soluzione alle gravi problematiche che abbiamo posto non può essere rinviata continuamente a data da destinarsi", tuonava i quei giorni il presidente Aogoi Vito Trojano, "le fasi dell'ascolto, della condivisione e delle promesse devono ora cedere il passo a una fase nuova, più difficile, quella della concretezza. Non ci battiamo per ottenere privilegi, non siamo una lobby che vuole mantenere posizioni acquisite. Siamo professionisti che si battono, anche a livello europeo, per poter operare in sicurezza e per garantire i migliori standard di assistenza alle nostre pazienti". La crisi fu superata con il buon senso delle parti. Questo facilitò i successivi incontri con il ministro della salute Beatrice Lorenzin per illustrare e discutere "i punti cardine irrinunciabili" per poter esercitare la nostra professione con qualche tranquillità. Furono incontri estremamente positivi tanto da far dire al presidente e al segretario nazionale dell'Aogoi: "l'attenzione dimostrata dal

Ministro Lorenzin per un intervento in tema di responsabilità professionale è un segnale che l'Aogoi ha valutato molto positivamente". Questo intenso lavoro di diplomazia politica, sia a livello nazionale che europeo, è sfociato nella creazione del primo network europeo di Ginecologia e Ostetricia, che rende più vicina la meta di una direttiva europea a tutela dei medici e pazienti – i due obiettivi dichiarati nel convegno europeo sulla responsabilità professionale, promosso dall'Aogoi e svoltosi il 2 luglio scorso a Roma a Palazzo Marini, presso la Camera dei deputati. Due traguardi per i quali l'associazione dei ginecologi italiani si era attivata negli ultimi mesi attraverso il coinvolgimento del Parlamento Europeo e della stessa Direzione Generale Salute della Commissione Europea e che ora, alla luce della guida italiana del semestre europeo, assumono ancora più importanza. Ci sarebbero altre cose a cui accennare, sull'impegno dell'Aogoi nel gruppo di lavoro sulla Pma, sulla promozione di strategie volte alla razionalizzazione delle risorse economiche, sui "riordini" dei punti nascita e così via. Ma tralascio, perché sono argomenti ampiamente affrontati nei numeri precedenti di questo giornale. È stato, dicevamo, un anno d'intensa attività per l'Aogoi. E questo, malgrado il blocco degli stipendi, i tagli alla spesa sanitaria e il pessimismo imperante, ci fa sperare in un futuro migliore per la nostra categoria, perché qualcosa si sta muovendo. Ci fa sperare, anche quest'anno, in un miracolo che ci consenta di risalire la china. È importante acquistare fiducia in noi stessi. Ridare entusiasmo al nostro lavoro. Ridiventare ottimisti, come è successo altre volte nella nostra storia. **Y**



Giovanni Monni

Co-Presidente congresso nazionale SIGO 2014
Past-President AOGOI
Vice Presidente World Association of Perinatal Medicine

La diagnosi prenatale invasiva è stata introdotta circa 40 anni fa. La prima tecnica è stata l'amniocentesi, poi la placentacentesi, la fetoscopia, la cordocentesi e poi il prelievo dei villi coriali (CVS). Tutte queste tecniche hanno permesso di prelevare tessuto biologico di origine fetale per la diagnosi di malattie cromosomiche e geneticamente determinate. Lo sviluppo di queste tecniche è stato facilitato dall'evoluzione delle strumentazioni, della tecnologia, della citogenetica e biologia molecolare. Le tecniche attualmente più diffuse hanno un rischio basso di perdita fetale (0.3-0.5% per il CVS e Amniocentesi, 1-2% per la cordocentesi) e comunque un costo significativo di analisi di laboratorio. Pertanto i programmi di prevenzione del Servizio sanitario nazionale hanno sempre limitato l'uso di queste tecniche prenatali ai casi maggiormente a rischio (soprattutto ai casi in cui il rischio genetico supera in percentuale il rischio di perdite fetali). Il risultato è stato che negli anni '80 il cariotipo fetale è stato offerto, per la trisomia 21, alle donne con età ≥ 35 anni (o per altre condizioni di rischio), con una "detection rate" del 40%. Con l'introduzione dello screening biochimico al II trimestre tramite "triple" o "quadruple screen", la detection rate è au-

mentata al 60%.

I progressi dell'ecografia hanno favorito la diffusione del "genetic ultrasound" tramite markers sonografici della trisomia 21 al II trimestre di gravidanza, anche se questi screening ecografici non sono stati universalmente accettati nella popolazione a basso rischio. Per molti anni nel II trimestre è stata quindi utilizzata l'amniocentesi e in alcuni casi la cordocentesi su indicazione dell'età materna o in seguito a sonogramma genetico fetale alterato. Tutto questo ha portato, nei paesi più sviluppati, ad un incremento delle indagini invasive prenatali intorno al 15-20%.

Agli inizi degli anni '90 un importante turning point è stato la misurazione della translucenza nucale fetale (NT), tra la 11a e la 14a settimana di gravidanza, associato al dosaggio biochimico delle free beta hCG e della PAPP-A per lo screening della sindrome di Down e di alte patologie fetali.

Lo screening al I trimestre con la NT ha portato la sensibilità per la trisomia 21 al 90% con il 5% di falsi positivi. Lo screening con la NT ha cambiato il corso dell'assistenza prenatale. Infatti se prima la maggior parte delle indagini fetali e controlli in gravidanza venivano eseguiti nel III trimestre di gravidanza, lo screening della NT ha anticipato i controlli al I trimestre con notevoli vantaggi per la salute psico-

Giovanni C. Urru

Co-Presidente congresso nazionale SIGO 2014
Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. di Alghero



Nel programma del Congresso Nazionale di Cagliari traspare la volontà di ripensare e completare la nostra professione secondo un percorso di umanizzazione, come testimoniano in particolare le sessioni: Partecipare per cambiare, PMA: aspettative sociali; La violenza di genere: le ostetriche con le donne; Umanizzazione della gravidanza e del parto oggi in Sardegna e Allattamento al seno e management del neonato fisiologico. Quando si tenta di scrivere su un tema come questo, si viene presi da molti dubbi e da molte incertezze. Perché un conto è un tema specialistico circoscritto, tutt'intorno delimitato da precisi e riconosciuti "paletti", entro cui si lavora con quei precisi criteri di analisi e di argomentazione propri delle nostre tecniche; altro conto è invece scrivere qualcosa sulla *Umaniz-*

zazione della Medicina.

E qui, di fronte a questo tema, i "paletti" concettuali delle tecniche funzionano solo fino ad certo punto...ed ecco che si è colti da un vago senso di impotenza, e magari tornano in mente le parole di non so più quale pensatore che affermava: "noi sentiamo che perfino nella ipotesi che tutte le possibili domande scientifiche abbiano trovato risposta, i nostri problemi vitali non sono stati ancora neppure sfiorati...". Se questa affermazione forse può valere per quasi tutte le scienze, a mio giudizio vale assai meno per la medicina. Vale meno (e forse lo dico come ostetrico-ginecologo prima ancora che come medico) per quelle scienze e per quelle tec-

L'evoluzione della diagnosi e degli screening prenatali

fisica materno-fetale.

Anche il genetic screening al II trimestre ha risentito in maniera evidente dell'introduzione della NT e degli altri markers biochimici ed ecografici al I trimestre, come la visualizzazione dell'osso nasale, il rigurgito della mitrale, il dotto venoso, l'angolo facciale e il mitral gap. La più importante ed evidente conseguenza dello screening al I trimestre è stata la notevole diminuzione delle diagnosi invasive prenatali con un decremento dei costi economici e una diminuzione delle complicanze fetali.

L'altra importante conseguenza è stato lo

shift della diagnosi prenatale invasiva dal II al I trimestre con aumentata richiesta del CVS rispetto all'amniocentesi. Ciò ha portato ad una maggiore preparazione delle scuole di formazione e dei teacher, per il training e accreditamento degli operatori per il prelievo dei villi coriali, tecnica meno diffusa dell'amniocentesi ma sempre in continuo aumento.

Contemporaneamente agli screening e alle tecniche invasive di diagnosi prenatale, alle coppie ad alto rischio che non vogliono interrompere la gravidanza dopo risultato patologico, è stata offerta la diagnosi genetica preimpianto che, ricorrendo alle tecniche di procreazione medicalmente assistita e analisi molecolari, consente di escludere i rischi specifici.

Per alcuni anni non si sono avuti altri significativi miglioramenti nelle tecniche fetali se non il perfezionamento e la maggior accuratezza sia in campo operativo che nella diagnostica ecografica e in quello di laboratorio grazie

anche al sequenziamento del DNA umano.

Recentemente due importanti innovazioni l'array comparative genomic hybridisation (aCGH) nella diagnosi prenatale e il non invasive prenatal test (NIPT) con l'utilizzo del cell free fetal DNA (cff-DNA) nel sangue materno, promettono di cambiare lo scenario della medicina prenatale e perinatale. L'aCGH permette l'identificazione di varianti cromosomiche patologiche non evidenziabili con la citogenetica tradizionale. Al momento le società scientifiche suggeriscono di utilizzare queste tecniche molecolari solo in casi di malformazioni fetali evidenziate ecograficamente oppure come screening e non come diagnosi al posto del cariotipo ottenuto con la citogenetica tradizionale.

Il secondo recente progresso è il test non invasivo o NIPT. Il test non invasivo viene utilizzato per la diagnosi di sesso, per il RhD antigenico, per geni paterni ereditati e per alcune patologie de novo autosomiche dominanti.

Un recente utilizzo del NIPT riguarda la possibilità di individuare la trisomia 21, 18 e 13, cromosomi sessuali e triploidie usando la tecnica shotgun massively parallel sequencing (S-MPS).

Per la trisomia 21 diversi studi hanno dimostrato una sensibilità dal 94,4% al 100% con falsi positivi dal 0 al 2,1%. Per la trisomia 18 e 13 i risultati sono lievemente inferiori. La limitazione maggiore è il

fallimento diagnostico (1-5%), la risposta più tardiva (1-2 settimane) e gli alti costi economici.

Al momento attuale il NIPT è da considerarsi un "super screening test" e il suo utilizzo è stato proposto sia come screening della popolazione ostetrica generale sia come contingent screening test nei gruppi a rischio.

La prima opzione ha costi economici molto elevati dovuti anche al successivo test invasivo nell'1-2%.

Il secondo approccio implica un minor utilizzo di tecniche invasive

(0,4-0,8%) e una sensibilità dell'86-97% a seconda di come viene classificato il gruppo ad alto rischio. È importante che le comunità scientifiche siano chiamate a considerare i costi economici e l'eticità del NIPT e l'impatto che produce il test sulla popolazione, soprattutto perché la società moderna è sempre più spesso influenzata dalle web-news più che dai consigli e suggerimenti proposti dai genetisti e dagli ostetrici e ciò può portare a risultati e conseguenze devastanti per la salute materno fetale. **Y**



Per la prima volta il nostro Congresso nazionale si svolge in Sardegna, a Cagliari, la città dove vivo e lavoro, e questo rappresenta un momento di grande orgoglio per la Ginecologia Ospedaliera, Universitaria, Territoriale e Privata della nostra Isola.

Come Presidente del Congresso, insieme ai colleghi Salvatore Dessole, Gian Battista Melis, Giovanni Urru e al Comitato Scientifico e Organizzativo locale e nazionale, sono molto onorato di vedere la ginecologia sarda a confronto con i più illustri studiosi italiani e stranieri discutere delle più importanti tematiche della salute femminile, della coppia e del nascituro.

A tutti i relatori e numerosi partecipanti va il mio caloroso benvenuto e sono sicuro che, come nei precedenti congressi nazionali, molte saranno le novità scientifiche che accresceranno il nostro patrimonio culturale.

In questo articolo presento un breve commento sull'evoluzione e le prospettive future della diagnosi prenatale delle anomalie genetiche e congenite fetali, che ha visto la Sardegna pioniera fin dagli anni 70

Focus on

Focus on

Focus on

Focus on

Focus on

La medicina tra tecnica e umanizzazione

La ricerca di umanizzazione della medicina coincide con la costruzione di un nuovo umanesimo dove il "dottore" si assume un onere aggiuntivo rispetto a quello proprio dell'esercizio della sua scienza e della sua tecnica: l'onere di acquisire le risorse intellettuali e morali per essere "doctor", colui che oltre a curare "si prende cura"

niche che, nel momento in cui pensano le cose che fanno, non possono non pensare, in modo inestricabile dal loro stesso procedere, alla Persona per cui le fanno: all'essere umano che dà senso, in modo necessario, al loro stesso agire.

Questa caratteristica, che mi sembra peculiare della Medicina e forse di poche altre scienze e tecniche, le distingue da tutte le altre, le quali, se lavorano in senso autoreferenziale, paradossalmente cessano di avere un senso proprio in relazione a quei problemi vitali che dicevo prima. Si ha pertanto l'ambizione di ritenere che questo modo di pensare ed agire porta necessariamente all'incontro di operatori in prima linea, portatori di tecniche che nell'esercizio concreto del loro operare nel mondo non hanno potuto fare a meno di operarvi insieme con le persone che a loro si sono rivolte. C'è una riflessione che credo di poter fare: tutte le tecniche hanno sviluppato nel tempo, e soprattutto nel breve giro dell'ultimo secolo, immani progressi tanto che

"la Tecnica", nel suo complesso, è divenuta problema cruciale della filosofia post-moderna: ma in questo ambito, nessuna tecnica più della Medicina ha proceduto e progredito ponendosi sempre l'uomo come fine.

Riflettiamoci: quando la Medicina non si fa prendere dalla ipertrofia dell'ego di qualche suo operatore: essa ha lavorato sempre sulle vie delle necessità essenziali dell'essere umano in quanto tale. E dell'essere umano in quanto tale essa si è sempre fatta carico.

In altre parole: una tecnica qualunque, non è in sé necessitata, per sua stessa natura, a porsi l'uomo come fine; la Medicina, al con-

trario, ha proprio questa necessità che la rende forse unica nell'universo delle tecniche che dominano il mondo attuale. Mai i medici si sono potuti sottrarre alla necessità che ha imposto loro di porsi l'uomo come fine.

È, del resto, riflessione antica che affiora già in Ippocrate, considerato il Padre della Medicina, anche se ormai Kos è diventata una piccola isola turistica sperduta nell'Egeo e il nome un po' misterioso di un periodico di "medicina cultura e scienze umane": alcuni medici e filosofi - diceva il Maestro greco - affermano che non sarebbe possibile che conosca la medicina chi non sa che cosa è l'uomo.

Il Maestro era scettico, ma il problema era posto, e confermato a distanza di qualche secolo anche nel mondo latino, dove Galeno, medico personale di Marco Aurelio, affermava con sicurezza che chi è vero medico è sempre anche filosofo se no, aggiungeva, ci si trova di fronte a qualche spacciatore di droghe avido di denaro che usa l'arte medica per fini opposti a quelli per cui è destinata (1). È difficile, credo, individuare nella storia dell'umanità una qualunque altra tecnica che abbia riflettuto su se stessa, non solo ai fini della verifica e del perfezionamento del proprio modus operandi tecnico, ma proprio come vera e

propria "filosofia medica", cioè un quadro di riferimento concettuale ed etico entro cui inquadrare le conoscenze sull'organismo umano che l'empiria medica andava accumulando (2).

Perfino discipline mediche nuove, come la Bioetica, sono sorte appena ieri proprio per l'inesausto confronto della Medicina con il moltiplicarsi degli universi tecnici e scientifici del XX secolo (3). E questo fa della Medicina una disciplina cruciale: perché essa costituisce il punto di raccordo in cui tutti quegli universi possono trovare un senso che non sia solo autoreferenziale.

E il punto di raccordo è sempre lo stesso: l'uomo come fine.

La riflessione sulla umanizzazione della medicina trascina con sé, e rende inevitabile per chi ha occhi per vedere e orecchie per sen-

La cura è un fatto tecnico, il prendersi cura è un esercizio di umanità che può sussistere solo se condiviso e orientato da valori condivisi

ture, l'umanizzazione delle altre tecniche che in questo modo possono tornare ad essere "universo", con un punto focale riconoscibile in quell'essere umano per cui, forse, vale la pena di lavorare e di pensare.

La ricerca di umanizzazione della medicina coincide con la costruzione di un nuovo umanesimo dove il "dottore" si assume un onere aggiuntivo rispetto a quello proprio dell'esercizio della sua scienza e della sua tecnica: l'onere di acquisire le risorse intellettuali e morali per essere *doctor*, colui che *docet*, colui che oltre a curare anche si prende cura e insegna all'uomo comune-paziente non solo quando e quanto farmaco deve ingurgitare ma anche quali e quante responsabilità egli ha nei confronti della sua stessa salute e della sua stessa vita.

La cura è un fatto tecnico; il prendersi cura è un esercizio di umanità che può sussistere solo se condiviso e orientato da valori condivisi. La cura è un fatto tecnico che deve essere, giustamente, anche economicamente qualificato e quantificato, in modo più o meno diretto. Il prendersi cura è quell'*in più* di umanità che deriva da una lunga sedimentazione di valori che non attengono solo alla medicina ma a tutte le scienze, e forse a tutte le attività umane.

Questo ordine di riflessioni, come è evidente, sembra esulare dalle nostre competenze specialistiche, eppure le coinvolge e le posiziona, le orienta e le arricchisce: tutte.

Per questo, credo che i professionisti coinvolti in questo percorso devono ritenere utile ascoltare le voci di quanti hanno l'onere di lavorare *nella* sanità e *per* la sanità, a qualunque titolo o livello, ma anche la voce di quanti hanno avuto la ventura di aver avuto a che fare con la sanità, come pazienti o utenti, se si preferisce.

Vorrei concludere con una piccola segnalazione bibliografica. Cosmacini, medico e storico della medicina, cita, nel suo libro "La scomparsa del dottore" la "visione profetica" di Abraham Flexner, uno dei tanti grandi intellettuali di origine ebraica che hanno arricchito la cultura americana, e non solo, il quale concludeva un suo rapporto sulla formazione dei medici (1910) con questa parola: "La dimensione morale dell'educazione medica esige l'acquisizione di un bagaglio di qualità e di valori al centro dei quali stanno i bisogni della persona" (4).

Non si poteva, e non si potrebbe, dire meglio. ■

Per saperne di più

1. AA.VV. *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2008, p. 17 (Ippocrate) e p. 25 (Galeno)
2. AA.VV. *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2008, p. 47.
3. Pellegrino E.D., *Bioetica e filosofia: il bene del paziente e la medicina*, in AA.VV., *Filosofia della medicina*, cit., p. 313
4. Cosmacini G., *La scomparsa del dottore*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013, pp. 231-261

Il parto domiciliare nella Sardegna della prima metà del Novecento

Immergersi nella suggestiva scena del parto della società contadina degli anni '40-50 in Sardegna apre una porta verso un passato talmente lontano da non poter essere quantificato con una manciata di decenni, tanto appare distante e irreal

Salvatore Dessole

Co-Presidente congresso nazionale SIGO 2014
Università di Sassari



Nella Sardegna selvaggia e poetica della prima metà del Novecento, fino all'avvento della nuova società degli anni '60 e lontano dal tumultuoso processo di ospedalizzazione che avrebbe massificato ogni aspetto della umanizzazione dell'evento nascita, la scena del parto domiciliare era dominata dalla figura dell'ostetrica, la "levatrice", cui la comunità paesana attribuiva il ruolo di demiurgo. Questa arcaica "operatrice sanitaria" appariva quasi come un Deus ex machina nella scena teatrale di ambienti poveri e disadorni, privi di un qualunque accenno di superfluo, capace di sovrastare spesso la figura del medico, che appariva come un principe consorte davanti all'incalzare della vera padrona della scena.

Alla "levadora", provvista di un sapere ostetrico, definito, codificato, trasmesso nelle sedi della formazione medica, spettava il compito di completare l'opera della natura, seguire diligentemente il travaglio e il secondamento, pinzare il cordone ombelicale del neonato, controllare nei giorni successivi al parto la puerpera, prevenendo le complicazioni sempre possibili in ogni evento biologico. Immergersi nella suggestiva scena del parto della società contadina degli anni '40-50 in Sardegna è un percorso che ha ben pochi raffronti con la società frenetica ed edonisti-

ca di oggi, tanto da aprire una porta verso un passato talmente lontano da non poter essere quantificato con una manciata di decenni, tanto appare distante ed irreal.

Ma tornando indietro nel tempo, nella Sardegna del 1800 fino ai primi del Novecento, in assenza di una figura sanitaria codificata e deputata ad assistere il parto, erano le cosiddette "empiriche" ad avere il compito di seguire la partoriente. In realtà le empiriche, le "pratiche", le "maestre di parto", dette anche in maniera dispregiativa "mammane", donne del paese che da sempre assistevano per conoscenze trasmesse i parti delle loro compaesane, continuarono la loro attività anche dopo l'istituzione dei corsi di formazione delle ostetriche, considerato anche lo scarso numero delle levatrici diplomate, che non potevano coprire in maniera capillare

La lunga durata delle "empiriche" è da associare al ritardo con cui sono nate le scuole ostetriche in Sardegna, il che peraltro ha provocato un ritardo anche nel processo di ospedalizzazione del parto rispetto ad altre regioni italiane



tutto il territorio. Sebbene vengano ricordate come donne prive di ogni preparazione dal punto di vista teorico, ciò nondimeno sapevano fare bene il loro lavoro.

Dopo l'apertura delle Scuole di Ostetricia, biennali, nei primi anni '80 del XIX secolo, da parte delle Università di Sassari e Cagliari, molte di loro furono costrette per legge a regolarizzarsi e quindi a prendere il diploma di idoneità, anche se per tanti anni la Sardegna rimase la regione italiana con il maggior numero di "empiriche" sul territorio.

I corsi per "levatrici" nella prima metà dell'Ottocento furono in realtà sporadici, di breve durata e generalmente effettuati in periodo estivo. Mentre per l'ammissione alla scuola un requisito imprescindibile era l'aver superato la 3° elementare, in quegli anni dato il generale analfabetismo, venivano ammesse alla frequenza donne che non sapevano leggere e scrivere, non capivano l'italiano ma solo il sardo. Tanto che nel lontano 1827 un chirurgo sardo, il Dottor Efisio Nonnis "supplidori de chirurgia" nella Regia Università di Cagliari, diede alle stampe un manuale di ostetricia scritto in lingua sarda "Brevis lezionis de ostetricia po usu de is llevadoras de su Regnu". L'uso della lingua sarda per un testo scientifico è da considerarsi fatto eccezionale.

Di particolare interesse storico e culturale il primo paragrafo

della Lezioni VIII "De is doveris de sa llevadora in assistiri a su partu" che recita: "Presentendosi una llevadora po assistiri a unu partu depit teniri po prima regola, ch'issa nò est, che una simpli spettadora de s'opera de sa natura, e po cunsequenzia non depit manovrai, ma depit aspettai su partu, e arregoliri su pipiu cun totu diligenza, poita no tengat nisciunu dannu". (Una levatrice, presentandosi per assistere ad un parto, deve tenere presente come prima regola che essa non è che una semplice spettatrice dell'opera della natura e che di conseguenza non deve manovrare ma deve aspettare il parto e raccogliere il bambino con tutta diligenza perché non abbia nessun danno). Sembra che i suggerimenti dati siano corretti e quanto meno più che attuali.

Verso il 1920, in coincidenza con l'approvazione del nuovo ordinamento delle Scuole di Ostetricia, il numero delle empiriche iniziò a diminuire, fino alla loro scomparsa, e la loro professione, quasi da preludio del volontariato, divenne un ricordo, non del tutto negativo anche nelle nostalgie giovanili delle vecchie ostetriche condotte che le avevano conosciute e che manifestavano comunque una forma di rispetto nei confronti di donne che facevano, in tempi e modi diversi, il loro stesso mestiere. La lunga durata delle empiriche è da associare al ritardo con cui sono nate le scuole ostetriche in Sardegna, cosa che peraltro ha provocato un ritardo anche nel processo

► Segue a pagina 27

Gian Benedetto Melis

Co-Presidente congresso nazionale

SIGO 2014

Università di Cagliari



In tutto il mondo l'endometriosi è uno degli argomenti di maggiore interesse per i ginecologi. Sono stati fatti grandi progressi nell'ambito diagnostico e terapeutico, ma la ricerca nel campo dell'etiopatogenesi resta molto aperta. Il sistema immunitario gioca comunque un ruolo fondamentale (in combinazione con l'inquinamento ambientale) nell'indurre la comparsa di questa patologia e nel condizionarne lo sviluppo, l'aggressività e la recidiva della malattia, nonché il coinvolgimento di organi diversi da quelli riproduttivi. Sono numerosi i ricercatori Italiani che hanno pubblicato i risultati di ricerche scientifiche innovative

la corretta diagnosi nei soggetti che anche in adolescenza presentano dolori pelvici e/o dismenorrea.

Oggi il problema più importante da superare è l'informazione non capillare, talvolta errata, che raggiungono le pazienti dal web o da fonti imprecise, parziali e spesso contraddittorie. Grazie alla presenza delle associazioni di pazienti e al riconoscimento del ruolo della ricerca nel differenziare le diverse qualità dei gruppi di assistenza delle pazienti con endometriosi, si stanno facendo grandi passi avanti. Al ginecologo di base e alla paziente oggi è possibile garantire una obiettiva conoscenza del problema semplicemente verificando, attraverso i motori di ricerca come Med-line o Google student, i centri supportati da un adeguato bagaglio culturale e di ricerca internazionali. In questo senso è assai importante che nell'ambito della Sigo e delle Società scientifiche affiliate, si dia sempre maggiore importanza all'uso dei sistemi informatici per l'identificazione dei centri di eccellenza che finora sono stati talvolta autoreferenziali e non portatori di alcuna novità sia nel campo diagnostico che terapeutico.

Diagnosi. La più grande evoluzione nella diagnostica dell'endometriosi è stata rappresentata nell'ultimo decennio dall'ecografia transvaginale (TV), oltre che dall'esperienza del singolo Ginecologo che rimane il fondamentale requisito per riconoscere con anamnesi e una banale visita ginecologica un sospetto di endometriosi. L'evoluzione dell'ecografia è stata fondamentale nel riconoscimento precoce di questa patologia non solo attraverso la visualizzazione diretta delle masse ovariche o extraovariche, ma con la messa a punto di sistemi di amplificazione dell'immagine delle lesioni endometriosiche ottenute con l'uso della sonovaginografia, tecnica ideata dal gruppo di Sassari (Dessole S, Farina M, Rubattu G, Cosmi E, Ambrosini G, Nardelli GB. Sonovaginography is a new technique for assessing rectovaginal endometriosis. Fertil Steril. 2003;79:1023-7) o con l'uso di abbondante gel per l'ecografia TV associato a mappa dei punti più dolorosi con l'esame, tecni-

Endometriosi: in Sardegna e nel mondo

ca ideata dal gruppo di Cagliari (Guerriero S, Ajossa S, Gerada M, D'Aquila M, Piras B, Melis GB. "Tenderness-guided" transvaginal ultrasonography: a new method for the detection of deep endometriosis in patients with chronic pelvic pain. Fertil Steril. 2007;88:1293-7). Queste metodiche hanno consentito di identificare prima di tutto le caratteristiche peculiari delle tumefazioni ovariche sia endometriosiche che non, e successivamente la presenza di sindromi aderenziali patognomoniche delle gravi endometriosi. Non è più un elemento di sorpresa che utilizzando le tecniche sopradescritte sia possibile creare una mappa precisa delle localizzazioni endometriosiche in preparazione dell'intervento chirurgico diagnostico-terapeutico. Rispetto all'ecografia TV e ad altre metodiche radiologiche che utilizzano mezzi di contrasto sia di organi cavi che per via endovena, la RM assieme alla TAC di ultima generazione sembrano indispensabili per avere un'immagine di insieme e per il riconoscimento della patologia in organi non a contatto con quelli riproduttivi. Ci si deve aspettare che le immagini sempre più particolareggiate che le metodiche quali la RM con tre o più Tesla sono in grado di fornire, possano presto consentire ulteriore precisione diagnostica, pur restando l'ecografia TV il riferimento attuale soprattutto per le lesioni più basse.

Trattamento medico. Sebbene gli analoghi del GnRH abbiano dimostrato inizialmente il maggiore interesse, con gli anni di studio e di esperienze cliniche il loro uso è stato limitato a brevi periodi di trattamento. L'uso degli estro progestinici o dei soli progestinici si è dimostrato ugualmente efficace, con assenza dei gravi effetti collaterali causati dalla menopausa medica indotta dagli analoghi del GnRH (Paoletti AM, Serra GG, Cagnacci A, Vacca AM, Guerriero S, Solla E, Melis GB. Spontaneous reversibility of bone loss induced by gonadotropin-releasing hormone analog treatment. Fertil Steril. 1996;65:707-10). Nel trattamento medico dell'endometriosi oggi disponiamo di un progestinico con caratteristiche peculiari grazie al suo effetto anti-immu-

nitario e antiangiogenetico, capace di ridurre il sintomo dell'endometriosi in modo simile agli analoghi del GnRH, ma senza gli effetti collaterali di questi ultimi. La ricerca è orientata in tutto il Mondo a trattamenti innovativi, tra cui gli analoghi antagonisti del GnRH che possano essere assunti per via orale, piuttosto che per via intramuscolare. L'Italia, con i diversi centri che si interessano a 360° del problema endometriosi partecipa con vivace interesse a tali ricerche.

Di tali argomenti il congresso nazionale di Cagliari tratterà con sessioni dedicate e con lettura magistrale, per permettere ai partecipanti di delineare l'iter terapeutico con l'uso di diversi preparati sperimentati negli anni. Combattere il dolore è prioritario perché nell'endometriosi esso può devastare la salute psico-fisica della persona che ne è affetta, con coinvolgimento dei familiari che spesso assistono impotenti alla sofferenza che ta-

Oggi il problema più importante da superare è l'informazione non capillare e talvolta errata. Per questo è importante che nell'ambito della Sigo e delle Società scientifiche affiliate si dia sempre maggiore importanza all'uso dei sistemi informatici per l'identificazione dei centri di eccellenza

le patologia arcaica. Per la donna affetta da endometriosi, il compito del Ginecologo non è solo quello di porre diagnosi e curare, ma soprattutto quello di considerare tutte le problematiche che si ripercuotono sulla sfera psico-emotiva della donna. Per l'endometriosi, il detto della medicina moderna che non è orientato a curare la malattia, ma la persona che ne è affetta, è prioritario. Ecco perché nel trattamento dell'endometriosi trovano una loro localizzazione anche altri trattamenti da usarsi singolarmente o in associazione al trattamento capace di inibire la sti-

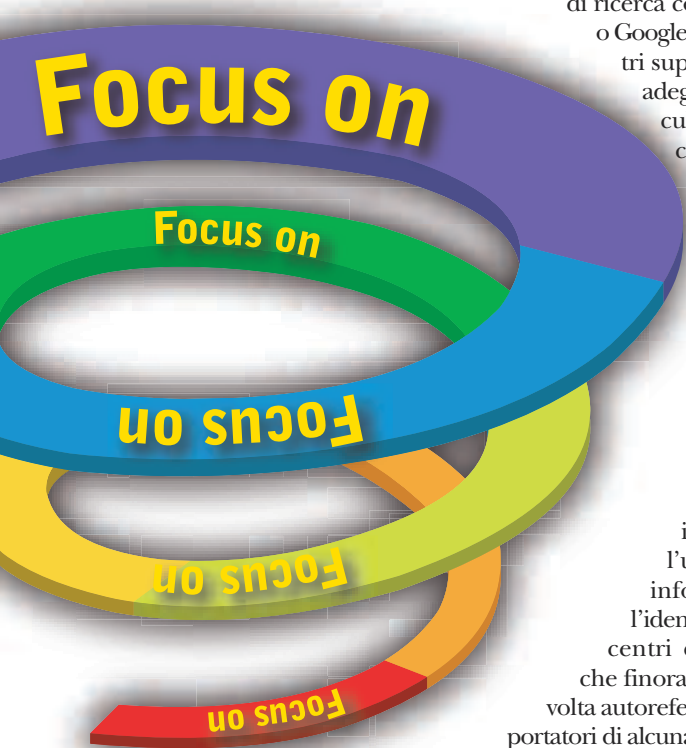
molazione ormonale sull'impianto endometriosico. Tra questi meritano di essere ricordate quelle sostanze che inibiscono l'azione del mastocita, il cui ruolo centrale nella infiammazione cronica è ormai noto. Gli studi in questo settore sono ancora limitati ed è augurabile che essi vengano potenziati al fine di offrire delle alternative alle pazienti. Ancora in via del tutto sperimentale è la possibilità di usare per il solo trattamento del sintomo dolore, dei particolari cerotti, dispositivi ad interfaccia dermatomica (da posizionare in precise zone cutanee che hanno dei rapporti con precise aree miofasciali, connettivali e neuronali del corpo).

Trattamento chirurgico. L'uso della laparoscopia e la sua evoluzione anche nel settore della robotica consente oggi di affrontare con la corretta radicalità e mini-invasività pressoché tutti i tipi di endometriosi. La disponibilità di una diagnostica radiologica ed ecografica sempre più raffinata avrebbe dovuto consentire una maggiore selettività nella scelta dell'intervento chirurgico solo diagnostico o diagnostico operativo di secondo livello, o dell'intervento laparoscopico terapeutico di alta chirurgia come nella DIE con interessamento di più organi. In realtà, è esperienza clinica frequente l'esecuzione di interventi chirurgici per grave endometriosi in centri che mai hanno potuto maturare la capacità

di aggredire con la dovuta radicalità l'endometriosi già evidente nei test diagnostici pre-chirurgici. In questo settore è quindi ancora possibile che la DIE venga affrontata in centri ove l'intervento viene descritto come "biopsia", "biopsia e diatermocoagulazione" di endometriosi profonda.

Nei centri di esperienza, tale descrizione dovrebbe essere limitata solo alle pazienti che per diversi motivi non danno il consenso scritto e particolareggiato sulla esigenza espressa in sede pre-chirurgica della necessità di asportazione dell'endometriosi

► **Segue a pagina 27**



sull'origine dell'endometriosi e sulla importanza della mestruazione retrograda, del milieu estrogenico, della innervazione dei tessuti.

I maggiori progressi nell'affrontare l'endometriosi sono stati realizzati nel campo diagnostico e terapeutico. In Sardegna e nel resto d'Italia le ricerche sulla diagnosi e sul trattamento di questa patologia sono state molto avanzate e non inferiori, come importanza, a quelle realizzate negli altri Paesi evoluti. È indubbio che la presenza di gruppi che si sono specificatamente interessati di ricerca clinica avanzata abbia consentito alle pazienti con endometriosi che il percorso fosse negli ultimi anni facilitato sin dal momento della diagnosi. Anche in Sardegna, i tempi necessari per il sospetto e la diagnosi successiva si sono molto accorciati, soprattutto nei centri di riferimento nei quali ultimi è pressoché impossibile che in pochi anni dall'inizio dei sintomi non si ponga il sospetto e si proceda al-





“A Cagliari celebriamo anche il nostro appuntamento annuale. Con un programma impegnativo e stimolante”

Giovanni Fattorini
Presidente AGITE

Anche questa volta Agite si presenta all'appuntamento annuale dei ginecologi italiani con un suo programma, che crediamo possa essere considerato davvero un vero e proprio Congresso Nazionale, e di questa opportunità ringraziamo come sempre i Presidenti del Congresso. Questa scelta ha una sua storia. Dopo i primi seminari e le start-up svoltisi a Roma e a Villasimius tra il 2007 e il 2008, il primo Congresso Nazionale si celebrò sempre a Villasimius nel 2009. Nel 2011 organizzammo il secondo Congresso Nazionale che si svolse come in molti ricorderanno a Roma nel novembre di quell'anno. Quando nel 2012 l'allora Presidente della Sigo invitò tutte le Società affiliate a rinunciare a celebrare il proprio Congresso Nazionale per favorire la convergenza di tutte le risorse, culturali e materiali nell'organizzazione del Congresso Mondiale Figo di Roma aderimmo con convinzione a quell'invito e il successo di quell'evento si è rivelato la miglior conferma della saggezza di quella scelta.

L'anno scorso a Napoli è maturata definitivamente la decisione di celebrare il nostro appuntamento annuale in occasione del Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui, in attesa di poter svolgere il primo congresso del Collegio dei ginecologi italiani che per quanto ci riguarda rimane obiettivo strategico del nostro esistere ed operare. Anche quest'anno è previsto, come l'anno scorso, uno spazio ampio – un'intera sessione – gestito dai colleghi della regione che ci ospita. In questo caso la Sardegna.

Questa scelta risponde a più motivazioni. Innanzi tutto consente al gruppo regionale dell'Associazione di poter portare all'attenzione generale temi, problematiche, esperienze specifiche di quella realtà e di confrontarle con la realtà nazionale, avendo inoltre la possibilità

La scelta, maturata l'anno scorso a Napoli, di celebrare il nostro appuntamento annuale in occasione del Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui risponde a molteplici motivazioni. Non ultima, quella di favorire una migliore conoscenza umana e professionale tra gli ospiti e colleghi che provengono da luoghi anche molto disparati. Un'opportunità per superare quel “gap relazionale” che riguarda soprattutto i ginecologi che operano nella “dimensione territoriale” e cioè in contesti caratterizzati molto spesso da isolamento e autoreferenzialità



Il programma che abbiamo definito prevede una scaletta densa e sicuramente stimolante. Sarà necessario molto rigore e la responsabilità di tutti per gestire bene un programma così impegnativo. Il nostro e mio personale ringraziamento va a tutti i colleghi sardi, in particolare a Luigi Mannu e Silvana Sanna

di illustrare le caratteristiche organizzative dei servizi e comparare i risultati ottenuti facendo conoscere meglio le peculiarità locali.

Un secondo motivo che ci ha condotto a proporre questo modello è rappresentato dall'opportunità offerta da un appuntamento nazionale di poter conoscere non solo le esperienze cliniche e organizzative di altre regioni italiane ma anche di

favorire una migliore conoscenza umana e professionale tra gli ospiti e colleghi che provengono da luoghi anche molto disparati superando quel “gap relazionale” che riguarda soprattutto i ginecologi che operano nella “dimensione territoriale” e

cioè in contesti caratterizzati molto spesso da isolamento e autoreferenzialità.

Vi è inoltre un terzo motivo che giustifica questa scelta e che va nella direzione di una maggiore sensibilità nei confronti del tema dei costi che questi appuntamenti oggi richiedono. Questo, come sappiamo, è un

tema su cui già da tempo tutte le società scientifiche, anche loro malgrado, sono costrette a fare i conti (è il caso di dirlo!) e non vi è dubbio che coinvolgere in un congresso nazionale una componente importante di colleghi “residenti” consente anche un contenimento dei costi. Tenuto conto di queste premesse, il programma che abbiamo definito prevede una tavola rotonda che darà inizio al Simposio e che affronterà uno dei

temi sul quale da sempre è vivo l'interesse e anche la curiosità della comunità scientifica che si interessa di contraccezione e di controllo della fertilità e cioè il dato, sicuramente intrigante sul piano sociale ed antropologico, del primato che la Sardegna detiene a livello nazionale in ter-

mini di utilizzo dei contraccettivi ormonali. Anche i dati più recenti confermano come il maggior uso della pillola si abbia in Sardegna (oltre il 30%) seguito dalla Val D'Aosta ed Emilia Romagna, mentre il consumo più basso si registrerebbe in Basilicata, Campania, Calabria, Puglia, Molise. Ne parleranno Emilio Arisi, Anna Maria Paoletti, rappresentanti delle associazioni femminili e la Prof.ssa Maria Castiglioni del Dipartimento di Scienze Statistiche dell'Università di Padova. Sarà poi la volta di un aggiornamento dei risultati del Progetto multicentrico avviato da Agite da qualche anno riguardante l'uso della Contraccezione d'Emergenza.

Dopo una sessione dedicata ai progressi delle tecniche diagnostiche che ci sono più familiari (Colposcopia, Ecografia, Isteroscopia nella sua versione office) e che vengono utilizzate sempre più frequentemente in contesti non dedicati alla cura e alla degenza – e che possono virtuosamente integrare le attività ospedaliere delegando ad esse i necessari approfondimenti quando questo si rende opportuno – l'attenzione sarà rivolta ad un appuntamento che sta diventando ormai una consuetudine dei nostri congressi e che speriamo non si traduca però in una mera ritualità. Ci riferiamo al confronto tra i massimi dirigenti delle nostre Associazioni e alcuni autorevoli rappresentanti delle Istituzioni e della Politica sul futuro dei Servizi extraospedalieri dedicati alla Salute della Don-

na, Consultori Familiari in primo luogo. Il tema è, in questo frangente storico, se è possibile ancora più attuale del recente passato e fare il punto su questo aspetto dopo l'approvazione del Patto per la Salute e l'annunciata riforma della “riforma” del Titolo V della Costituzione ci è sembrato quanto mai opportuno. Il pomeriggio sarà poi dedicato ad un confronto tra alcuni dei nostri Segretari Regionali sull'attuazione del Percorso Nascita.

È noto che l'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni, il 6 dicembre 2010, delle linee guida nazionali che dovevano portare alla chiusura definitiva dei reparti di maternità dove si effettuano meno di 500 parti all'anno e alla razionalizzazione/riduzione di quelli che ne effettuano meno di 1.000 nonché alla promozione e al miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (linee che, sottolineava una nota dell'allora ministro della Salute, “dovranno essere avviate congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale”) sono state adottate in modo molto disomogeneo in tutto il Paese.

Questo incontro servirà a fare il punto soprattutto su alcune indicazioni di quel documento che riguardavano compiti ed impegni delle strutture territoriali e di cui si parla sempre troppo poco. Si veda ad esempio il capitolo dedicato all'integrazione territorio-ospedale dove si può leggere testualmente che “Si intende garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale e la realizzazione di reti dedicate al tema materno-infantile sulla base della programmazione regionale. Dovrebbero essere previsti percorsi assistenziali differenziati che favoriscano la gestione delle gravidanze fisiologiche presso i consultori e le dimissioni protette delle puerpere e dei neonati”.

La seconda parte del pomeriggio sarà gestita integralmente dal gruppo di colleghi della Sardegna che, come già detto, relazioneranno su alcune delle più rappresentative esperienze realizzate in quella Regione per concludere con una Tavola Rotonda tra i relatori della Sessione sul ruolo della medicina territoriale nella organizzazione sanitaria regionale sarda.

Una scaletta densa e sicuramente stimolante. Sarà necessario molto rigore e la responsabilità di tutti per gestire bene un programma così impegnativo. Penso che ce la faremo aiutati in questo dalla collaborazione che abbiamo avuto da tutti i colleghi sardi e in particolare da Luigi Mannu e Silvana Sanna a cui va il nostro e mio personale ringraziamento. **Y**

Carminè Gigli
Presidente FESMED

Il sovrapporsi dell'entrata in vigore dell'art. 3, c. 5, l. e, della legge 148/2011 (1) con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della legge 114/2014 ha creato una certa confusione, aggravata dal fatto che non è stato ancora pubblicato l'atteso D.P.R. previsto dall'art. 3 della "legge Balduzzi" (189/2012), il quale dovrebbe "agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie" e "disciplinare le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti".

Per poter comprendere meglio quali obblighi derivino da dette norme per i medici specialisti, in relazione al tipo di attività che svolgono, analizzeremo le diverse situazioni che si possono presentare.

Dirigente medico con rapporto di lavoro esclusivo con il Ssn (intra-moenia)

Sono esclusi da ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista dalla normativa contrattuale vigente, come prevede la "legge Balduzzi" (189/2012) modificata dalla legge 114/2014 (2). Come ha sempre sostenuto la FESMED, si conferma che per i medici dipendenti i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale resa nell'ambito del SSN, compresa la libera professione intramuraria, sono quelli collegati alla ipotesi di dolo o colpa grave e com'era già noto, per cautelarsi dal diritto di rivalsa è necessario stipulare la sola polizza per la colpa grave (3).

Dirigente medico con rapporto di lavoro non esclusivo con il Ssn (extra-moenia)

Anche per codesti medici i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale resa nell'ambito del Ssn restano quelli collegati alla ipotesi di dolo o colpa grave. Al contrario, per l'esercizio della libera professione extramuraria ricadono sotto l'obbligo introdotto dalla legge 148/2011, che richiede di stipulare un'idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.

Medici specialisti convenzionati con il Ssn

I rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale resa nell'ambito del rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale dovrebbero essere esclusi da ogni copertura assicurativa della responsabilità civile, come prevede la "legge Balduzzi" (189/2012) modificata dalla legge 114/2014

La responsabilità professionale medica dopo il 15 agosto 2014

Lo scorso 15 agosto 2014 è scaduta l'ultima proroga all'entrata in vigore della legge che rende obbligatorio per i professionisti della sanità di stipulare un'idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale e rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale (decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, art. 3, comma 5, lettera e)



(art.3, c.4), comunque, in considerazione della molteplicità delle convenzioni in essere, la loro posizione dovrebbe essere meglio chiarita dall'emanando D.P.R. previsto dall'art. 3 della "legge Balduzzi" (189/2012).

Medici specialisti ambulatoriali interni

Sulla base dell'Accordo Nazionale del 9 marzo 2010, (4) la posizione dei medici specialisti ambulatoriali che sono autorizzati a svolgere la libera professione intramuraria è rapportabile a quella del dirigente medico con rapporto di lavoro esclusivo. Invece, per coloro che esercitano la libera professione extramura-



ria interviene l'obbligo dell'assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, introdotto dalla legge 148/2011.

Medici dipendenti delle strutture sanitarie private

Anche la posizione di questi medici, se dipendono da strutture sanitarie associate Aiop, Aris e Fdg (la maggior parte degli ospedali classificati e convenzionati), è rapportabile a quella del dirigente medico con rapporto di lavoro non esclusivo. Infatti, il Ccnl 2002-2005 del personale medico delle strutture sanitarie private associate Aiop, Aris e Fdg all'art. 25, (5) prevede che le strutture garantiscano il medico per la responsabilità civile, salvo il caso di colpa grave o dolo. Tuttavia, detto contratto non stabilisce in maniera esplicita che la copertura assicurativa deve valere anche per l'attività libero professionale svolta in azienda. Di conseguenza, in caso di esercizio della libera professione interviene l'obbligo introdotto dalla legge 148/2011, a meno che non intercorrano degli accordi locali che pongano l'obbligo assicurativo in capo all'Azienda.

Medici libero professionisti

Qualunque sia l'attività profes-

Il testo annotato dell'art. 27, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, coordinato con la legge di conversione 11 agosto 2014, n. 114

Decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, coordinato con la legge di conversione 11 agosto 2014, n. 114, recante: «Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari.» (GU Serie Generale n.190 del 18-8-2014 - S. O. n. 70)

Art. 27 - Disposizioni di semplificazione e razionalizzazione in materia sanitaria

1. All'articolo 3, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, sono apportate le seguenti modifiche:

► Segue a pagina 24

sionale che intendano svolgere sono tenuti a stipulare un'adeguata assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, con l'obbligo di rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Avranno gli stessi obblighi anche i medici dipendenti delle Cliniche private, se l'azienda dalla quale dipendono, nel "dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (Rct) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (Rco), a tutela dei pazienti e del personale", come stabilisce la L. 114/2014, non abbia esplicitamente previsto che la struttura garantisce il medico dipendente e/o convenzionato per la responsabilità civile, salvo il caso di colpa grave o dolo. Nonostante la legge 148/2011 preveda che le condizioni generali delle polizze assicurative pos-

sano essere negoziate, "in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti", sino a questo momento non si ha notizia di iniziative di tal genere, anche perché si è in attesa che venga emanato il D.P.R. previsto dall'art. 3, della "legge Balduzzi" (189/2012), al quale si è accennato in precedenza. Lo scorso 1 luglio, quando la bozza di detto D.P.R. è stata presentata ai rappresentanti delle Organizzazioni sindacali, era stata sollevata la questione dell'inopportunità che l'obbligo dell'assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale entrasse in vigore prima dell'emanazione del D.P.R. e quindi, prima che venissero emanati i requisiti minimi per i contratti di assicurazione e venisse istituito il Fondo rischi sanitari, previsto dalla "legge Balduzzi" (189/2012). Per tale motivo era stato sollecitato il rinvio ancora per un anno dell'obbligo assicurativo. Come si è visto, sono prevalsi degli interessi diversi da

quelli dei medici e in questo momento, dobbiamo prendere atto che i medici sono stati lasciati in balia di un mercato assicurativo avido e avaro di garanzie. ■ **Benché la legge 148/2011 non preveda sanzioni per i professionisti inadempienti, non dobbiamo dimenticare che il nuovo codice deontologico approvato dalla FNOMCeO, all'art. 54 stabilisce:** "In armonia con le previsioni normative, il medico libero professionista provvede a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale". C'è da sperare che gli Ordini dei Medici provinciali non si sentano in dovere di aprire dei procedimenti nei confronti dei professionisti inadempienti e preferiscano regolarsi come ha promesso di fare il Presidente dell'Ordine di Milano, il quale ha dichiarato che eviterà ai propri iscritti la beffa che vengano assunti provvedimenti disciplinari a chi l'assicurazione ha disdetto la polizza. ■

Il testo annotato dell'art. 27, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, coordinato con la legge di conversione 11 agosto 2014, n. 114

► Segue da pagina 23

- a) al comma 2, lettera a), primo periodo, dopo le parole "di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie" sono aggiunte le seguenti: "anche nell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, nei limiti delle risorse del fondo stesso"; (6)
- b) al comma 2, lettera a), (6) secondo periodo, le parole "in misura definita in sede di contrattazione collettiva" sono sostituite dalle seguenti: "nella misura determinata dal soggetto gestore del fondo di cui alla lettera b)";
- c) al comma 4, (7) primo periodo, le parole "Per i contenuti" sono sostituite dalle seguenti: "Nel rispetto dell'ambito applicativo dell'articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, (8) per i contenuti".
- 1-bis.** A ciascuna azienda del Servizio sanitario nazionale (SSN), a ciascuna struttura o ente privato operante in regime autonomo o accreditato con il SSN e a ciascuna struttura o ente che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi è fatto obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica
- 2. (abrogato)**
- 3.** All'articolo 7, comma 1, primo periodo, del decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, le parole "da quaranta" sono sostituite dalle seguenti: "da trenta" (9).
- 4.** Al trentesimo giorno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, i componenti in carica del Consiglio superiore di sanità decadono automaticamente. Entro il medesimo termine, con decreto del Ministro della salute il Consiglio superiore di sanità è ricostituito nella composizione di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, come modificato dal comma 3 del presente articolo.

Note

1. Legge 14 settembre 2011, n. 148, articolo 3, comma 5, lettera e)

e) a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti;

2. L. 189/2012, art. 3, comma 4, modificato dalla legge 114/2014, art. 27, comma 1, lettera c)

3. CCNL 2002-2005, del 3 novembre 2005, Art. 21 - Copertura assicurativa

1. Le aziende garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 del CCNL dell'8 giugno 2000 per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.

4. Accordo Collettivo Naziona-

le per la Disciplina dei Rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici Veterinari ed altre Professioni Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) Ambulatoriali ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e succ. mod. e integrazioni, Biennio economico 2008-2009, di data 9 marzo 2010.

ART.41 - Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

1. L'azienda, sentiti i Sindacati di cui all'art. 34 comma 13, provvede ad assicurare gli specialisti ambulatoriali e i professionisti, comunque operanti sia in attività istituzionale o in intramoenia, negli ambulatori in diretta gestione e nelle altre strutture aziendali, contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale ai sensi del presente

Accordo, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio, sempreché il servizio sia prestato in comune

diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna ai sensi dell'art. 32; sono compresi i danni comunque verificatisi nell'utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale.

5. CCNL 2002-2005 del personale medico delle strutture sanitarie private associate AIOP, ARIS e FDG.

Art.25 - Responsabilità civile.

Le Strutture sanitarie debbono garantire il medico, relativamente all'attività di servizio, mediante polizza di assicurazione adeguata alla tipologia della Struttura presso una società assicuratrice di importanza nazionale, per la responsabilità civile derivante da eventuali azioni giudiziarie promosse da terzi, ivi comprese le spese globali di giudizio, fino a copertura assicurativa, senza diritto di rivalsa, salvo il caso di colpa grave o dolo decretati con sentenza passata in giudicato.

6. Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 recante: «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».

GU n. 263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201 Art.3, comma 2

2. Con decreto del Presidente della Repubblica, adottato ai sensi dell'art. 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, da emanare entro il 30 giugno 2013, su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle pro-

fessioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, anche in attuazione dell'art. 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, sono disciplinate le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti, in conformità ai seguenti criteri:

a) determinare i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, prevedere l'obbligo, in capo ad un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie anche nell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, nei limiti delle risorse del fondo stesso. Il fondo viene finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta, in misura definita in sede di contrattazione collettiva nella misura determinata dal soggetto gestore del fondo di cui alla lettera b), e da un ulteriore contributo a carico delle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale, determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, comunque non superiore al 4 per cento del pre-

mio stesso, con provvedimento adottato dal Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie;

b) determinare il soggetto gestore del Fondo di cui alla lettera a) e le sue competenze senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

7. Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 recante: «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».

GU n. 263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201 Art.3, comma 4.

4. Per i contenuti Nel rispetto dell'ambito applicativo dell'articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, per i contenuti e le procedure inerenti ai contratti assicurativi per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale resa nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto di convenzione, il decreto di cui al comma 2 viene adottato sentita altresì la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province au-

tonome di Trento e di Bolzano. Resta comunque esclusa a carico degli enti del Servizio sanitario nazionale ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista, per il relativo personale, dalla normativa contrattuale vigente.

8. Legge 14 settembre 2011, n. 148, articolo 3, comma 5, lettera e)

e) a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti;

9. Decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, art. 7, comma 1:

1. Il Consiglio superiore di sanità è costituito da trenta componenti non di diritto e dai componenti di diritto di cui al comma 3, nominati con decreto del Ministro della salute. Esso svolge le funzioni di cui all'art. 4 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, e le altre attribuitegli dalla normativa vigente.



AOGOI Abruzzo. Punti nascita

Servono investimenti, mancano anche le ambulanze per i neonati

Dopo le proteste per la possibile chiusura dei 4 punti nascita di Penne, Atri, Sulmona e Ortona, al di sotto della soglia di legge dei 500 parti all'anno, l'Aogoi scende in campo a difesa della sicurezza, ed elenca le mancanze negli ospedali, tra cui l'ambulanza per il trasporto dei neonati

C'è una delibera della giunta regionale, la 144 del 2001, che stabilisce la necessità di un'ambulanza attrezzata per il trasporto neonatale. Ma, dopo 13 anni, questa ambulanza in Abruzzo ancora non c'è. Nonostante il piano Fazio, in vigore dal 2011, inserisca i mezzi di trasporto tra gli standard necessari. A far luce sullo stato di salute degli ospedali abruzzesi è **Quirino Di Nisio**, segretario Aogoi Abruzzo, in seguito alle polemiche per la prevista chiusura dei punti nascita con un numero di parti all'anno inferiore ai 500.

“La scelta inderogabile di riorganizzazione del sistema dei punti nascita – spiega il segre-

tario regionale Aogoi in un comunicato stampa – ha bisogno di investimenti al fine di garantire sicurezza ed efficienza alla madre e al nascituro. Rispetto al piano Fazio, la Regione Abruzzo è, sostanzialmente, inadempiente. Ben consapevole della situazione, l'ex sub-commissario alla Sanità, Giovanna Baraldi, attualmente alla Regione Piemonte, fin dal novembre 2011 aveva ufficialmente dichiarato che entro il 31 dicembre 2012 i punti nascita abruzzesi avrebbero assicurato l'applicazione degli standard di sicurezza previsti dal piano. Ma nulla è stato fatto né nel 2012, né nel 2013, pur con altre figure commissariali”.

Nel frattempo, la Medicina

progredisce e per scongiurare una complicazione del parto, come l'ipoossigenazione nel corso del travaglio, attualmente è richiesto un trattamento in ipotermia, che deve essere eseguito entro le prime sei ore dalla nascita da personale esperto, immediatamente operativo, se necessario anche nel corso del trasporto con ambulanza dedicata.

Coloro che discutono di punti nascita senza requisiti di legge, sottolinea la nota, è bene che si rendano conto della responsabilità connessa all'evento parto e partecipino ad una seria, efficiente e credibile organizzazione sanitaria, aggiornata alle conoscenze scientifiche attuali con adeguati mezzi tecnici e personale esperto.

Ma il piano Fazio prevede anche una sala operatoria nel blocco travaglio/parto per gli interventi d'urgenza, mentre, nella Regione Abruzzo, fa notare l'Aogoi, nessun blocco parto contiene una sala operatoria, una assoluta minoranza di presidi presenta sale operatorie sullo stesso piano della sala parto mentre in tre

degli ospedali a più elevata numerosità di parti, Chieti, Pescara e l'Aquila, le sale operatorie sono dislocate a svariati piani di distanza dalla sala parto.

E per quanto riguarda il pronto soccorso ostetrico, al primo punto del piano, nessun direttore Generale di Asl ha sentito la necessità di discuterne, mentre si continua ad operare in diversi ospedali in regime di reperibilità senza la presenza della guardia interna h/24 prevista tassativamente, invece, dal piano Fazio.

“Il numero di 500 parti all'anno è lo standard minimo per cure perinatali qualitativamente accettabili (come previsto fin dal 2012 dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) – spiega Di Nisio. Se la Regione Abruzzo, nel suo governo regionale, dovesse ritenere di attivare punti nascita con numerosità di parti inferiore bisogna avere la consapevolezza che questa decisione è al di fuori di qualsiasi linea guida e di qual-

siasi standard nazionale ed internazionale ed aumenta il rischio clinico per ogni singolo evento parto in maniera esponenziale e clinicamente inaccettabile”.

Come storica associazione degli ostetrici e ginecologi italiani – sottolinea la nota Aogoi – “non potremo che evidenziare alle gestanti la reale rischiosità dei singoli punti nascita che non ottemperano ai requisiti di sicurezza indicati nel piano Fazio. La scelta inderogabile di riorganizzazione del sistema dei punti nascita ha bisogno di investimenti al fine di garantire sicurezza ed efficienza a madre-gestante e nascituro-bambino, avvicinando la nostra Regione Abruzzo agli standard delle regioni italiane “virtuose”. Piccole cifre di fronte a roboanti programmi di ristrutturazione edilizia, ma molto più importanti per la vita e la soddisfazione delle persone, necessarie per implementare competenze, affidabilità, organizzazione e formazione”.

“La scelta inderogabile di riorganizzazione del sistema dei punti nascita ha bisogno di investimenti al fine di garantire sicurezza ed efficienza a madre-gestante e nascituro-bambino. Rispetto al piano Fazio, la Regione Abruzzo è, sostanzialmente, inadempiente”

In ricordo di Maria Angelica

Tutti gli operatori del reparto di Ginecologia del Microcitemico e l'Aogoi tutta le sono immensamente grati: coscienti che la medicina prenatale e perinatale abbiano perso con Maria Angelica Zoppi un grande medico e una grande ricercatrice

L'Ostetrica e Ginecologia dell'Ospedale Microcitemico di Cagliari vogliono ricordare con affetto e riconoscenza la collega Maria Angelica Zoppi, venuta a mancare improvvisamente lo scorso 13 agosto. Angelica ha fatto parte per venti anni del Servizio di Diagnosi Prenatale, collaborando instancabilmente, con passione, dedizione, altissima professionalità, e contribuendo in maniera determinante a renderlo Centro di riferimento all'avanguardia scientifica nel panorama nazionale e

internazionale.

A lei dobbiamo l'introduzione in Sardegna e in Italia dello screening prenatale mediante la misurazione della translucenza nucale, tecnica da lei appresa nel 1996 durante la sua permanenza presso il King's College di Londra.

Successivamente introdusse altri markers ecografici e l'esame morfologico fetale precoce.

Apprezzata e stimata a livello nazionale e internazionale, si è distinta per le numerose pubblicazioni nelle principali riviste scientifiche internazionali, per la stesura delle Linee Guida Sieog 2002 e

di protocolli di studio in ambito ecografico e di medicina perinatale, per l'ammirevole partecipazione in qualità di relatrice e organizzatrice di numerosi congressi in Italia e all'estero.

Maria Angelica o “Maz”, come spesso veniva chiamata, era il medico che ogni paziente avrebbe voluto incontrare: sempre disponibile e cortese, voleva che chiunque entrasse in contatto con lei si trovasse a proprio agio, ed era un esempio di grande competenza professionale e serietà. Con i colleghi poteva apparire ad un primo approccio un po' seria e distaccata ma, subito

dopo, tutti si accorgevano della sua grande cultura e preparazione scientifica, che non custodiva gelosamente ma condivideva con tutti. Quante volte un collega è stato consigliato da lei circa la valutazione di un particolare caso clinico, uno scambio di opinioni sulla diagnosi o per qualsiasi altro problema inerente alla professione o all'organizzazione del lavoro e del reparto.

Lavorava instancabilmente e, quando aveva terminato l'attività ambulatoriale, si dedicava allo studio, alla ricerca, all'approfondimento di ogni questione che le si fosse

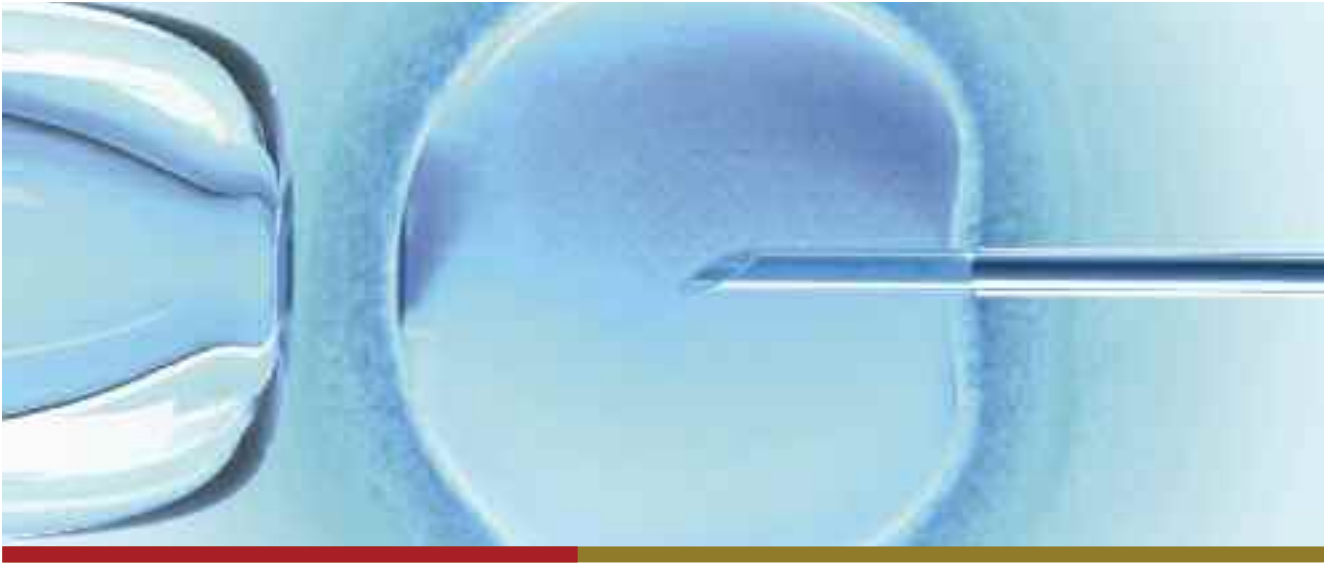
presentata, in modo da risultare sempre pronta e preparata a risolvere i casi che le venivano sottoposti. Mai si è rifiutata di dare la mano ad un collega più giovane, o anche di affiancarlo ed assisterlo, con la sua pluriennale esperienza, allorché si trattava di affrontare casi insoliti o particolarmente difficili da risolvere. In questo modo il suo bagaglio di conoscenze e di esperienza ha potuto essere trasmesso agli altri e non è andato (almeno in parte) perduto.

Tutti gli operatori del reparto di Ginecologia del Microcitemico



le sono immensamente grati, coscienti che la medicina prenatale e perinatale abbiano perso un grande medico e una grande ricercatrice.

Giovanni Monni e colleghi



Fecondazione eterologa: in attesa di una legge nazionale, le Regioni presentano le linee guida

■ Il documento tecnico approvato dalla Conferenza delle Regioni il 4 settembre scorso prevede che gli interventi siano a carico del sistema sanitario per le donne che non superino i 43 anni. Fissato un limite massimo di dieci nati per ogni donatore, che non potrà essere scelto sulla base di specifiche caratteristiche fenotipiche. Sarà però garantita la somiglianza con i genitori

Dopo la sentenza della Consulta dello scorso aprile, che ha abolito il divieto di ricorrere all'eterologa sancito dalla Legge 40, si è immediatamente aperto il dibattito sulle forme e le modalità più adeguate a disciplinare la materia. In attesa di un intervento da parte del governo, il 28 luglio la Regione Toscana ha deliberato la possibilità di offrire la fecondazione eterologa ai propri cittadini nei centri pubblici, privati e convenzionati. Il Consiglio dei Ministri dell'8 agosto avrebbe dovuto definire un Decreto legge per regolamentare l'eterologa, come richiesto dal Ministro Beatrice Lorenzin. Tuttavia, con una inaspettata inversione di rotta, il Cdm ha deciso di affidare la disciplina all'iniziativa legislativa parlamentare. I motivi della scelta sono stati poi chiariti da una lettera scritta dalla stessa Lorenzin ai capigruppo di Camera e Senato. "Tenuto conto degli evidenti profili etici che attingono la materia", il governo ha deciso "di rimettere ad una iniziativa legislativa parlamentare la disciplina della Pma eterologa nel nostro ordinamento".

Nel frattempo, però, la Toscana ha proseguito lungo la propria strada e l'Ospedale Careggi di Firenze si è attrezzato per ricevere le prime coppie. E altre Regioni annunciavano di voler adottare la stessa linea. Proprio per evitare che fossero intraprese vie troppo differenti tra loro, il 3 settembre la Commissione Salute della

Conferenza delle Regioni ha trovato l'intesa per la definizione delle linee guida. Il giorno seguente il documento ha ottenuto il placet unanime da parte di tutti i presidenti.

Le indicazioni prodotte dalle Regioni prevedono un massimo di 10 nati per donatore, però la coppia che ha già avuto un figlio da eterologa potrà averne altri sempre dallo stesso donatore. Gli interventi saranno inseriti nei Lea, ma con un limite: saranno a carico del sistema sanitario solo per le donne che non superano i 43 anni di età, tutte le altre in "età fertile" dovranno mettere mano al portafogli. La donazione di gameti è consentita ai soggetti di sesso maschile di età non inferiore ai 18 anni e non superiore ai 40 anni, e ai soggetti di sesso femminile di età non inferiore ai 20 anni e non superiore ai 35 anni. Gli interventi sono consentiti soltanto nei centri per la Procreazione medicalmente assistita conformi alla normativa regionale di autorizzazione e accreditamento che siano giudicati idonei.

Le direttive saranno recepite dalle Regioni con delibera di giunta regionale o con specifico provvedimento regionale. Regioni che, come si legge nelle premesse del documento, in assenza di una decisione del Governo "hanno condiviso la responsabilità di fornire direttive operative ed indicazioni cliniche omogenee al fine di rendere immediatamente esigibile un diritto

costituzionalmente garantito su tutto il territorio nazionale, dimostrando capacità di governance nazionale".

Il documento indica chi sono i soggetti candidabili alla donazione e i criteri per la loro selezione, quali sono i test di screening per il controllo dei donatori. Poiché la donazione di ovociti comporta stimolazione ovarica, con monitoraggio e recupero degli ovociti, la procedura implica notevoli disagi per la donna, a differenza di quanto avviene invece per i gameti maschili. Sono quindi candidabili: donne che in modo spontaneo e altruistico decidono di donare i propri gameti e non si stanno sottoponendo ad un trattamento di fecondazione assistita a loro volta (avvertite preventivamente dei rischi); donne che si stanno sottoponendo ad un trattamento di fecondazione assistita a loro volta; donne che hanno congelato gameti in passato e non volendo utilizzarli decidono di donarli.

La selezione di una donatrice dovrebbe essere effettuata da un team composto da ginecologo e biologo con possibilità di consulenza da parte di un genetista ed uno psicologo, sotto la supervisione del responsabile del Centro. I criteri principali nella scelta di una donatrice sono il buono stato di salute e l'assenza di anomalie genetiche note all'interno della famiglia (questo deve essere definito attraverso una accurata anamnesi genetica anche mediante un questionario validato da genetisti). La donatrice deve essere in grado di fornire notizie circa lo stato di salute di entrambi i genitori biologici; non deve essere adottato, né concepito a sua volta da donatore di gameti, né figlio di padre/madre non noto.

Si prevede la creazione di un registro regionale per la tracciabilità dei donatori/nati. I donatori rimarranno anonimi anche se, in caso di esigenze mediche del nato si potrà risalire alle

informazioni sugli aspetti genetici del donatore. E ancora, non potrà essere selezionata la "tipologia" dei donatori fatta salva l'indicazione ai centri di garantire eccessive disparità tra le caratteristiche della coppia che accede al trattamento e quelle del donatore. In sostanza, il nato da fecondazione eterologa per quanto possibile manterrà lo stesso fenotipo della coppia ricevente ma, come specifica il documento "non è possibile per i pazienti scegliere particolari caratteristiche fenotipiche del donatore, al fine di evitare illegittime selezioni eugenetiche. In considerazione del fatto che la fecondazione eterologa si pone per la coppia come un progetto riproduttivo di genitorialità per mezzo dell'ottenimento di una gravidanza, il centro deve ragionevolmente assicurare la compatibilità delle principali caratteristiche fenotipiche del donatore con quelle della coppia ricevente".

Le direttive saranno recepite dalle Regioni con delibera di giunta regionale o con specifico provvedimento regionale

Prevista l'istituzione di un archivio o Registro centralizzato della donazione di gameti, così da poter rilevare eventuali plurime donazioni dello stesso donatore in diverse sedi e di tenere sotto controllo il numero delle nascite ottenute per evitare di superare la soglia consentita. In attesa della normativa comunitaria, prevista per il 2015, in via transitoria è stato stabilito che il donatore metta a disposizione di un solo centro i propri gameti. Oltre a tutte le informazioni previste per le analoghe tecniche di primo e secondo livello di Pma, per tutti gli aspetti sovrapponibili

delle tecniche omologhe ed eterologhe, e per le implicazioni legali della esecuzione delle tecniche stesse in ordine al ritiro del consenso informato e al riconoscimento della maternità e paternità del nato, la coppia ricevente le cellule riproduttive deve essere compiutamente informata sulla circostanza che risulta impossibile diagnosticare e valutare tutte le patologie genetiche di cui risultassero eventualmente affetti il donatore/donatrice con ogni effetto consequenziale in relazione alla eventuale imputazione della responsabilità. La coppia deve essere a conoscenza che il rischio di malattie e anomalie congenite nella prole risulta sovrapponibile a quello della popolazione generale.

L'esito clinico di ogni ciclo di inseminazione deve essere registrato così come la segnalazione di qualsiasi evento avverso comprese le malattie ereditarie identificate in fase pre-natale o post-natale. Nel caso in cui una malattia ereditaria precedentemente non identificata si diagnostichi in un bambino nato da donazione anonima, il donatore e il ricevente dovrebbero essere testati e ulteriori campioni del donatore non dovrebbero essere donati. Se il donatore è risultato essere il portatore della malattia ereditaria, tutti i destinatari dei gameti donati devono essere messi al corrente. Devono essere conservati records dei donatori come fonte di dati medici per qualsiasi nato (obbligo di comunicazione al Cnt e al Registro Pma di evento avverso). In un primo tempo si era pensato di garantire, per i bimbi nato da fecondazione eterologa, la possibilità di chiedere di conoscere l'identità del padre o madre biologici una volta compiuti i 25 anni

di età, ma questa possibilità non è stata inserita nel documento finale approvato. Appena approvato il documento, il presidente della Conferenza delle Regioni Sergio Chiamparino si è mostrato raggianti. "Un deciso passo in avanti per rendere effettivo l'esercizio di un diritto che è di tutti i cittadini. Con le linee guida sull'eterologa le Regioni hanno mandato un segnale politico forte al Parlamento, a cui rivolgo un appello accorato affinché metta mano alla materia. Le Regioni hanno fatto ciò che in Italia non sempre avviene: abbiamo mantenuto gli impegni". Chiamparino ha chiarito che "grazie anche alla sollecitazione della Toscana, quando il Governo ha deciso di non procedere con il decreto del ministro, abbiamo promesso, come Regioni, che avremmo predisposto delle linee guida nel più breve tempo possibile. Più breve di così non si può".

Di segno opposto, invece, la rea-



Lorenzin: "una legge nazionale è necessaria perché solo così si può recepire la direttiva europea che mette in sicurezza le donazioni"

zione di monsignor **Nunzio Galantino**, segretario generale della Conferenza episcopale italiana (Cei), che si mostra preoccupato per "la certezza con cui si decide che esistano motivazioni diverse in chi chiede l'eterologa e chi invece l'adozione" e questo pare "un giro di valzer concettuale per trovare una giustificazione a questa selezione. C'è una selezione eugenetica estrema, sui bimbi portatori di una eventuale malattia. Ma è selezione anche quella che si consuma sulle caratteristiche esteriori. Si vuole un figlio o altro? Non mi pare che a definire un figlio siano i colori". Secondo Galantino "il discorso si ridimensionerebbe se sviluppassimo una cultura dell'accoglienza e lo Stato mettesse più cuore e testa, fosse più attento e sollecito. Conosco tante coppie desiderose di adottare, che stanno offrendo la loro sofferen-

za al Moloch della burocrazia. C'è una lentezza esasperante". Per quanto riguarda gli aspetti operativi, come ha spiegato l'Assessore alla Sanità della regione Liguria, **Claudio Montaldo**, l'orientamento è che il ticket che si paga attualmente per la fecondazione omologa, sia la base anche per l'eterologa: "Nelle prossime settimane lavoreremo per definire il costo del ticket e poi sulla base di quello, le regioni applicheranno il ticket cercando di evitare distonie. Ma il criterio è che si adotti come punto di riferimento il costo della fecondazione omologa". Montaldo ha poi spiegato che come per gli altri interventi ospedalieri, si potrà scegliere di praticare l'eterologa anche in una Regione diversa da quella di residenza.

La donazione sarà totalmente gratuita, ma l'eterologa, ha specificato l'assessore alla sanità della re-

gione Veneto, **Luca Coletto** "potrà comunque essere erogata, a pagamento, anche oltre l'età fissata, ma il costo sarà comunque enormemente inferiore a quelli da sopportare nei viaggi della speranza all'estero dove si deve pagare profumatamente anche la donazione ricevuta". Coletto ha infine rilevato che "anche per simmetria giuridica con la fecondazione omologa, l'eterologa dovrà assolutamente essere inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza, perché è divenuta diritto costituzionalmente riconosciuto, e finanziata dallo Stato all'interno del Fondo Sanitario Nazionale".

Il ministro **Beatrice Lorenzin** ha manifestato soddisfazione, evidenziando che "è un bene che le Regioni trovino un accordo sulla fecondazione eterologa", ma anche ribadito che "una legge nazionale è necessaria perché solo così si

può recepire la direttiva europea che mette in sicurezza le donazioni, può permettere un registro dei donatori e anche l'inserimento nei Lea e nei ticket dell'eterologa. Le Regioni fanno comunque bene a lavorare insieme, in modo che non ci siano disparità fra una e l'altra".

Già il 12 agosto i ginecologi Sigo, Aogoi, Agui e Sios avevano sottolineato l'importanza di un intervento da parte dello Stato e delle Regioni affinché si adoperassero per rimuovere "gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono l'uguale godimento di diritti, libertà, servizi, nel pubblico e nel privato. Le attuali profonde diversità economiche, sociali, organizzative tra le Regioni e il Ssn pubblico e la sanità privata devono essere fronteggiate con una regolamentazione attuativa tesa a prevenire ed eliminare qual-

siasi discriminazione dei cittadini, trovando doverosi e ragionevoli punti di equilibrio". E in quella data i ginecologi già elogiavano "lo sforzo delle Regioni di intraprendere percorsi omogenei secondo gli strumenti regolatori che lo Stato deve rapidamente e scrupolosamente assicurare". Si attende quindi, al più presto, un intervento del Ministero che, in attesa dell'iniziativa parlamentare, regolamenti tutti gli aspetti tecnici della materia e che garantisca l'inserimento nell'eterologa nei Lea. Un aspetto di primaria importanza, che gli stessi ginecologi evidenziavano il 12 agosto. "Non potrebbe farsi ricorso a un decreto legislativo per delega del Parlamento al Governo? O non basterebbe un regolamento ministeriale oppure un regolamento governativo attuativo-integrativo deliberato dal Consiglio dei Ministri?". **Y**

Il parto domiciliare nella Sardegna della prima metà del Novecento

► Segue da pagina 20

di ospedalizzazione del parto rispetto ad altre regioni italiane. **Per prime furono le ostetriche continentali** a "sbarcare" in Sardegna, favorite proprio dalla tardiva apertura delle scuole universitarie, o per iscriversi nelle scuole di recente istituzione o per cercare un posto di lavoro, visto che al Nord c'era un esubero di ostetriche diplomate. Queste ragazze, tutte molto giovani, avevano una mentalità più aperta rispetto alle coetanee sarde, e questo le rese oggetto di non poche critiche e pregiudizi, venendo considerate dalla popolazione "diverse", sia come modo di vestire, che di stare con la gente, che di pensare e lavorare. Pian piano comunque si arrivò ad una completa integrazione delle ostetriche sarde con quelle provenien-

ti dal continente, che si adattarono a sistemazioni o sedi poco ambite dalle nostre levatrici, così che col tempo si riuscì a coprire con le "condotte" tutto il territorio regionale.

Il passaggio dalle empiriche alle ostetriche condotte rappresentò comunque in Sardegna una realtà avanzata, che spazzava via un mondo di assistenza ostetrica in cui entravano di diritto preghiere e formule incantatorie, amuleti e bevande, riti e pratiche quasi tribali. A metà degli anni '50 ne restavano poche tracce, liquidate dalle ostetriche professionali come "stupidiaggini": le forbici infilte di soppiatto sotto il materasso per prevenire i morsi uterini, i cassetti aperti nella convinzione che così si potessero eliminare i dolori del parto, i giri intorno al letto della partoriente, le nenie cantate come un mantra dalle parenti della paziente, un'usanza che aveva attraversato i millenni. Secondo la tradizione infatti le sacerdotesse che accompagnavano le levatrici ateniesi cantavano e recitavano in coro per alleviare le doglie.

L'empirismo e tutta la possente stratificazione di superstizioni, tradizioni, credenze che circondavano la gravidanza e il parto, nella metà del XX secolo anda-

rono così a scomparire, nonostante le resistenze insite nella popolazione rurale che continuava, anche di nascosto, a perpetrarle ostinatamente, nella convinzione che potessero influire positivamente sull'esito del parto. Ancor oggi, in molti paesi dell'interno della Sardegna, è in uso la convinzione che le donne morte di parto, chiamate ancestralmente "panas", ritornino nelle notti di plenilunio ai bordi del fiume per lavare i panni dei loro neonati. Per evitare queste presenze e il dolore del "ritorno", nei cortili delle case rurali in quelle notti vengono stesi proprio quei panni, nella convinzione che ciò possa alleviare la pena di queste donne mancate così tragicamente alla loro famiglia.

I cambiamenti profondi che hanno caratterizzato il tessuto sociale della Sardegna nel dopoguerra, definiti da alcuni studiosi come una vera "catastrofe antropologica", riferendosi a tutte le mutazioni avvenute nella cultura millenaria di un popolo fino ad allora estremamente radicato nella conservazione tenace della sua storia, hanno portato alla scomparsa pressoché totale, in pochi decenni, del parto domiciliare ed alla sua centralizzazione nei punti nascita viciniori, allontanando sempre più quel mondo di pratica medica spesso più espressione di emotività che di razionalità. Da un lato questo ha portato ad un miglioramento sensibile della qualità dell'assistenza, ma dall'altro alla perdita dell'aspetto più umano del rapporto medico-paziente, a discapito soprattutto della figura dell'ostetrica, che nel parto domiciliare rappresentava l'elemento insostituibile. **Y**

Endometriosi: in Sardegna e nel mondo

► Segue da pagina 21

anche in organi diversi da quelli riproduttivi e, in particolare, dalla necessità della asportazione dell'endometriosi del setto retto-vaginale. Oggi è richiesto dalle linee guida internazionali che la terapia chirurgica dell'endometriosi sospetta, la così detta laparoscopia diagnostica operativa nella endometriosi dei primi stadi, possa essere affrontata in tutti le sedi ove esista un gruppo di maturata esperienza di laparoscopia. Viceversa, l'endometriosi ai più alti stadi dovrebbe essere sempre affrontata nei centri di riferimento che abbiano maturato un'esperienza di trattamento radicale della DIE in collaborazione con un'equipe di chirurgia generale di buona esperienza specifica nel settore. Mentre si possono ancora osservare pazienti trattate in prima istanza con una chirurgia inadeguata, nell'ambito dei centri di riferimento sono state identificate tecniche chirurgiche che hanno seguito due strade diverse: la prima è quella rappresentata dalla radicalità nella terapia dell'endometriosi, che ha come obiettivo quello di ridurre al massimo l'asportazione degli organi, non solo genitali. La seconda ha scelto una filosofia chirurgica più aggressiva con la resezione intestinale che è diventata un intervento quasi costante nel trattamento della DIE.

Il contrasto tra queste due filosofie chirurgiche che trova ragion di essere in un substrato culturale non sempre coerente, è l'argomento da trattare e discutere in sede scienti-

fica e clinica nell'immediato futuro, con la possibilità di dare risposte alle pazienti che spesso affrontano viaggi della speranza per sottoporsi ad interventi demolitivi non sempre giustificati e spinte da colleghi che non tengono conto delle possibili complicanze che queste pazienti subiscono pur in assenza di malattia neoplastica.

In Sardegna esiste una posizione ben chiara e rinforzata dall'esperienza più che decennale della scelta di una terapia radicale, ma il più possibile rispettosa della integrità anatomica genitale ed extragenitale che ha portato a risultati sintomatologici di grande livello con tassi limitati di complicità (*Angioni S, Peiretti M, Zirone M, Palomba M, Mais V, Gomel V, Melis GB. Laparoscopic excision of posterior vaginal fornix in the treatment of patients with deep endometriosis without rectum involvement: surgical treatment and long-term follow-up. Hum Reprod. 2006;21:1629-34*). La possibilità di intervenire quando necessario con una chirurgia intestinale più demolitiva è garantita dalla presenza di un'equipe multidisciplinare nell'ambito della quale il chirurgo laparoscopista fornisce il suo contributo assieme al ginecologo.

La terapia dell'endometriosi negli ospedali Sardi è una terapia che si basa non solo sull'esperienza degli operatori ma anche sul coinvolgimento delle pazienti che hanno creato un organismo molto attivo a livello informativo di auto-aiuto e nei social network, ben collegato con le strutture assistenziali. La presenza dello psicologo nella equipe diagnostico terapeutica nei soggetti con endometriosi prima e dopo la chirurgia ha consentito un approccio completo alle donne che soffrono di questa malattia e che spesso ne subiscono le conseguenze. **Y**



Herpes genitale i disagi di una patologia in crescita

L'herpes genitale genera non solo disturbi e preoccupazioni, ma impatta pesantemente sulla vita psico-sociale e sessuale delle pazienti. Solo in Europa occidentale sono 13,7 milioni le donne infettate, con un valore medio di prevalenza pari al 18% delle donne. In Italia i dati indicano una prevalenza nella popolazione generale di circa il 6%. Numeri che però potrebbero essere destinati a crescere alla luce del progressivo aumento dell'incidenza delle infezioni sessualmente trasmissibili provocate da virus



Dolore, bruciori e prurito intenso. Non è facile per i pazienti convivere con l'herpes genitale, una patologia che colpendo una zona delicata come quella genitale, genera non solo disturbi e preoccupazioni, ma impatta pesantemente sulla vita psico-sociale e sessuale dei pazienti. Un disagio che, spesso, accompagna per tutta la vita le persone colpite, soprattutto donne, a causa dell'assenza di trattamenti curativi capaci di eradicare il virus e di strumenti di prevenzione vaccinali. Le uniche armi a disposizione sono i farmaci antivirali che però lasciano inizialmente senza risposta dolore e irritazione. E co-

sì diventa prioritario aiutare le donne a convivere con l'infezione e alleviare i sintomi con un trattamento il più rapidamente risolutivo completando anche le opzioni di cura dell'herpes genitale.

Numeri e cure. L'agente eziologico principale dell'herpes genitale è l'Hsv-2, ma il numero di casi di herpes genitale dovuto ad Hsv-1 presenta un trend in continuo aumento. I dati di prevalenza del Who stimano che in Europa occidentale sono 13,7 milioni le donne infettate, con un valore medio di prevalenza pari al 18% delle donne (e 13% negli uomini,

con 7,2 milioni di infetti). I dati di incidenza parlano di 23,6 milioni di nuovi casi in un anno, di cui 12,8 nelle donne (15-49 anni) e 10,8 negli uomini. E in Italia? I dati indicano una prevalenza nella popolazione generale di anticorpi per Hsv-2 di circa il 6%, e un'incidenza di 0,4 per 100 persone ogni anno, senza differenze di genere. Nu-

meri che però potrebbero essere destinati a crescere alla luce del progressivo aumento dell'incidenza delle infezioni sessualmente trasmissibili provocate da virus.

Dato il decorso naturale dell'infezione erpetica, e la presenza di replicazione virale nelle prime 48 ore dall'inizio dell'episodio, un intervento rapido a livello del sito di replicazione virale è di importanza critica per un esito positivo della terapia e nel prevenire la possibilità di una ricorrenza clinica. I farmaci antivirali orali permettono una esposizione sistemica al farmaco, un più rapido accesso ai siti di replicazione virale, una più elevata biodisponibilità, la possibilità di somministrazioni ridotte ed una compliance maggiore da parte dei pazienti. Permettono inoltre anche una via pratica ed appropriata per la terapia soppressiva a lungo termine nei pazienti con riattivazioni frequenti e severe.

Rimane da risolvere il problema di una sintomatologia dolorosa per le donne.

Il trattamento sintomatico dell'attacco di herpes genitale. Non ci sono mai stati finora trattamenti specifici della sola

Finora non ci sono mai stati trattamenti specifici della sola sintomatologia da herpes genitale. Accompagnare il trattamento antivirale con un efficace e rapido trattamento sintomatico può aiutare la donna a superare più facilmente il doloroso attacco erpetico. I risultati degli studi svolti sul nuovo dispositivo medico sono incoraggianti

sintomatologia da herpes genitale. In letteratura sono citate esperienze con una preparazione topica di zinco solfato o con lo iodio. Possono essere utilizzati rimedi erboristici con echinacea, o camomilla. E non mancano anche altri rimedi estemporanei come bagni caldi (o freddi) e tocchature con hamamelis.

“Le pazienti ci chiedono una soluzione rapida a quello che per loro è il problema principale – spiega **Fausto Boselli**, segretario della Società italiana di colposcopia e patologia cervico-vaginale (Sicpcv) – ossia il forte disagio legato all'intenso e fastidioso corteo sintomatologico che si accompagna all'attacco erpetico genitale. Sono il forte dolore, bruciore e prurito intenso in una zona così delicata come quella genitale oltre che le lesioni stesse a dare disturbo e preoccupazione. Infatti, benché l'infezione genitale da virus herpes simplex sia un disordine auto-limitante, il suo impatto sulla vita sessuale e sulla sintomatologia della paziente è elevato. Accompagnare il trattamento antivirale con un efficace e rapido trattamento sintomatico, può aiutare la donna a superare più facilmente il doloroso attacco erpetico”.

Ma ora per contrastare i sintomi e alleviare i disagi delle pazienti colpite dal virus c'è un atout in più. È, infatti, arrivato sul mercato italiano un nuovo dispositivo medico Clareva Gel dell'azienda francese Hra Pharma che agisce sui sintomi e, fin dalle prime applicazioni, riduce rapidamente, prurito, pizzicore, dolore e bruciore. Grazie al gela base di trigliceridi ossidati derivati da acidi grassi essenziali di origine vegetale, le lesioni erpetiche vengono coperte da una pellicola protettiva invisibile che facilita il processo di guarigione con un'efficacia diretta e rapida su segni e sintomi dolorosi dell'herpes genitale. I risultati degli studi svolti sul dispositivo medico sono, infatti, incoraggianti. Uno studio prospettico, randomizzato, controllato, singolo cieco, condotto su 61 pazienti divisi in tre gruppi (un gruppo trattato solo con Clareva Gel, un secondo con acyclovir crema al 5% e un terzo con placebo) ha dimostrato che l'utilizzo del solo gel genitale è stato, rispetto agli altri due trattamenti, significativamente più efficace nel ridurre i sintomi da herpes genitale già dopo 24 e 48 ore dalla prima applicazione. In particolare si è avuta una netta e significativa riduzione del dolore dal primo giorno di applicazione. Stesso risultato per il bruciore. Mentre in seconda giornata sono stati registrati significativi miglioramenti sul fronte dei segni dermatologici quali edema e papule; dopo 72 ore sono migliorati eritema, edema, papule e vescicole. Insomma, un prodotto che anche se privo di attività antivirale specifica, può offrire ai pazienti con herpes genitale un rapido sollievo sintomatico. **Y**

Un'offerta speciale riservata ai Soci AOGOI

Un nuovo sistema Bluetooth di rilevazione Cardiotocografico passivo, prodotto dalla MonicaHealthcare Ltd, modello AN24 e relativo software VS.

Nel prezzo del sistema AN24 è incluso un PC Panel (All in One) di Grado Medicale, preconfigurato e pronto al funzionamento, con inclusa licenza software controllo remoto on-line.

- **In Ospedale o a casa** il Monitor AN24 può essere utilizzato sia in modalità "REAL TIME" che per registrare i dati, che verranno successivamente scaricati tramite Bluetooth, nel computer di Grado Medico (incluso), dove è installato il software MonicaVS.
- **Il sistema di Cardiotocografia**, MonicaVS e il relativo monitor fetale AN24, sono perfettamente interfacciabili ai più diffusi software gestionali per cardiotocografia.



Funzionamento semplice - non è necessario effettuare interventi, controlli e regolazioni per oltre 20 ore

Intervalli R-R - questi ultimi vengono utilizzati per calcolare le frequenze cardiache del feto e della madre ed offrono una valutazione più precisa del battito cardiaco fetale (FHR) senza "coincidenze" o confusione con il battito cardiaco materno (MHR). La registrazione a lungo termine può fornire una migliore valutazione del benessere del feto.

Sicuro - AN24 ha un funzionamento passivo. Nonostante le preoccupazioni relative al monitoraggio mediante Doppler ad ultrasuoni, ad oggi non era presente un'alternativa accettabile.



VANTAGGI:

Deambulazione senza il riposizionamento dei trasduttori e fasce:

- AN24 è un dispositivo unico che non richiede alcuna regolazione o il riposizionamento per rilevare la FHR del feto.
- Le ostetriche impiegano meno tempo nel posizionamento del monitor AN24.
- Consente la deambulazione durante l'induzione e il travaglio per favorire il parto, ridurre il dolore e gli interventi.
- Utilizzo anche su pazienti con elevata BMI.

Pratico utilizzo per la Paziente:

- Nessuna cinghia addominale (ciò si traduce nessuna pressione o irritazione)
- Libertà per le posizioni del parto naturale
- Aumento dello spazio intorno all'area parto per i medici ed gli operatori addetti.
- Migliora l'esperienza del parto.

AFFIDABILITÀ:

FHR: l'utilizzo di Monica AN24, permette di avere una elevata precisione sul rilevamento della FHR, aumentando così la precisione della valutazione (Criteria) del tracciato, superiore al 98%.

L'ECG fetale addominale NON è influenzato da:

- Movimenti del feto
- Elevato BMI
- Posizione del feto



Le variazioni rilevate nella frequenza cardiaca del feto possono essere dovute a:

- Medicinali
- Variazioni nell'attività del feto
- Variazioni nel flusso sanguigno della placenta
- Ipossia
- Stimoli esterni
- Aumenti di temperatura

Monica Healthcare Ltd
BioCity, Pennyfoot Street
Nottingham
NG1 3PP, UK

Tel: +44 (0)115 9124940
F: +44 (0)115 9124259
E: info@monicahealthcare.com
W: www.monicahealthcare.com

Brand Medical srl

Distributore per Italia: Brand Medical srl
tel. 02/45075494
mail@brandmedical.it web: brandmedical.it

► Segue da pagina 6

Il capitale umano è il seme della speranza

Vito Trojano Presidente Aogoi

rie & Periti”: un capitolo delicato, in quanto i consulenti tecnici d'ufficio (i Ctu) – nostri colleghi e “ausiliari” del giudice – svolgono un ruolo importante, strategico, ma capita che non sempre siano all'altezza del loro compito. Come ben sappiamo, una consulenza “inadeguata” può danneggiare irrimediabilmente la professionalità e l'immagine di un nostro collega. E questo non è accettabile. Per questo l'Aogoi è sempre stata molto attiva nel promuovere la creazione di albi che contemplino una lista di specialisti selezionati a disposizione dei vari tribunali. Io stesso con il segretario nazionale Chiantera e tutto il Direttivo nazionale selezioneremo a breve un elenco di periti ultraspecialistici per ciascuna Corte di Appello italiana, in grado di fornire un giudizio preliminare che consenta alla Magistratura di effettuare – prima dell'inizio del processo – una valutazione sulla veridicità o sull'infondatezza di una denuncia per presunto errore medico. Anche questo, come ha spiegato il nostro segretario nazionale Antonio Chiantera alle pagine successive, contribuirà non poco a una **razionalizzazione delle risorse nell'ottica di qualità ed efficienza**.

E proprio quest'ultimo è l'altro grande tema che attraverserà un po' tutte le sessioni. Infatti oggi la “razionalizzazione delle risorse” non è più soltanto un obiettivo virtuoso ma un imperativo. Il vero rebus però è come farlo senza ridurre la qualità dell'assistenza...mentre incombe il rischio di nuovi tagli (lineari) anche in sanità. Una sanità che ha già dato abbastanza e queste ulteriori “sforbiciate”, dopo i 25 miliardi di tagli compiuti negli ultimi anni senza una strategia alternativa, rischiano davvero di segnare la fine del nostro sistema universalistico. Un allarme lanciato dallo stesso ministro Lorenzin.

Il problema è che riuscire a fare una vera spending review in sanità (tagliando i “costi” e non i “servizi”) è difficile, soprattutto in un Paese come il nostro, “che è nemico delle centralizzazioni degli acquisti e degli appalti” e dove è necessario diffondere la cultura della misurazione e un vero sistema di valutazione d'impatto (HTA) in sanità - come ha sottolineato in una recente dichiarazione l'On. Pier Paolo Vargiu, collega e presidente della Commissione Affari Sociali della Camera, che qui ringrazio anche per il suo appassionato articolo sulla responsabilità professionale: “un tema che oggi lega in maniera profonda l'attività della Commissione Sanità della Camera con il mondo dei ginecologi”. Le ultime rassicurazioni del presidente del Consiglio Matteo Renzi affidate a un twitter del 12 settembre per chiarire che la “revisione della spesa non significa tagliare la sanità” e che, almeno per il momento, come ha spiegato il ministro Lorenzin, “non è previsto un taglio del fondo sanitario ma solo il taglio del 3 per cento sulle spese del Ministero”, sembrano aver fatto rientrare l'allarme.

La situazione però ci preoccupa e le prospettive non sono buone. I problemi dei nostri ospedali e la condizione del personale sanitario – medici, ostetriche e infermieri – sono sempre gli stessi. Anzi, sono peggiorati nell'anno in corso. Ne ha fatto un quadro impietoso Carlo Sbiroli nel suo Il Punto su questo numero. L'esperienza quotidiana dei professionisti evidenzia segnali allarmanti sugli effetti che i molteplici provvedimenti normativi stanno generando sulla sanità pubblica erogata ai cittadini. “Cittadini e professionisti vivono la stessa preoccupante realtà”. Secondo l'indagine diffusa l'11 settembre da Cittadinanzattiva “il 72% dei professionisti conferma che è in atto una vera e



propria riduzione della qualità dei servizi, il 65,3% rileva un forte aumento dei tempi di attesa e il 61,7% un marcato aumento dei rischi per la sicurezza”. Questo è il quadro. Di contro, il bilancio di questi ultimi 12 mesi che ci separano dall'appuntamento di Napoli è più che positivo per la nostra vita associativa. **L'Aogoi ha centrato alcuni obiettivi importanti**, di cui credo tutti noi possiamo andare orgogliosi. Penso al nostro rapporto con le istituzioni e al coinvolgimento attivo che l'Aogoi ha avuto nell'elaborazione di un testo unico sulla responsabilità professionale con le commissioni sanità di Camera e Senato; alle sinergie con il Dicastero della Salute, che sempre più spesso ci coinvolge nei “tavoli tecnici”, con l'associazionismo civico e con i vari attori del sistema salute. Ed anche alla collaborazione sempre più stretta, nell'ottica della multidisciplinarietà, con le società scientifiche di altre specialità, come nel caso della collaborazione con gli urologi della Siu, che ha portato alla creazione, per la prima volta in Europa, del primo Dipartimento per la salute e il benessere di coppia in una struttura ospedaliera; al potenziamento della Fondazione Confalonieri Ragonese per l'aggiornamento e le linee guida e da ultimo, non ultimo, il cammino europeo che abbiamo percorso: dall'accredimento della nostra società scientifica alla creazione del primo network europeo di Ginecologia.

La spinta che ha dato una forte accelerazione a molte delle iniziative avviate o realizzate in questi mesi forse è stata impressa proprio dal nostro primo sciopero nazionale, ormai noto come lo “sciopero del parto”. Ma credo che il risultato più incisivo ottenuto da quella mobilitazione (sofferta) sia stata quella di aver creato una “sensibilità” sui temi che abbiamo portato all'attenzione di tutti, innescando – dentro e fuori la nostra associazione – una riflessione seria e propositiva su alcune delle più gravi malattie che colpiscono la classe medica e anche i pazienti: responsabilità professionale, assicurazioni, rischio clinico e sicurezza. E l'opinione pubblica ha colto il nostro messaggio, lo hanno compreso le istituzioni e molte delle nostre proposte sono state condivise da politici della sanità, da tanti colleghi di altre specialità e da molte associazioni scientifiche, non solo quelle più esposte al contenzioso. Abbiamo dato voce al malessere di tutta la classe medica e la consapevolezza di non essere “soli” ci ha dato la forza per portare avanti progetti che prima erano rac-

chiusi nel “cassetto dei sogni”, come la creazione di un Network europeo. Il cassetto naturalmente è ancora pieno e di carne al fuoco per i prossimi mesi ce n'è molta, ma nell'immediato ci concentreremo su 3 obiettivi: Pma eterologa, Responsabilità medica e Assicurazioni. Riguardo a quest'ultimo punto vorrei soffermarmi su un problema (tra i tanti del capitolo assicurazioni), che riguarda i ginecologi che lavorano nel privato. Tra quei circa 200mila medici che dopo il 15 agosto dovranno essere coperti per la responsabilità civile sanitaria, c'è un gran numero di giovani colleghi, per lo più appena usciti dalla specializzazione, che oggi corre il rischio di non potersi pagare la polizza.

È inconcepibile che i medici che operano e fanno esami in queste cliniche debbano stipulare polizze mentre chi dà loro lavoro no. Per questo noi chiediamo al ministero della Salute e alle altre istituzioni preposte che l'obbligo assicurativo previsto per gli ospedali pubblici valga anche per le strutture convenzionate e per quelle private. In questo senso l'avvio di un fondo di solidarietà per le categorie più a rischio è più che mai necessario in quanto nel caso di incidenti rilevanti l'assicurazione potrebbe non accettare il rinnovo dei contratti.

Come ha ricordato il nostro segretario nazionale, dobbiamo noi tutti mandare un messaggio di incoraggiamento ai giovani.

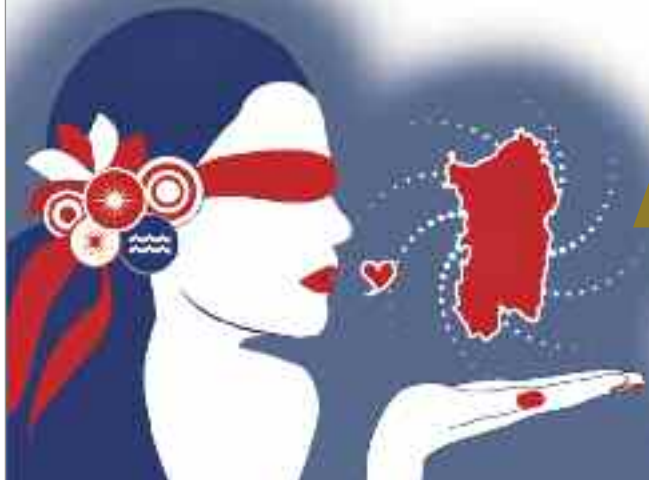
È vero. Ma anche a tutte le parti interessate, affinché ciascuna contribuisca, per quanto di sua competenza, a porre rimedio a una situazione che allontana molti nuovi bravi medici dalle branche specialistiche ad alto rischio (anche di contenzioso), quali l'ostetricia o la chirurgia oncologica, con gravissime ripercussioni nell'immediato futuro.

Concludo con un dato UE, citato dal Commissario europeo Borg nel suo intervento pubblicato nel numero scorso: da una recente indagine su scala Ue è emerso

che poco più della metà dei cittadini dell'Unione (il 53%) ritiene che le persone potrebbero subire nocimento dalle cure ospedaliere. Dato che per l'Italia raggiunge il 57%. Questo sta a significare che non possiamo sottovalutare l'impatto che il taglio delle risorse produce sull'immagine, la professionalità e l'abnegazione che il personale sanitario, tutto, ha dimostrato in questi anni. I medici, come ha affermato Borg, rappresentano “il fronte più avanzato degli sforzi collettivi per un'assistenza sanitaria sicura ed efficiente”. Noi oggi, aggiungerei, siamo anche il seme della speranza per la tenuta del nostro sistema universalistico.

Continueremo a rimboccarci le maniche, la rassegnazione non ci appartiene. Continueremo a immaginare la sanità che vorremmo finanche in quell'“Isola che non c'è”, e che non smetteremo di cercare. Proprio come nella canzone degli anni '80, non ci daremo per vinti e troveremo la strada.

Sono lieto di poterlo dire qui, in questa meravigliosa Isola che ci ospita e ci ha fornito lo spunto per il suggestivo titolo del nostro 54° appuntamento annuale. **Y**



I medici, come ha affermato il Commissario europeo Borg, rappresentano “il fronte più avanzato degli sforzi collettivi per un'assistenza sanitaria sicura ed efficiente”. Noi oggi, aggiungerei, siamo anche il seme della speranza per la tenuta del nostro sistema universalistico

NOVITÀ



Materna®

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

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

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



MAMMA



SISTEMA IMMUNITARIO



TESSUTI MATERNI



OCCHI E CERVELLO



SALUTE DELLE OSSA



FORMAZIONE DEL SANGUE



Mamma, benvenuta nella tua nuova vita.



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

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

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

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

ALAnerv *Ki*ge

Integratore alimentare a base di Acido α -Lipoico,
Acidi grassi omega-3 (DHA ed EPA),
Vitamina E, Vitamina D e Magnesio

antiossidante

In tutte le fasi della vita di una donna



ALFA WASSERMANN