GYNECO

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

AOGOI

CONFERENZA INTERNAZIONALE SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

NASCE IL NETWORK EUROPEO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA PROMOSSO DALL'AOGOI

Siglato il Protocollo d'Intesa dalle società scientifiche consorelle di Francia, Spagna, Malta, Belgio e Regno Unito.

Il Commissario Borg dice sì al Network. "Sarà un Gruppo specialistico nella UE"

CONGRESSO NAZIONALE

Al via a Cagliari il prossimo 28 settembre "Isola Donna al centro del mondo medico e sociale. La lettera invito dei presidenti del Congresso e il programma scientifico

PROGETTO AOGOI-SIU

Inaugurato il primo Dipartimento del Benessere di Coppia promosso dall'AOGOI e dalla SIU. Dopo il centro di Napoli quelli di Milano, Modena e Bari

MORCELLAZIONE

Scattato l'allarme sui rischi di questa tecnica chirurgica per l'asportazione laparoscopica dell'utero e dei fibromi. L'approfondimento con il documento della SeGI

4
2014

MENSILE ANNO XXV N. 4 - 2014 - POSTE ITALIANE SPA - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE D.L. 353/03 (CONV. L. 46/04) ART. 1, COMMA 1, ROMA/AUT. N. 48/2008 CONTIENE I.R.

Informazioni riservate ai signori medici e farmacisti

PSYLLOGEL® Fibra

- **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 avere di più!

I gusti:

Arance rosse *Tè limone* *Fragola* *Vaniglia*

PSYLLOGEL® Fibra, grazie al bulking effect forma un gel, che è fondamentale per favorire il formarsi 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.

NATHURA.COM

NATHURA®
Nutrizione Scientifica

PRIMO PIANO

4 **Via al Network europeo di Ginecologia e Ostetricia**

9 **Efficiency, Quality and Security**
L'intervento del Commissario Ue alla salute e tutela dei consumatori Tonio Borg

11 Fecondazione eterologa: ultimati i lavori del Gruppo Pma
Aogoi: "Modalità organizzative tempestive e qualificate"

11 **Il nuovo Codice di Deontologia Medica e le sue ricadute sull'attività ostetrica e ginecologica**
Carmine Gigli

IN EVIDENZA

12 **Congresso Sigo-Aogoi-Agui 2014**
La lettera invito dei presidenti del Congresso Nazionale e il programma scientifico

PROFESSIONE

16 **Progetto AOGOI-SIU: apre a Napoli il primo DBC per una nuova cultura della salute sessuale di coppia**

17 **Costruire una "cultura di coppia" anche per gli specialisti ginecologi e urologi**
Fabio Parazzini

18 **La morcellazione dell'utero e dei fibromi: "una tecnica da sospendere"**
Giovanni Pomili
• **"Una tecnica potenzialmente pericolosa, che ha delle alternative"**
A colloquio con Enrico Vizza
• **Controversie sulla morcellazione laparoscopica di utero e miomi**
Il documento ufficiale della Società Italiana di Endoscopia Ginecologica (SeGI) approvato il 30 giugno 2014

21 **Oftalmologia e Medicina di Genere. L'occhio della Donna**
Maria Teresa Dorigo e Paolo A. Galli

22 **Il caso. Al vaglio del Gup per "malasanità" 7 medici del Fatebenefratelli–Isola Tiberina di Roma**

23 **Contraccezione. "Per 4 adolescenti su 10 la 'prima volta' è senza protezione"**

24 **AOGOI Regioni**

26 **AIO: nasce l'Osservatorio su burnout e malattie professionali**
Antonella Marchi e Sara Villani

RUBRICHE

29 **Libri**

30 Addio a Mario Sideri

Da questo numero GynecoAogoi ha un nuovo Comitato Scientifico
Da parte di tutta la Redazione un caldo benvenuto e i migliori auguri alle "new entry"!

4

La cronaca del Convegno europeo promosso dall'Aogoi il 2 luglio scorso a Palazzo Marini, presso la Camera dei Deputati

Su questo numero
I quaderni di Gyneco

Progetto AOGOI-SIU per una nuova cultura della salute sessuale di coppia

GYNECO
AOGOI

NUMERO 4 - 2014
ANNO XXV

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Vito Trojano

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

Roma/Aut. n. 48/2008
Finito di stampare: luglio 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
AOGOI
Testata associata
A.N.E.S.
Editore
Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

"Conferenza internazionale sulla responsabilità professionale" Roma, 2 luglio 2014

Via al Network europeo di Ginecologia e Ostetricia

È più vicina la meta di una Direttiva europea che uniformi responsabilità professionale e coperture assicurative a tutela dei medici e dei pazienti. Le "consorelle" di Ostetricia e Ginecologia di Francia, Malta, Spagna e Regno Unito hanno siglato un Protocollo d'intesa per l'accreditamento del Network di Ginecologia e Ostetricia presso la Commissione europea.
Con l'imprimatur del Commissario Ue Tonio Borg, che ha dato piena disponibilità a favorirne la nascita come "Gruppo di lavoro specialistico" nella UE.
Un risultato importante che ha dato valore aggiunto alla Conferenza internazionale sulla responsabilità professionale promossa dall'Aogoi, che si è svolta a Roma il 2 luglio scorso alla Camera dei Deputati riunendo, nella suggestiva cornice della Sala delle Colonne di Palazzo Marini, il Commissario europeo Borg, i Presidenti delle Società scientifiche di ostetricia e ginecologia di cinque Paesi, eminenti giuristi, esponenti del mondo assicurativo nonché i rappresentanti delle Istituzioni più impegnati sui temi da affrontare.
Grande soddisfazione è stata espressa da tutto il Direttivo Aogoi.
Per il presidente Aogoi Vito Trojano "premiati gli sforzi dell'Associazione, ma è solo la prima tappa, seppur significativa, di un percorso che richiederà tempo e grandi energie"

Dare vita al primo network europeo di Ginecologia e Ostetricia e promuovere una Direttiva europea a tutela di medici e pazienti. Sono questi i due obiettivi dichiarati del convegno europeo sulla responsabilità professionale promosso dall'Aogoi, 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, assume ancora più importanza.
Ricordiamo che **per il raggiungimento di questi obiettivi l'Aogoi aveva già elaborato specifiche proposte finalizzate a:**

- una più omogenea disciplina della responsabilità sanitaria negli Stati Membri;
- alla previsione dell'assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie negli Stati Membri per il risarcimento dei danni ai pazienti derivanti da condotte colpose dei sanitari o da fatto proprio dell'amministrazione (carenze strutturali e/o organizzative);
- la previsione dell'obbligatorietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi negli Stati Membri con la creazione di un'Agenzia Europea e agenzie nazionali e locali negli Stati Membri (sul modello del sistema antiriciclaggio-antimoney laundering);
- la creazione di un network europeo degli Ostetrici-Ginecologi per la costante consultazione con le Istituzioni comunitarie, Parlamento Europeo, Consiglio d'Europa e DG della Commissione Europea d'interesse per gli Ostetrici-Ginecologi;
- la previsione della responsabilità delle strutture sanitarie che non introducono sistemi di prevenzione dei rischi ed eventi avversi (v. L.231/2001);
- la previsione della responsabilità penale dei medici solo al superamento di una soglia di gravità della condotta.

In particolare, per quanto riguarda la proposta di Direttiva europea, l'Aogoi auspica una disciplina che introduca 3 "pilastri":

1. la responsabilità penale dei medici solo al superamento di una certa soglia di gravità della condotta;
2. l'assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie negli Stati Membri per il risarcimento dei danni ai pazienti derivanti da condotte colpose dei sanitari o da fatto proprio dell'amministrazione (carenze strutturali e/o organizzative) con un doppio binario di responsabilità;
3. l'obbligatorietà di sistemi di monitoraggio, riduzione, gestione dei rischi e degli eventi avversi negli Stati Membri con la creazione di un'Agenzia Europea e agenzie nazionali e locali negli Stati Membri (sul modello del sistema antiriciclaggio-antimoney laundering).

La proposta di una Direttiva europea sulla responsabilità professionale – ha ricordato anche in questa occasione il Presidente Aogoi **Vito Trojano** – "è il primo step di un percorso che richiederà tempo e grandi energie ma che l'Aogoi ha intrapreso con entusiasmo, nel convincimento, sempre più condiviso anche a livello europeo, che una disciplina comunitaria in materia sia non solo utile ma necessaria". Il prossimo passo – ha aggiunto – è quello di accreditare la nostra associazione in Europa, così da renderla interlocutore attivo presso le Direzioni Generali interessate della Commissione Salute e Mercato".

Il secondo obiettivo della associazione: dare vita ad un network europeo con le associazioni consorelle degli Stati Membri dell'Unione – ha spiegato Trojano – "è essenziale in quanto costituisce il 'peso specifico' necessario per promuovere gli obiettivi dei ginecologi italiani. "Con la condivisione delle altre associazioni scientifiche – ha poi sottolineato il Segretario nazionale Aogoi **Antonio Chiantera** - sarà possibile mettere a punto strumenti legislativi comunitari in grado di tutelare efficacemente sia i medici che i pazienti". E poiché le Direttive vanno obbligatoriamente attuate negli Stati Membri, come evidenziato dalla responsabile dell'Ufficio legale Aogoi **Vania Cirese**, "il nostro (sinora reticente) legislatore sarà finalmente 'costretto' ad assumere delle iniziative che riteniamo non più procrastinabili". "Se riusciremo nel nostro intento – ha commentato Trojano –

avremo dato un importante contributo alla costruzione di quello 'Spazio Sanitario Europeo' di giustizia e sicurezza che ci consentirà di vivere con maggior serenità la nostra splendida professione".

Intanto un primo risultato importante è stato raggiunto, al termine del convegno, con il Protocollo d'intesa **per l'accreditamento del Network di Ginecologia e Ostetricia presso la Commissione europea, che segna la nascita** del primo gruppo del Network, siglato dal presidente Aogoi e dai rappresentanti di sei società di Ginecologia e Ostetricia: il belga **Jean-Pierre Schaaps**, il francese **Patrick Fournet**, il tedesco **Thomas Dimpfl**, il maltese **Mark P. Brincat**, lo spagnolo **Fernando Izquierdo** e il britannico **David Richmond**.

Un passo in avanti verso il "costruendo" Spazio sanitario europeo che ha incontrato il favore del Commissario europeo alla salute e tutela dei consumatori **Tonio Borg**, che si è detto disponibile a favorirne la nascita come "gruppo di lavoro informale" nella UE.

Per il commissario UE, la richiesta dell'associazione di dare vita a un network europeo dei ginecologi e ostetrici per favorire il coordinamento delle iniziative professionali e legislative a livello internazionale "è una buona idea". E anche se "il problema della colpa professionale del medico chiama in causa il legislatore e giudice nazionale deputati ad identificare ed applicare una disciplina più al passo con i tempi e meno penalizzante per i medici, un confronto con le previsioni vigenti con gli altri Stati dell'Unione potrà senz'altro favorire l'auspicata armonizzazione delle norme e delle prassi".

ALLE PAGINE SEGUENTI
La cronaca del Convegno europeo e l'intervento integrale del Commissario Ue Tonio Borg

Il Commissario Ue alla salute e tutela dei consumatori

Borg: "Sì al network europeo di ginecologia. Sarà un 'Gruppo specialistico' nella UE"

Per il commissario UE alla salute Tonio Borg, intervenuto al convegno dell'Aogoi sulla responsabilità professionale dei medici, la richiesta dell'associazione di dare vita a un network europeo dei ginecologi e ostetrici per favorire il coordinamento delle inziative professionali e legislative a livello internazionale è una buona idea e si è detto disponibile a favorirne la nascita come "Gruppo di lavoro specialistico" nella Ue.

Il testo integrale del suo intervento a pagina 9

"Atto medico, rischio clinico e assicurazione obbligatoria per le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Contiamo sulla UE"

Per superare lo stallo italiano in materia, serve una direttiva europea che uniformi le norme sulla responsabilità professionale e sulle coperture assicurative, per offrire maggiori garanzie sia ai medici sia ai pazienti.

Ringrazio i presidenti delle società consorelle di Belgio, Francia, Malta, Spagna e Regno Unito per essere qui convenute ad apportare il loro prezioso contributo in questa complessa ed importante problematica e a siglare un Protocollo d'intesa con l'Aogoi (già accreditata al Parlamento europeo) che darà vita in pochissimo tempo al primo nucleo del Network europeo di ginecologia e ostetricia.

Ringrazio anche il Commissario europeo Borg, per averci onorato della sua presenza e della sua grande disponibilità e, soprattutto, per averci incoraggiato in questa iniziativa che segna l'inizio di un percorso comune. Un percorso che potrà senz'altro contribuire a maggiori e più omogenee garanzie sia per i medici che per i pazienti.

Vito Trojano
Presidente Aogoi

L'obiettivo qui condiviso è quello di far convergere gli sforzi nazionali in uno spazio europeo, per contribuire a una disciplina comunitaria che armonizzi i modelli legislativi e giurisprudenziali in tema di responsabilità medica.

In Italia il fenomeno contenzioso in tema di responsabilità per infortuni professionali ha registrato un notevole incremento, esplodendo in maniera esponenziale dal 2008 al 2011. Con un'ascesa di processi penali e civili e di richieste di risarcimento che hanno fatto lievitare i premi assicurativi pagati da Asl e medici del 12.5% annuo. La stima dei costi della medicina difensiva-astensiva raggiunge i 14 miliardi di euro, pari allo 0,75% del Pil. Si tratta di una cifra simile a quanto investito in ricerca e sviluppo!

Le conseguenze di questo fenomeno, come l'Aogoi ha costantemente denunciato, sono devastanti: si eccede in esami diagnostici, si evitano interventi rischiosi, non si interviene su pazienti a rischio, non si sperimenta e si blocca l'innovazione. Il problema deve essere quindi affrontato nella sua globalità, anche perché sono sempre più frequenti i casi in cui l'errore è dovuto a deficit organizzativi e a strumentari obsoleti.

Ma il contenzioso medico legale non è esploso solo in Italia. Anche in Europa nell'ultimo decennio si è registrata una crescita variabile delle denunce e/o dei contenziosi dal 50% fino al 500%, accompagnata ad un proporzionale aumento dei costi della copertura dei sinistri, stimato in misura superiore al 200% dallo European Hospital and Healthcare Federation (Hope) Standing Committee. Un trend negativo più evidente nei paesi in cui è stato più rapido il progresso scientifico.

L'assenza di reporting systems dedicati a monitorare il fenomeno nelle singole nazioni, l'assenza di normative, di linee guida, raccomandazioni o indicazioni comunitarie volte a ridurre la molteplicità degli assetti normativi e dei sistemi operativi nazionali hanno giocato un ruolo importante.

La legislazione italiana in materia di responsabilità professionale necessita di correttivi profondi. È un punto su cui la classe medica e le istituzioni competenti, qui oggi rappresentate ai massimi livelli, sono piena-

La cronaca del convegn

Dinamiche italiane ed europee, importanza del rischio clinico e ruolo della politica per arginare il problema. Questi i temi al centro degli interventi del convegno europeo promosso dall'Aogoi alla Camera dei Deputati

La politica: "Il Parlamento deve fare la sua parte"

Il tema del rischio clinico è "un argomento di estrema attualità ed è strettamente connesso con le questioni relative alla sostenibilità del welfare e del Ssn". È la considerazione espressa da **Pierpaolo Vargiu** (Sc), presidente della Commissione Affari Sociali di Montecitorio, in apertura del convegno pomeridiano dedicato al tema 'Verso una nuova direttiva europea a tutela di medici e pazienti'. "La spesa per la medicina difensiva è stata stimata intorno ai 10-15 milioni di euro – ha aggiunto – e si tratta di una cifra che, quotidianamente, viene sottratta alla buona sanità per questioni sostanzialmente inutili". L'effetto di tale dinamica "è la messa in discussione dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente, configurando così un autentico problema di sistema, con soggetti che in alcuni casi non vengono addirittura operati perché considerati troppo a rischio. Emerge quindi la vera e propria sottrazione di un diritto". È allora urgente "una presa di coscienza generale e soprattutto il Parlamento deve accrescere la sensibilità su un tema che rappresenta una sfida cruciale per la sostenibilità del sistema".
Altro aspetto dirimente "deriva dalla necessità di un incremento di personale medico-sanitario – ha sottolineato **Emilia Grazia De Biasi** (Pd), presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato – Allo stesso tempo la priorità verso cui si deve indirizzare questa legislatura è un disegno di legge sulla responsabilità medica, da cui devono discendere cambiamenti fondamentali". Un altro tema assai legato alla sicurezza "è quello del riconoscimento delle professioni sanitarie, su cui al Senato è già in corso un lavoro importante. Bisogna poi aggiungere un miglioramento della formazione, rivedendo alcuni programmi di studio". A livello comunitario "è invece necessario promuovere processi di armonizzazione tra i vari Paesi, sia per quanto concerne la digitalizzazione che per quanto riguarda gli impianti normativi. È, infatti, in gioco la sicurezza dei pazienti".
L'intero sistema sanitario è "in attesa di risposte concrete, sia verso i medici che verso i pazienti – ha osservato **Benedetto Fucci** (Fi), segretario della Commissione Affari Sociali alla Camera – Compito del Parlamento è quello di fornire regole certe, non partendo di certo dalla depenalizzazione dell'atto medico, ma ponendo paletti certi affinché l'operatore sanitario non diventi costantemente l'unico responsabile di ogni anomalia". Bisogna quindi cambiare radicalmente l'approccio, "giudicando non il risultato ma la condotta terapeutica cui il medico si è attenuto. Troppo volte sono state avviate azioni giudiziarie senza una seria analisi dell'operato professionale. Il medico non può essere sempre considerato l'unico responsabile degli eventi di malasanità con la struttura di riferimento che puntualmente se ne tira fuori".
Oggi gli enormi problemi per la tutela dell'operato dei medici, ha sottolineato Fucci, sono dovuti soprattutto "messaggi e spot che sollecitano azioni giudiziarie a prescindere da un'analisi sera della situazione. Come accade in altri Paesi, dobbiamo invece affermare anche il concetto di corresponsabilità. Dobbiamo ridare fiducia al rapporto tra medico e paziente che costituisce il pilastro su cui si deve fondare il nostro sistema sanitario". Tutte le componenti del sistema "sono chiamate a un'assunzione

Antonio Chiantera
Segretario nazionale AOGOI

"Il Network si è costituito: è un momento emozionante. Con la firma del Protocollo d'intesa possiamo cominciare un nuovo percorso insieme. Ringraziamo le società scientifiche europee che hanno dato il loro apporto, per contribuire all'obiettivo comune di una sanità più omogenea nel contesto europeo, in termini di efficienza e sicurezza. A tutela dei medici e dei pazienti. Quanto prima organizzeremo la prima riunione del Network"

▶ Segue da pagina 5

L'intervento del Presidente Aogoi

mente concordi. Per questo l'Aogoi ha avanzato le sue proposte per il varo di un Ddl nazionale unico basato su alcuni "pilastri", tra cui l'assicurazione obbligatoria delle aziende sanitarie, l'obbligo di un sistema di monitoraggio per la prevenzione del rischio (sia a livello aziendale che regionale e nazionale in rete fra loro), la creazione di un fondo per le vittime da alea terapeutica e non ultimo una revisione della responsabilità penale e civile. Per questo la ginecologia italiana ha mosso i suoi primi passi in Europa, consapevole che per promuovere questi obiettivi è necessario mettere a punto strumenti legislativi comunitari efficaci.
Una task force europea delle società scientifiche di ginecologia e ostetricia aiuterà, siamo certi, a migliorare la sicurezza sanitaria, nell'interesse dei pazienti, degli operatori sanitari, dei dirigenti e della società civile tutta. In Italia come nel resto d'Europa.
Ora più che mai è indispensabile approfondire e risolvere queste problematiche nelle sedi istituzionali opportune, con la partecipazione di tutte le parti coinvolte e con l'ausilio di un'informazione mediatica più serena.

o europeo

di responsabilità – ha auspicato **Antonio Tomassini**, presidente Associazione di iniziativa parlamentare e legislativa per la salute e la prevenzione – mentre il parlamento ha il dovere di affrontare concretamente questi temi. È aumentata l'aspettativa di vita e c'è stato un grosso sviluppo dell'innovazione tecnologica ma, purtroppo, anche è entrato in profonda crisi il rapporto tra medico e paziente, soprattutto nel pubblico. A incidere fortemente è la comunicazione spesso interessata e fuorviante. Tutti hanno un ruolo sui temi della responsabilità e del rischi, ma il prezzo che oggi pagano gli operatori sanitari è intollerabile".

Essenziale è anche il ruolo che deve giocare la prevenzione "perché incide fortemente nel rapporto tra medico e paziente – ha ricordato **Sabrina De Camillis**, sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Per esempio i ginecologi svolgono una funzione cardinale nell'ottica della prevenzione primaria. In questo senso sarebbe opportuno potenziare lo screening sui territori per incentivare cura preventiva e diagnosi precoce. Allo stato attuale, invece, su questo aspetto ricorrono anche troppe difformità tra le varie aree geografiche. Il governo è comunque al lavoro per ridurre i costi enormi della medicina difensiva e per reinvestirli in cure e prevenzione".

Ma sono molteplici le strade per imprimere una svolta al sistema e passano anche per lo sviluppo di un vettore nodale come l'innovazione. **Massimo Casciello**, membro della Direzione generale della ricerca scientifica e tecnologica del Ministero della Salute ha ricordato che "per migliorare complessivamente qualità ed efficienza del sistema bisogna puntare su ricerca e innovazione tecnologica. Si tratta di strumenti che però non vanno sviluppati in maniera isolata, ma devono essere inseriti all'interno di un sistema in maniera organica. E anche sui temi legati alla ricerca auspico la costruzione di un network europeo".

Cirese:"Anche in altri paesi la situazione non è rosea ma più tutele per i professionisti"

Vania Cirese Responsabile Ufficio Legale Aogoi

Le istituzioni dell UE devono contribuire, sul piano legislativo e operativo, all'omogeneità dei sistemi di monitoraggio e reporting degli eventi avversi

Per quanto riguarda il contenzioso medico legale la situazione non è rosea neppure negli altri Stati, sia di Civil Law che di Common Law, però esistono istituti a livello nazionale per gestire i sinistri in Sanità. Come la Nhs Litigation Authority, in Gran Bretagna, o l'Office National d'Indemnisation des Accidents Medicaux (Oniam) in Francia. La procedura conciliativa, in Italia, non si è rivelata una soluzione soddisfacente: spese fisse iniziali scoraggiano l'accesso e il mediatore non conosce la vicenda e non è in grado di favorire una soluzione bonaria della controversia. In altri Paesi della Ue, come Belgio, Danimarca, Francia, Lussemburgo, Spagna, Gran Bretagna e Svezia, i costi della mediazione sono sostenuti dallo Stato o dalle strutture. In GB, per esempio, tutto è gestito dalla Nhsla, e solo per il 2% dei ca-

▶ Segue a pagina 30

Dinamiche italiane ed europee

Nel complesso il quadro non è però rassicurante, se si considera che il contenzioso in tema di responsabilità per infortuni professionali ha subito un notevole incremento. Secondo l'Associazione nazionale imprese assicuratrici (Ania) il numero dei sinistri in Italia è aumentato del 200% negli ultimi 10 anni rispetto ai 60 anni precedenti. E gli aumenti dei premi assicurativi pagati da Asl e medici è aumentato del 12,5% annuo. Questi dati vanno però contestualizzati, considerando che l'Aogoi, con la Commissione di Inchiesta del Parlamento sugli errori sanitari e il disavanzo delle Asl, ha pubblicato che su 30mila processi penali di malpractice sanitari per anno, il 98,8% termina in assoluzione o in quota parte in prescrizione.

"All'interno di questo quadro bisogna ragionare sull'impatto prodotto dalla medicina difensiva – ha evidenziato **Vito Trojano**, presidente nazionale Aogoi – A causa di essa si eccede in esami diagnostici, si evitano interventi rischiosi, non si sperimenta, non si interviene sui pazienti a rischio e non si cerca l'innovazione. La conseguenza nefasta è il rischio di bloccare la progressione della scienza medica a danno di tutta la società.

Tra le discipline mediche ai primi posti in Italia per frequenza di denunce, oltre alla chirurgia plastica ed estetica c'è la ginecologia ed ostetricia (32%), seguita dall'ortopedia (9,5%), chirurgia generale (8,5%), anestesia (7,5%), terapia d'urgenza (6,5%). "Alla base di questo triste primate – ha osservato Trojano – ci sono la grande ultraspecializzazione della ginecologia, la risonanza sociale elevata dei tempi di questa disciplina, il nuovo ruolo del ginecologo, la carenza di strutture e organizzazione ospedaliere, l'atteggiamento giuridico di maggiore severità".

Il problema deve quindi essere affrontato "nella sua globalità anche perché sempre più spesso la causa dell'errore può essere determinata da carenze organizzative, dagli strumenti e da procedure sanitarie che devono essere corrette". È proprio per questo motivo che "recenti normative prevedono l'introduzione nelle aziende sanitarie di programmi di risk management per la valutazione del rischio sanitario, con l'intento di risalire alle cause strutturali e organizzative che hanno prodotto l'errore e per poterle risolvere".

La creazione di uno "spazio sanitario europeo" è all'ordine del giorno presso le istituzioni comunitarie – ha garantito **Ersilia Grazia Spatafora**, ordinario di Diritto Internazionale presso l'Università degli Studi di Roma Tre - In Italia ci sono leggi buone, ma spesso male applicate. E anche il quadro europeo fornisce ampie garanzie in questo senso, il problema è sempre il profilo operativo. I sistemi sanitari nazionali sono sotto osservazione delle istituzioni europee che possono contribuire fortemente a migliorare le nostre legislazioni. Il problema è anche di governance, perché bisogna capire chi è l'interlocutore dell'Europa sui temi sanitari".

Anche **Vania Cirese**, responsabile dell'Ufficio legale Aogoi, avvocato cassazionista, docente universitario alla Link Campus University, ha posto l'accento sulla necessità della realizzazione di uno "**spazio sanitario europeo" di sicurezza ed efficienza**. Lo "spazio giudiziario europeo" per la cooperazione in Europa tra professionisti e magistrati, al fine di prevenire e reprimere i reati trasfrontalieri ma anche per favorire la libera circolazione dei professionisti e dei cittadini in generale, in uno spazio di giustizia, libertà, sicurezza in tutto il territorio dell'Unione Europea – ha sottolineato Cirese - si è già realizzato "e questo obiettivo va raggiunto anche in campo sanitario e la costituzione di un network comunitario rappresenta un viatico importantissimo". **Le grandi problematiche sanitarie sono infatti spesso comuni**. Le denunce, per esempio, sono in aumento anche Regno Unito e in Francia, dove si è registrato anche un incremento delle cifre corrisposte per i sinistri. In Italia, in un anno, sono oltre 31mila le denunce dei cittadini per danni subiti in sanità. L'aumento, dal 1994 al 2011, è stato addirittura del 200%. Ma anche in Gran Bretagna la situazione è grave. Per 5470 denunce tra 2007/08, sono stati pagati risarcimenti per 633 milioni di sterline. Anche la Francia ha numerosi problemi, nel 2013 si sono avute 4394 denunce con una richiesta media per sinistro di 98.915 euro: i sinistri liquidati sono stati l'83%.

In Italia ai sinistri conseguono numerosi casi di disdetta intimata alle compagnie assicurative con nuove negoziazioni a condizioni estremamente gravose per i singoli professionisti (clausola *claims made*). Le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico per sua negligenza, imprudenza, imperizia e non già quella diretta e autonoma dell'ospedale per deficit organizzativo. Negli altri Stati, sia di Civil Law che di Common Law, la situazione non è rosea però esistono istituti a livello nazionale per gestire i sinistri in Sanità (vedi box in basso).

Invero tanto nei sistemi di Common law quanto in quelli di Civil law degli altri Stati d'Europa si è ormai da tempo optato per la scelta di far rispondere il datore di lavoro (ospedale, clinica accreditata) in caso di richiesta di risarcimento dovuto al paziente. La struttura e non il medico ha l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure con la dovuta organizzazione di mezzi e persone.

Gli sforzi a livello europeo possono e devono incidere in futuro sulle diverse regolamentazioni a tutela sia dei medici che dei pazienti, in uno spazio sanitario europeo di efficienza e sicurezza.

La dinamica non è però la stessa in tutti i Paesi. "In Belgio – ha spiegato **Jean Pierre Schaaps**, ex president of the Royal Belgian Society of Gynecology – La maggioranza dei casi di contenzioso è legata all'ortopedia, che si attesta a circa il 29%. L'ostetricia si ferma invece al 12%". Anche in Francia "ginecologia e ostetricia non sono i più esposti e, complessivamente, negli ultimi anni la frequenza dei sinistri è rimasta perlopiù invariata – ha ricordato **Patrick Fournet**, rappresentante del Collegio nazionale dei ginecologi e ostetrici francesi – Da noi è poi in corso un'attenta e costante valorizzazione del risk management, mentre per rispondere alle sollecitazioni europee abbiamo approntato un Programma nazionale per la sicurezza del paziente".

Servono quindi strumenti ad hoc "perché il contenzioso assorbe risorse la cui mancanza produce un peggioramento dei servizi e un aumento delle liste d'attesa – ha commentato **Mark Brincat**, presidente a Malta del Collegio degli ostetrici e dei ginecologi – Bisogna quindi stroncare la cultura orientata al risarcimento e affermare un sistema che non sia basato esclusivamen-

Il contenzioso medico legale in Gran Bretagna, Spagna, Francia, Malta e Belgio

te sulla colpa, ma che sia imperniato su un vero e proprio contratto sociale stipulato tra paziente e professionista".

L'importanza della gestione del rischio

La soluzione non può "in alcun modo essere quella di depenalizzare l'atto medico, ma deve necessariamente risiedere nella definizione degli ambiti di colpa con rilievo penale – ha affermato **Amedeo Bianco**, presidente Fnomceo e senatore (Pd) – In questo senso dalla politica devono arrivare segnali decisi e convincenti. Il tema della sicurezza delle cure è infatti strettamente legato alla qualità delle prestazioni e, in ogni caso, la dimensione e le caratteristiche del problema non possono essere ristretti alla sola dimensione nazionale, ma necessitano di un approccio dal respiro europeo. In questo senso sono necessari nuovi interventi, poiché la direttiva sulle cure transfrontaliere non fornisce un quadro chiaro sulle responsabilità".

Lo strumento per prevenire gli eventi avversi "è certamente la gestione del rischio clinico – ha garantito **Valerio Fabio Alberti,** presidente Fiaso – In primo luogo bisogna costruire meccanismi ad hoc incentrati sulla prevenzione. Ciò deve avvenire diffondendo la cultura della sicurezza, mappando i rischi presenti nelle aziende, gestendo gli eventi e riducendo l'incidenza degli eventi avversi". In ogni caso, la gestione del rischio all'interno dell'azienda deve essere "un sistema assai complesso. Disporre di un sistema sofisticato del rischio clinico, aumenta la qualità e riduce i costi". In caso di evento averso, Alberti suggerisce una road map. "Bisogna operare una pronta riparazione del danno, effettuare comunicazioni puntuali alla famiglia e all'interessato, avviare l'iter di risarcimento". Le nuove normative dovrebbero invece recepire "la natura contrattuale della responsabilità sanitaria, l'obbligatorietà della copertura assicurativa per tutti gli operatori e chiarire gli ambiti di responsabilità".

In sostanza lo scopo deve essere quello di "delimitare la responsabilità civile e penale del professionista per evitare la medicina difensiva". Questo può avvenire, ha sottolineato Alberti, "soltanto tramite l'adozione di una disciplina chiara e organica in grado di consolidare tutele e dimensioni del rischio clinico".

Ma per **Nicola Surico**, presidente del Collegio Italiano dei Chirughi (Cic), le responsabilità dell'impasse che sta attraversando l'Italia su questi temi sono chiare e ben definite. "I politici riconoscono che i punti nascita sotto i 500 parti sono a rischi, ma ci mandano comunque a lavorare lì, pronti poi a scaricare la colpa su di noi. È per questo che il convegno odierno è importantissimo, nell'ottica di risvegliare coscienze sia a livello italiano che internazionale. E in questo senso la costruzione di un network europeo diventa uno strumento fondamentale perché i problemi sono condivisi in una dimensione sovranazionale e quindi le dinamiche in ambito di rischio professionale presentano una grossa omogeneità. Bisogna assolutamente invertite la tendenza che individua costantemente l'evento avverso come frutto di un errore medico e quindi automaticamente imputabile al professionista. L'enorme mole di assoluzioni evidenzia però come il sistema sia da modificare. Nel complesso è quindi necessario che il Parlamento esprima un disegno di legge unico per normare adeguatamente questi temi e che preveda una tutela per i medici tramite una polizza assicurativa stipulata dall'azienda. C'è poi il problema delle difformità tra le varie Regioni che si comportano tutte in modo diverso, generando enormi sperequazioni territoriali".

Il convegno odierno è importantissimo, nell'ottica di risvegliare coscienze sia a livello italiano che internazionale. E in questo senso la costruzione di un network europeo diventa uno strumento fondamentale

Giurisprudenza e assicurazioni

Negli ultimi decenni c'è stata enorme evoluzione più giurisprudenziale che legislativa in merito alle tematiche sanitarie. "Per quanto riguarda la responsabilità, invece – ha osservato **Afro Maisto**, presidente della Corte d'Appello di Roma – ad eccezione della legge Balduzzi, negli ultimi anni non è cambiato molto. Prima c'era una visione legata ad una responsabilità extracontrattuale, poi la giurisprudenza ha cambiato questo punto di vista ed è stata introdotta la responsabilità da contratto sociale. La responsabilità medica oggi è contrattuale sia per quanto riguarda il rapporto tra paziente e struttura sanitaria

▶ Segue a pagina 10

David Richmond, President of Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - RCOG

"Nel Regno Unito le controversie riguardano soprattutto l'ambito della maternità: sono al primo posto per valore assoluto degli importi e al secondo per numero di sinistri causato da negligenza. La mortalità prenatale, infatti, nel Regno Unito è una delle più elevate tra i Paesi ad alto reddito, soprattutto a causa della carenza di personale. È per questo che il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists ha elaborato delle Linee guida ad hoc. Esse includono una serie di aspetti fondamentali, che però non riguardano specifici standard di cura, bensì sono incentrate sul concetto di consenso informato. Lo scopo è fornire ai pazienti tutti i dati e gli elementi necessari ad acquisire una adeguata consapevolezza. A ciò si aggiungono documenti inerenti le buone pratiche che presentano raccomandazioni, sistematicamente aggiornate, in modo da supportare operatori e pazienti nella scelta del trattamento più adeguato per specifiche condizioni."

Fernando Izquierdo, Representative of the Spanish Socley of Gynaecology and Obstetrics - SEGO

"In Spagna la Sego opera in stretta collaborazione con gli organi giudiziari al fine di produrre specifiche informazioni utili sia agli operatori che ai pazienti. In questo modo, negli anni, sono stati migliorati alcuni aspetti cardinali: maggior consenso informato per gli interventi chirurgici; aggiornamento continuo di dati ed evidenze scientifiche; elementi per garantire un'assistenza legale appropriata; polizze di assicurazioni eque e adeguate."

Patrick Fournet, Representative of the National College of French Gynaecologists and Obstetricians – CNGOF

"Ginecologia e ostetricia non sono i più esposti e, complessivamente, negli ultimi anni la frequenza dei sinistri è rimasta perlopiù invariata. Da noi è poi in corso un'attenta e costante valorizzazione del risk management, mentre per rispondere alle sollecitazioni europee abbiamo approntato un Programma nazionale per la sicurezza del paziente. Per migliorare l'efficienza del sistema, abbiamo puntato sulla prevenzione: abbiamo creato dei meccanismi che hanno disincentivato fortemente la medicina difensiva e abbiamo investito in maniera consistente sulle politiche di gestione del rischio.

Mark Brincat, President of the Malta College of Obstetricians and Gynaecologists - MCOG

"Servono strumenti ad hoc perché il contenzioso assorbe risorse la cui mancanza produce un peggioramento dei servizi e un aumento delle liste d'attesa. Bisogna quindi stroncare la cultura orientata al risarcimento e affermare un sistema che non sia basato esclusivamente sulla colpa, ma che sia imperniato su un vero e proprio contratto sociale stipulato tra paziente e professionista. In questo senso, per incrementare l'efficienza complessiva e strutturale del sistema, un contributo decisivo può arrivare dai processi di digitalizzazione. Altro aspetto nodale riguarda la costruzione di percorsi di formazione post laurea che siano omogenei a livello comunitario: oggi si registra una diversificazione eccessiva tra i vari Paesi europei. E questa dinamica incide fortemente anche sulla possibilità di ottenere un quadro normativo armonizzato."

Jean-Pierre Schaaps, Past President of the Royal Belgian Society of Gynaecology

"In Belgio la maggioranza dei casi di contenzioso è legata all'ortopedia, che si attesta a circa il 29%. L'ostetricia si ferma invece al 12%. Un elemento di grande efficacia nel nostro Paese è la presenza, a partire dal 2002, di un mediatore in ogni ospedale. La debolezza di questo aspetto è però che il mediatore è pienamente integrato all'interno del personale ospedaliero e ciò produce grossi sospetti di parzialità. In Belgio, dal 2012, disponiamo inoltre di un fondo ad hoc che eroga i risarcimenti nei casi in cui si registri un danno non attribuibile alla responsabilità del medico. E, infine, a differenza di tanti altri Paesi, i tempi di prescrizione sono assai lunghi. "

"Grand coalition of grassroots stakeholders: Professionals, Patients and Insurance providers"

David Hubert
Esperto di Diritto comunitario

"Alla luce del crescente numero di professionisti che esercita nei vari Stati europei, è necessario introdurre sistemi di risk management omogenei. L'attuale diversificazione è poco funzionale e non consente di creare standard comuni nella gestione del rischio clinico. Processi di omogeneizzazione sarebbero opportuni anche per i prodotti assicurativi, creando un mercato comune a livello europeo.
La creazione di un network comunitario sul rischio clinico, oltre ai professionisti, deve coinvolgere anche i pazienti e le compagnie assicurative. Non si può infatti rinunciare a un inter organico che includa tutti gli attori del sistema. E, a livello istituzionale, non si può prescindere da un dialogo costante e capillare con la Commissione e con il Parlamento".

Sul sito Aogoi il video dello speciale televisivo sul convegno europeo andato in onda su Sky

L'intervento del Commissario Ue alla salute e tutela dei consumatori Tonio Borg

Efficiency, Quality and Security

"La domanda che possiamo porci è la seguente: c'è qualcosa di più che potremmo fare insieme per migliorare la sicurezza, la qualità e l'efficienza dell'assistenza sanitaria che offriamo ai cittadini dell'Unione Europea?
Questo è invero il nostro obiettivo comune."

Signore e Signori,
sono molto onorato di essere qui oggi e di potermi rivolgere a questo illustre pubblico per sottolineare l'importanza fondamentale di garantire in Europa un'assistenza sanitaria sicura ed efficiente.
In qualità di medici, rappresentate il fronte più avanzato degli sforzi collettivi che intraprendiamo in Europa per vincere questa sfida. La vostra missione, fondamentale e difficile, consiste nel curare le persone e, ove possibile, nel guarirle.
Quando i nostri cittadini sono ricoverati in ospedale, si aspettano un'assistenza sanitaria sicura. I pazienti dovrebbero confidare nel fatto che non subiranno danni dall'assistenza sanitaria ricevuta.
Da un'indagine su scala UE che abbiamo pubblicato solo un paio di settimane fa è emerso, tuttavia, che poco più della metà dei cittadini UE ritiene che le persone potrebbero subire nocumento dalle cure ospedaliere. Ci sono notevoli differenze tra gli Stati membri, con percentuali che vanno dal 21% ad un allarmante 82% di cittadini, che ritengono che potrebbero subire danni in seguito alle cure ospedaliere. In Italia, per esempio, il 57% degli intervistati pensa che potrebbe subire danni conseguenti ad un ricovero ospedaliero, ma soltanto il 13% ha dichiarato che essi stessi o un membro della loro famiglia sono stati vittime di un "evento sfavorevole" a seguito dell'assistenza sanitaria. Nell'Unione europea ci sono differenze significative nelle modalità di gestione della sicurezza dei pazienti e nel modo in cui quest'ultima è percepita.
Negli ultimi anni l'UE ha operato, in stretta collaborazione con gli Stati membri e le parti interessate, per contribuire a sormontare queste differenze.
Nel 2009 gli Stati membri dell'Unione europea si sono impegnati ad attuare programmi specifici per garantire la sicurezza dei pazienti, adottando una raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti e sulle infezioni associate all'assistenza sanitaria.
Tale raccomandazione del Consiglio sottolineava l'importanza di responsabilizzare i pazienti, di disporre di sistemi di segnalazione e apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli e di una formazione specifica del personale sanitario.
Il mese scorso la Commissione ha pubblicato una relazione sull'attuazione della raccomandazione degli Stati membri.
La buona notizia è che sono stati compiuti progressi significativi. Ad esempio, 26 Stati membri su 28 ora dispongono di strategie o programmi di sicurezza dei pazienti e 27 Stati membri dispongono di sistemi di segnalazione e apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli.
La brutta notizia è che, nonostante questi progressi, continuano a verificarsi eventi sfavorevoli nelle strutture sanitarie, la sicurezza dei pazienti rientra raramente nella formazione del personale sanitario e almeno 10 Stati membri non sembrano informare i pazienti sulle misure di sicurezza adottate per ridurre gli errori o sulle procedure di reclamo.
Per questo motivo, nella relazione di un paio di settimane fa, ho proposto agli Stati membri alcune azioni da prendere in considerazione: orientamenti su come informare i pazienti, norme comuni sulla sicurezza dei pazienti e definizioni comuni di qualità dell'assistenza.

In qualità di medici, rappresentate il fronte più avanzato degli sforzi collettivi che intraprendiamo in Europa per vincere questa sfida

***

Quando si parla di qualità e di sicurezza devo anche riferirmi alla situazione del personale sanitario.
Il nostro ultimo sondaggio sull'argomento ha concluso, com'era prevedibile, che il fattore più importante per un'assistenza sicura e di elevata qualità è personale sanitario preparato.
È evidente che, per garantire la sicurezza dei pazienti, gli Stati membri devono disporre di un numero sufficiente di professionisti della sanità, preparati e molto motivati, nei posti più adeguati. La percepita carenza di operatori sanitari, in particolare specialisti e infermieri, è fonte di grande preoccupazione negli Stati membri e le parti interessate, che ora stanno collaborando a livello di UE per programmare e prevedere il fabbisogno di personale sanitario.
Il nostro partenariato europeo, che annovera 25 Stati membri e 30 organizzazioni professionali, sta elaborando strumenti per guidare gli enormi investimenti necessari per la formazione di un numero sufficiente di professionisti sanitari, al fine di soddisfare le esigenze future.
Stiamo inoltre invitando gli Stati membri a fare un uso migliore delle loro capacità di formazione, ad esempio mediante accordi bilaterali.

***

Un importante sviluppo nella politica sanitaria dell'UE, sul quale vorrei soffermarmi oggi, è la direttiva sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Tale direttiva avrebbe dovuto essere recepita nel diritto nazionale degli Stati membri entro l'ottobre 2013.
Essa sancisce il diritto dei pazienti di ottenere il rimborso dell'assistenza sanitaria ricevuta in un altro Stato membro e contiene inoltre una serie di misure pertinenti per il dibattito odierno.
In particolare la direttiva attribuisce grande importanza all'informazione. Punti di contatto nazionali dovrebbero fornire ai pazienti informazioni sugli aspetti essenziali di un sistema sanitario in materia di qualità e sicurezza.
In particolare informazioni su: *Chi stabilisce le norme? Chi ne controlla l'esecuzione? Che cosa succede quando qualcosa non va come dovrebbe andare?*
I prestatori di assistenza sanitaria sono inoltre tenuti a informare i pazienti sulla loro documentazione relativa alla qualità e alla sicurezza e sul loro status di autorizzazione o di iscrizione.
La direttiva prescrive una serie di altre garanzie procedurali:

- i pazienti devono avere il diritto di presentare un reclamo e di chiedere un risarcimento, se subiscono un danno conseguente all'assistenza sanitaria ricevuta;
- devono avere accesso ad una copia della cartella clinica;
- tutta l'assistenza sanitaria deve essere coperta da un sistema di assicurazione di responsabilità professionale o da un accordo che offra una garanzia analoga.

Tutta l'assistenza sanitaria deve essere coperta da un sistema di assicurazione di responsabilità professionale o da un accordo che offra una garanzia analoga. So che quest'ultimo punto riveste particolare interesse per molti di voi

So che quest'ultimo punto riveste particolare interesse per molti di voi, di conseguenza vorrei soffermarmi un istante.
A seguito di questa disposizione, abbiamo già registrato alcuni cambiamenti importanti negli Stati membri.
I prestatori di assistenza o le istituzioni che in precedenza non erano obbligati a disporre di tale assicurazione, ora sono tenuti ad averla. Questo "livellamento verso l'alto" della copertura è assolutamente benvenuto.
Tuttavia, dobbiamo essere chiari in merito a ciò che la direttiva prescrive o meno.
La direttiva stabilisce che il sistema di assicurazione o un suo equivalente dovrebbe essere commisurato alla natura e alla portata del rischio.
Il testo della direttiva è tuttavia molto chiaro e specifica che spetta a ciascuno Stato membro determinare "la natura e le modalità" di tale sistema.
Questo perché, a norma del trattato, la responsabilità primaria della gestione dei sistemi sanitari ricade sugli Stati membri.
Inoltre, la mera diversità dei 28 sistemi sanitari dei 28 Stati membri implica che questi ultimi, come è prevedibile, vogliano assicurarsi di disporre di sufficiente flessibilità per adeguare le prescrizioni al loro contesto nazionale specifico.
Per quanto riguarda specificamente la responsabilità, ciò significa che i meccanismi nazionali sono molto diversi tra loro:

- in alcuni paesi esiste un fondo di indennizzo generale;
- altri paesi richiedono un'assicurazione di responsabilità da stipulare e mantenere a livello istituzionale;
- in altri paesi ancora l'obbligo di assicurazione di responsabilità ricade sui singoli professionisti della sanità, vale a dire sui medici.

I livelli di copertura e le limitazioni dell'indennizzo, la disponibilità di assicurazione e il costo dei premi variano notevolmente in funzione del contesto nazionale.
Ciascuno Stato membro dell'Unione europea è dunque responsabile di decidere le specifiche giuridiche applicabili in materia di responsabilità e i requisiti relativi all'assicurazione.

***

Quanto detto finora mi porta alla domanda fondamentale sulla politica sanitaria dell'Unione Europea: *in quale direzione andiamo?*
Ho descritto alcune delle azioni intraprese a livello di Unione Europea per affrontare le questioni della sicurezza dei pazienti e della qualità dell'assistenza sanitaria. Queste variano da strumenti non vincolanti, conosciuti come "soft law", a progetti comuni di cooperazione.
Sono convinto che con gli strumenti a nostra disposizione possiamo ottenere molti risultati.
Esiste tuttavia un limite alla nostra attuale possibilità di intervento legislativo e politico, considerata la ripartizione delle competenze e delle responsabilità tra il livello nazionale e il livello dell'Unione Europea.
La domanda che possiamo porci è la seguente: c'è qualcosa di più che potremmo fare insieme per migliorare la sicurezza, la qualità e l'efficienza dell'assistenza sanitaria che offriamo ai cittadini dell'Unione Europea?
Questo è invero il nostro obiettivo comune.

@many thanks

alcune mail di ringraziamento da parte degli ospiti stranieri

Estimado Presidente y Prof Vito Trojano; de vuelta a Madrid quiero expresarle mi mas sincero agradecimiento la todas las atenciones que han tenido, al mismo tiempo vaya mi felicitación por la Idea de crear este Foro Europeo y por el éxito de la reunión.
Reciba un cordial saludo.

Prof. Pedro de la Fuente
Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la UCM
Presidente de la Comisión Científica de la SEGO

Bonjour
Je tenais à vous remercier de l'accueil que vous m'avez fait et l'honneur que vous avez fait au Collège National français des Gynécologues Obstétriciens pour participer au colloque vous avez organisé
J'espère que ma contribution a permis à l'auditoire de mieux connaitre la situation française et les projets diriges par la HAS en matière de gestion des risques.
Cela sera toujours avec plaisir que je participerais au projet que vous mettez en place et je ne peux que souhaiter qu'il puisse aboutit
Merci beaucoup pour le magnifique livre et le CD
Au plaisir de vous revoir
Respectueusement

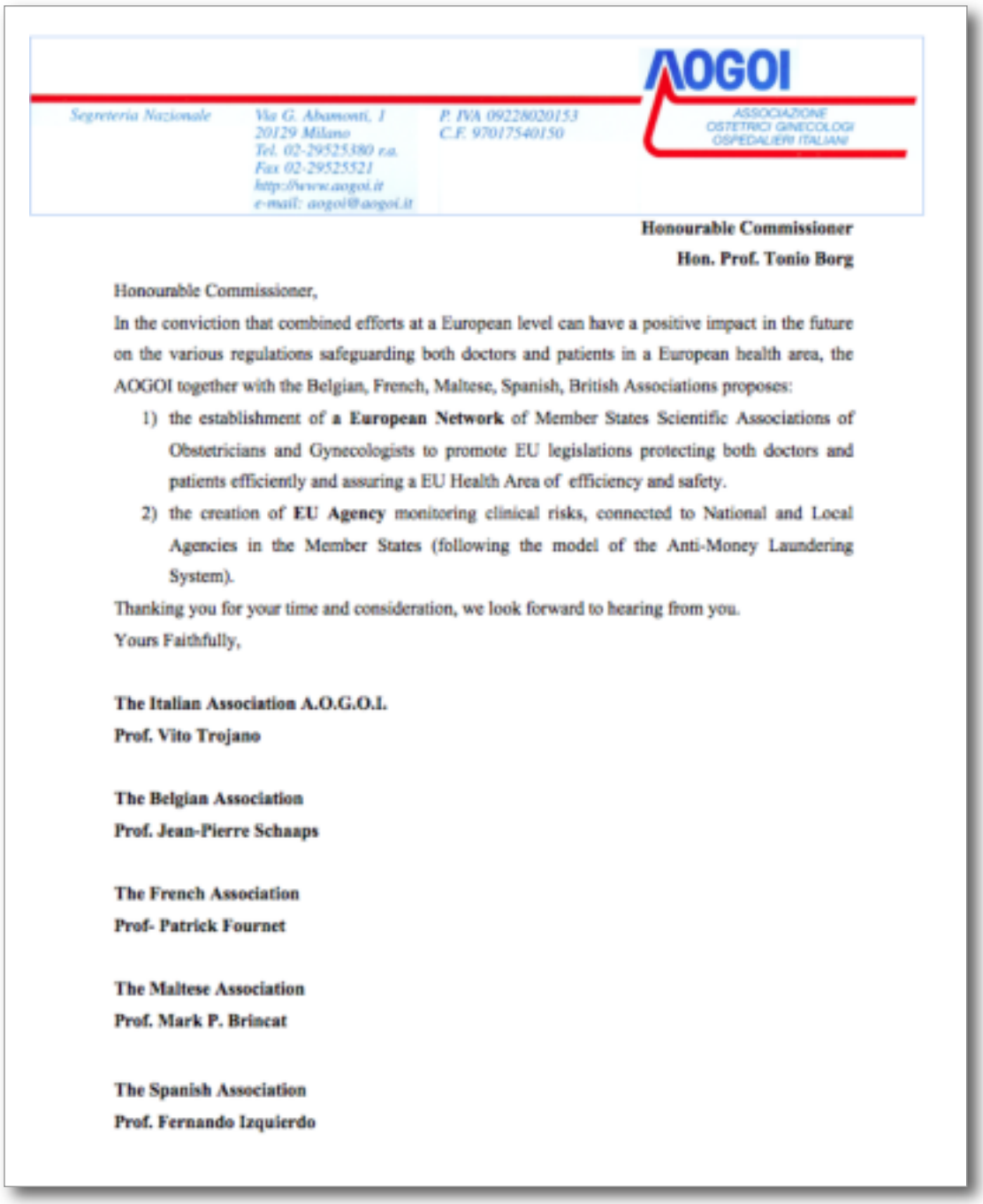
Prof. Patrick Fournet

Dear Prof. Trojano
I want to thank you very sincerely for your attentions. Congratulations for the Conference on Clinical Risk Management. It has been wonderful.
Again, thank you very much.

Prof. Fernando Izquierdo

Cher Professeur Trojano,
la conference a Rome fut, je pense, un vrai succès sur lequel nous pourrons construire un beau projet.
Je voudrais porter a votre attention qu'hier, le Parlement Européen a élu le President de la Commission Parlementaire qui traite des questions de santé. Nous avons de la chance, il s'agit d'un Italien, Giovanni La Via qui commence son second mandat au Parlement.
Je pense que dans le futur proche nous devrions lui rendre visite a Bruxelles pour lui présenter notre projet. Dans l'immédiat, je pense qu'il serait important qu'AOGOI lui écrive une lettre de félicitations en Italien dans laquelle on lui présenterai AOGOI et notre projet Européen.
Tres cordialement,

Dott. David Hubert



Segreteria Nazionale
Via G. Abamonti, 1
20129 Milano
Tel. 02-29525380 r.a.
Fax 02-29525521
http://www.aogoi.it
e-mail: aogoi@aogoi.it

P. IVA 09228020153
C.F. 97017540150

AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Honourable Commissioner
Hon. Prof. Tonio Borg

Honourable Commissioner,

In the conviction that combined efforts at a European level can have a positive impact in the future on the various regulations safeguarding both doctors and patients in a European health area, the AOGOI together with the Belgian, French, Maltese, Spanish, British Associations proposes:

1) the establishment of **a European Network** of Member States Scientific Associations of Obstetricians and Gynecologists to promote EU legislations protecting both doctors and patients efficiently and assuring a EU Health Area of efficiency and safety.
2) the creation of **EU Agency** monitoring clinical risks, connected to National and Local Agencies in the Member States (following the model of the Anti-Money Laundering System).

Thanking you for your time and consideration, we look forward to hearing from you.
Yours Faithfully,

The Italian Association A.O.G.O.I.
Prof. Vito Trojano

The Belgian Association
Prof. Jean-Pierre Schaaps

The French Association
Prof- Patrick Fournet

The Maltese Association
Prof. Mark P. Brincat

The Spanish Association
Prof. Fernando Izquierdo

Il testo del "protocollo d'intesa" siglato dall'Aogoi e dalle Associazioni consorelle di Belgio, Francia, Malta, Spagna, e a cui ha aderito la Gran Bretagna (impossibilitata a partecipare ai lavori), contempla due proposte: la costituzione di un Network europeo delle Associazioni scientifiche di Ostetricia e Ginecologia degli Stati Membri dell'Unione, finalizzato a promuovere legislazioni comunitarie che tutelino efficacemente medici e pazienti, e la creazione di un'Agenzia Europea per il monitoraggio del rischio clinico, collegata alle Agenzie nazionali e locali negli Stati Membri, sul modello del sistema Antiriciclaggio. La firma del protocollo, consegnato al Commissario europeo, è stata salutata da un lungo applauso al termine dei lavori.

▶ Segue da pagina 8

che deve rispondere a determinati parametri. È di tipo contrattuale anche il rapporto che intercorre tra medico e paziente. Problemi principali riguardano il nesso di causalità tra un evento avverso e la condotta mostrata dal medico. La legge Balduzzi costituisce uno spartiacque importantissimo, in quanto prevede che l'operatore sanitario che si attiene a Linee guida e a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve, ma permane soltanto la responsabilità civile e il giudice valuta risarcimento del danno. Il problema è definire chiaramente il concetto di Linee guida e di buone pratiche, capire dove e come sono codificate. Il campo della responsabilità medica, complessivamente, esula dal diritto ordinario".
Difficoltà e complessità coinvolgono pienamente anche il profilo assicurativo della questione, come ha spiegato **Paola Buonopane** – Responsabile attività di intermediazione Geas. "Venti anni fa tutte le compagnie di assicurazioni offrivano polizze di RC professionale per i medici e polizze RCT/O per le strutture sanitarie pubbliche e private. Era quindi garantita una concorrenza reale. Alcuni fattori intervenuti successivamente hanno però stravolto le condizioni del mercato. La responsabilità civile dei medici e degli ospedali, storicamente qualificata come responsabilità extracontrattuale da fatto illecito, è stata invece ricondotta dalla giurisprudenza ad un tipo di responsabilità contrattuale. A incidere profondamente sono stati anche il crescente interesse mediatico sull'argomento malasanità, la standardizzazione delle procedure cliniche, la maggior sensibilità della magistratura alle varie tipologie di danno alla persona e le tempistiche dei giudizi civili". Una serie di elementi che, concorrendo tra loro, hanno messo in crisi gli assicuratori. A tali difficoltà il sistema assicurativo ha reagito incrementando l'ammontare dei premi e modificando le condizioni contrattuali, inserendo nei contratti in ambito sanitario la clausola *claims made*, di derivazione anglosassone, che limita l'operatività della garanzia alle richieste di risarcimento ricevute dall'assicurato nel periodo di vigenza della polizza. Tuttavia, in Italia, si è assistito ad un utilizzo distorto della clausola. La quale spesso è limitata a garantire eventi accaduti nello stesso periodo di validità dell'assicurazione, ovvero in un periodo "di pregressa" che viene venduto con onerosi sovrappremi. Molte società di assicurazione hanno abbandonato il settore della responsabilità civile professionale in ambito sanitario e attualmente sono pochissimi gli assicuratori storicamente presenti nel nostro mercato, che assicurano la responsabilità professionale dei medici. Scrutando il panorama europeo, non può non destare sorpresa il fatto che soltanto in Italia ed in Polonia il medico possa essere ritenuto penalmente responsabile. In quasi tutti i Paesi europei le conseguenze della responsabilità medica sono gestite in regime di diritto pubblico. Sono socialmente distribuite fra tutti i cittadini. I pazienti hanno il vantaggio di ricevere risarcimenti veloci e frequenti, forse con l'unico svantaggio di poter aspirare a liquidazioni standardizzate, cioè non formulate sul singolo caso specifico. Gli assicuratori godono di una stabilità dovuta alla "polverizzazione" del rischio su tutta la comunità con costanti piccoli adeguamenti annuali dei premi. Serve quindi, anche in Italia, una riforma che tenga conto di questi elementi".

La voce dei cittadini

Significativa al convegno europeo la presenza dell'associazionismo civico, rappresentato dal Vice Segretario generale di CittadinanzaAttiva Francesca Moccia. Un network comunitario sul rischio clinico e una "Grand Coalition" finalizzata a migliorare la sicurezza, la qualità ed efficienza dell'assistenza sanitaria devono "necessariamente" coinvolgere, oltre ai professionisti anche i cittadini, i primi tra i "grassroots stakeholders". Pazienti e familiari "devono partecipare a tutti gli effetti al processo di sicurezza delle cure – ha sottolineato Moccia – ma per costruire una cultura di empowerment che dia loro un ruolo attivo c'è ancora molto da fare". Ed è proprio questa la battaglia che le organizzazioni civiche come CittadinanzaAttiva stanno portando avanti.

Fecondazione eterologa: l'Aogoi nel Gruppo di lavoro Pma presso il Ministero della Salute

Trojano: Modalità organizzative tempestive e qualificate. Attivo e concreto l'intervento del Ministro

Il Gruppo di lavoro costituito dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin per esaminare le eventuali proposte di intervento per dare attuazione alla sentenza della Consulta ha completato i suoi lavori. A breve le linee guida del Ministero della Salute

È decollato rapidamente il Gruppo di lavoro sulla Pma, come aveva auspicato la nostra Associazione l'indomani della sentenza della Consulta che il 9 aprile scorso ha dichiarato illegittimo il divieto di fecondazione eterologa, e, il 25 luglio scorso, nello stretto giro di un mese, come previsto, ha completato i suoi lavori.

In una nota il ministero della Salute ha reso noto che "l'apporto di tutti i componenti del Gruppo, composto dai maggiori esperti della materia è stato molto costruttivo e ha permesso di individuare soluzioni condivise per l'elaborazione di una proposta normativa. Gli Uffici del Ministero stanno pertanto facendo la sintesi dei risultati del Gruppo di lavoro che verranno resi noti nei prossimi giorni. Tali risultati – conclude la nota – come già annunciato dal Ministro, potranno anche sfociare in un intervento legislativo urgente che il Ministro Lorenzin potrebbe proporre in uno dei prossimi Consigli dei Ministri".

Circolazione gameti e problema della non commerciabilità, egg sharing, doppia eterologa, conoscenza delle modalità del concepimento e conoscenza delle origini, criteri per la selezione del seme del donatore e test di tipo infettivo e genetico che dovranno essere messi in atto per una corretta selezione dei donatori in modo da garantire la salute delle persone che accedono alla fecondazione eterologa e dei nascituri. Ecco alcuni dei principali punti discussi dal Gruppo Pma, una squadra di alto livello formata da rappresentanti delle società scientifiche di ginecologia, della fertilità, sterilità e medicina della riproduzione, da rappresentanti delle regioni, operatori della Pma sia privati che pubblici, giuristi, insieme a funzionari ed esperti del ministero e dell'Iss.

Soddisfazione "per le tempestive e qualificate modalità organizzative e per l'attivo e concreto intervento del Ministro" è stata espressa dal presidente Aogoi **Vito Trojano,** che ha reso nota la posizione dell'Aogoi in merito ad alcuni punti trattati nel corso della prima riunione del gruppo di lavoro.

Nello specifico, per quanto riguarda l'**età del donatore/donatrice**, la fascia d'età del donatore uomo dovrebbe essere quella compresa tra i 18 e 40 anni mentre quella della donna, dai 21 (per la maturità dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio) sino ai 35 anni (così come avviene in altri paesi europei).

Quanto allo **screening dei donatori**, oltre ad un'anamnesi completa anche sull'asse famigliare e a una valutazione clinica e psicologica degli stessi, andrebbe contemplata un'anamnesi genetica (eseguita da un genetista) finalizzata all'esecuzione di eventuali test specifici. Di base, comunque, andrebbero comunque eseguiti: il cariotipo, il test per la fibrosi cistica e per la talassemia. Per quanto riguarda i **test infettivologici**, Trojano si è detto d'accordo con quelli presentati dalla Sios (Società italiana Ospedaliera Sterilità) e Sifes (Società Italiana Fertilità e Sterilità e Medicina della Riproduzione).

Riguardo il **numero massimo di donazioni** e bimbi nati dallo stesso donatore è auspicabile il riferimento a un limite di 10 nati per donatore o di 10 nuclei famigliari riceventi dallo stesso donatore, come avviene in Inghilterra.

Per superare il problema della "**tracciabilità**", ovvero la possibilità di poter risalire in qualsiasi momento dal donatore al nato e viceversa, il presidente Aogoi ritiene che vada senz'altro realizzata una banca dati nazionale centralizzata, ferma restando la possibilità per il donatore di conservare l'anonimato. La donazione, come ha sottolineato Trojano, "è un atto libero, volontario e gratuito e non si può imporre al donatore di fare qualcosa che non voglia fare. Ciò anche al fine di evitare che i centri siano coinvolti in contenziosi". Per garantire comunque la possibilità di contattare il donatore a fronte di necessità terapeutiche o motivi di salute del nato – ha aggiunto – si possono stabilire criteri e modalità anche attingendo dall'esperienza di altri paesi". Esperienze su cui si è soffermato il Professor **Giuseppe De Placido**, in rappresentanza della Sigo, che ha illustrato alcune regolamentazioni vigenti, su tale materia, in Spagna, Francia e Germania.

"In Spagna è previsto il diritto dei nati, in proprio o attraverso i propri rappresentanti legali, ad ottenere informazioni generali sui donatori che non includano l'identità, in caso di malattie del nato – ha affermato De Placido. Anche in Francia, in caso di necessità terapeutica del nato, è previsto che i medici possano avere accesso a tali informazioni, non identificative dell'identità del donatore. In Germania il sistema si basa sul consenso del donatore, che può accettare o meno di dare informazioni in caso di malattie del nato. E proprio quest'ultimo, potrebbe essere un modello da prendere a riferimento". "Con un **consenso informato** affiancato da una liberatoria – hanno concordato Trojano e De Placido - il donatore potrebbe autorizzare, al momento della donazione, ad essere ricontattato in caso di problemi di salute del nato, o a sottoporsi, per tali ragioni, ad ulteriori trattamenti. Ciò eviterebbe anche che i centri possano essere coinvolti in contenziosi medico legali".

"La materia è complessa e ci sono molti aspetti tecnici, etici, deontologici e giuridici da definire in tempi brevi, nel rispetto della disciplina comunitaria in materia non ancora recepita in Italia – ha concluso Trojano. Per questo l'Aogoi ha chiesto l'attivazione di un tavolo prettamente tecnico nell'ambito della Sigo, con tutte le società di settore interessate e con la partecipazione di giuristi specifici in ambito di diritto sanitario".

Il nuovo Codice di Deontologia Medica e le sue ricadute sull'attività ostetrica e ginecologica

Carmine Gigli
Presidente FESMED

Lo scorso 18 maggio il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) ha approvato a maggioranza il nuovo Codice di Deontologia Medica, il cui testo si può scaricare dal sito della FNOMCeO*. Il nuovo Codice si compone di 79 articoli e si occupa per la prima volta di "Medicina potenziativa ed estetica" e di "Medicina militare".

Il contenuto di alcuni articoli non è stato ritenuto completamente condivisibile dalle OO.SS. della Dirigenza medica, compresa la FESMED, le quali hanno ritenuto opportuno avanzare ognuna le proprie osservazioni, oltre ad inoltrare un documento unitario.

Secondo le OO.SS. la stesura di alcuni articoli del nuovo Codice deontologico medico avrebbe dovuto considerare con maggiore attenzione le problematiche che i dirigenti medici del Ssn si trovano ad affrontare nell'esercizio della professione. Benché le OO.SS. si fossero rese disponibili per un incontro, la FNOMCeO ha preferito affidare ogni decisione al suo Consiglio Nazionale.

Tutti i medici sono tenuti a conoscere e rispettare gli articoli del Codice di Deontologia Medica, tuttavia ritengo opportuno richiamare l'attenzione dei colleghi ostetrici-ginecologi su alcuni articoli o su parte di essi, per le particolari ricadute che potrebbero avere sulla nostra specialità.

Art. 33. Informazione e comunicazione con la persona assistita

"Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura".

▶ Segue a pagina 22

ISOLA DONNA
AL CENTRO DEL MONDO MEDICO E SOCIALE

pierluigi poddighe

Cagliari

28 Sett.- 1 Ott. 2014

89° Congresso Nazionale SIGO

54° Congresso Nazionale AOGOI

21° Congresso Nazionale AGUI

Presidenti:

Salvatore Dessole | Giovanni Monni

Gian Benedetto Melis | Giovanni Urru

Il programma congressuale è disponibile sul sito www.aogoi.it

Umanizzazione • Benessere • Innovazione

La lettera invito dei presidenti del Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui 2014

Umanizzazione, Benessere e Innovazione: la donna al centro del mondo medico e sociale

Cari amici,

il 28 settembre si svolgerà a Cagliari il Congresso Nazionale Sigo. Le Scuole Sarde Universitarie, Ospedaliere e del Territorio di Ginecologia e Ostetricia per la prima volta nella storia della SIGO hanno avuto l'incarico di ospitare e organizzare questo importante evento della Ginecologia e Ostetricia nella splendida Terra di Sardegna.

Sardegna, ricca di storia e di cultura che ha le più antiche tracce della presenza umana. Infatti, i più antichi manufatti rinvenuti in Sardegna risalgono al Paleolitico inferiore. Si tratta di oggetti in pietra (selce e quarzite) databili tra 450.000 e 120.000 anni fa, rinvenuti nella parte settentrionale dell'isola, nella regione dell'Anglona, inquadrabili, dal punto di vista tipologico, nelle industrie litiche classificate coi nomi di "clactoniano" e "tayaziano". Recentemente è stata rinvenuta, in una grotta del Logudoro, una falange completa del pollice di un essere umano. La datazione proposta per questo importante reperto osseo è di 250.000/300.000 anni a.C.

Le tradizioni popolari, nelle loro multiformi manifestazioni, sono ancora oggi profondamente radicate nella cultura sarda. L'abito tradizionale esprime il carattere di una terra dalla storia millenaria e se, ormai, sono pochi i centri dell'isola in cui tuttora lo si indossa quotidianamente, durante le grandi sagre, come quella di Sant'Efisio a Cagliari o la Cavalcata di Sassari, può essere ammirato in tutte le sue varianti.

Le sessioni del Congresso si incentreranno sui principi dell'Umanizzazione, del Benessere e dell'Innovazione applicati alla Ginecologia e all'Ostetricia che consentono di migliorare il benessere psico-fisico della donna del terzo millennio.

Gli argomenti del Congresso Sigo-Aogoi-Agui riguarderanno le più recenti scoperte scientifiche e tecnologiche nel campo della Ginecologia e Ostetricia e quali sono le strategie migliori per incidere in maniera determinante sul contenimento della spesa sanitaria. Il controllo e la razionalizzazione della spesa sanitaria sono probabilmente uno degli aspetti più delicati dell'attuale situazione della Sanità in Italia e del continuo dibattito in atto tra le diverse Regioni, e tra Regioni e Governo centrale. Il problema specifico del nostro Paese consiste nel fatto che si sono verificate profonde trasformazioni demografiche, sia in termini di riduzione della natalità che di aumento della vita media, con condizioni, quindi, di invecchiamento più veloce e marcato rispetto ad altri Paesi e con tendenza ad un forte aumento dei consumi sanitari.

Il dibattito è aperto sulle varie proposte per il contenimento della spesa sanitaria, che vanno da un forte incentivo alla prevenzione ad una più razionale allocazione delle risorse, ad un concreto snellimento delle pratiche burocratiche, ad una consistente riduzione delle prescrizioni di analisi strumentali e di laboratorio fino all'aumento dell'assistenza domiciliare, con conseguente diminuzione dei ricoveri ospedalieri. È chiaro che occorre muoversi in un'ottica di risorse limitate, e che bisogna perciò razionalizzare quelle che sono disponibili.

L'obiettivo del Congresso è quello di discutere le strategie da adottare nei diversi campi della disciplina per contenere la spesa sanitaria senza ridurre la qualità dell'assistenza. Si terranno, inoltre, il primo giorno del Congresso, corsi teorico-pratici che affronteranno gli aspetti più attuali della Ginecologia e Ostetricia.

Affrontando queste tematiche, i Presidenti del Congresso auspicano una partecipazione massiva da parte dei colleghi medici e del personale ostetrico-infermieristico regionale e nazionale.

I Presidenti del Congresso

Salvatore Dessole, Gian Benedetto Melis, Giovanni Monni, Giovanni Urru

Programma scientifico SIGO 2014

Programma preliminare

28 SETTEMBRE
AUDITORIUM PASOLINI

17.00 - 18.30
Cerimonia Inaugurale e saluto della Autorità

18.30 - 19.00
LETTURA MAGISTRALE
La sostenibilità della spesa in ostetricia e ginecologia (L. Pani)

19.00 - 19.30
LETTURA MAGISTRALE
Planned home birth: a challenge to perinatal medicine
(F. Chervenak)

19.30 - 20.00
Regione Sardegna Film e Musica

29 SETTEMBRE
AUDITORIUM PASOLINI

08.30 - 10.30
Il parto pretermine: le cause, i trattamenti, il timing, approccio multidisciplinare
Moderatori:
G.C. Di Renzo, P. Greco
Travaglio del parto a termine di gravidanza: quale il meccanismo scatenante
(H. Valensise)
Cause del travaglio di parto pretermine: stato dell'arte
(M.V. Locci)
Prevenzione con progesterone, trattamento con i più recenti tocolitici
(F. Facchinetti)
Ha un ruolo una prevenzione con anti-ossidanti?
(F. Strigini)
Counseling neonatologico -ostetrico per il timing del parto
(A. Caruso)

10.30 - 11.00
LETTURA MAGISTRALE
Ieri oggi e domani nella Diagnostica Prenatale (G. Monni)

11.30 - 13.30
La gestione delle emergenze in sala parto
Moderatori: *S. Bennici, A. Ragusa*
Concetti sul rischio e sulla gestione delle emergenze ostetriche
(D. Lissoni)
La distocia di spalla e il prolasso di funicolo
(D. Rinaldo)
Utilizzo degli ultrasuoni
(S. De Biase)
Cause di emorragia post-partum: possiamo prevenirle?
(M. Garofalo)
Emorragia post-partum: importanza della squadra ostetrica-anestesiologica
(G. Liperi)

15.00 - 16.00
Ipertensione Gestosi-Hellp: diverse facce della stessa medaglia
Moderatori:
A. Izzo, P. L. Venturini
Riconoscimento precoce della preeclampsia in base ad accertamenti biochimici e ecografici
(E.M. Ferrazzi)
Qualè il miglior approccio medico
(N. Rizzo)
L'attacco eclamptico
(M. Lovotti)

16.00 - 16.30
LETTURA MAGISTRALE
Evoluzione della Terapia Medica dell'Endomentriosi (F. Petraglia)

16.30 - 18.30
Simposio WAPM
Moderatori:
A.Antsaklis, G. Monni
PGF and early preeclampsia screening
(L. Voto)
Non-invasive prenatal testings (NIPT): Different platform, different results?
(T. Watanagara)
Fetal syndrome and advanced ultrasound
(A. Kurjak)
IUGR and cardiopathies
(A. Bianchi)
Prevention of prematurity in twins with arabin cerclage pessary
(O. Gliozheni)

SALA A

08.30 - 10.30
IVG
Moderatori:
A. M. Busia, D. Caria
IVG in Italia e nel mondo
(M. Paracchini)
IVG farmacologica: organizzazione di un centro di I livello
(R. Jura)
IVG al 1° trimestre
(S. Viale)
IVG al 2° trimestre
(A. Belpiede)
L'obiezione di coscienza
(C. Pilia)
Prevenzione dell'IVG con la contraccezione tradizionale e d'emergenza
(G.B. Melis)

11.30 - 13.30
Monitoraggio del Benessere Fetale in Sala Parto
Moderatori:
S. Costantini, R. Di Iorio
Umanizzazione e benessere materno-fetale
(F. Congia)
Concetti generali sul CTG
(G. Clerici)
Monitoraggio CTG continuo
(A. Marongiu)
Monitoraggio intermittente
(G. Canzone)
Ecografia in sala parto: quali vantaggi
(T. Ghi)

15.00 - 16.00
Le infezioni in gravidanza
Moderatori:
E. Di Naro, S. Guaschino
Approccio ecocompatibile in tema di vaginiti micotiche
(F. De Seta)
Quale trattamento
(L. Danti)
La sepsi in gravidanza
(A. Zanini)

16.30 - 18.30
La pratica in ostetricia
Moderatori:
R. Di Iorio, P. Vadalà, A. Zanini
Semeiotica ostetrica
(C. Venier)
Casi clinici IUGR
(E. Cosmi)
Valutazione ecografica in travaglio di parto
(A. Malvasi)
VE in sala parto: quando e come applicare il Kiwi
(A. Ragusa)
Distocia di Spalla
(C. Guarino)

SALA B

08.30 - 10.30
Diagnosi Prenatale non invasiva
Moderatori:
A. M. Nurchi, L. Ulgheri
Gene Therapy nel paziente talassemico
(P. Moi)
Il Trapianto delle cellule staminali
(G. La Nasa)
Non-invasive prenatal testing (NIPT) con cell-free DNA nel sangue materno
(F. Fiorentino)
Linee Giuda SIGU per NIPT e NIPT per patologie monogeniche
(C. Rosatelli)
Nuovi approcci nella caratterizzazione della variabilità genetica
(F. Cucca)
L'ecografia diagnostica delle malformazioni
(P. Volpe)

11.30 - 13.30
Diagnosi Prenatale invasiva
Moderatori:
C. Carcassi, R. M. Ibba
La OMICA in medicina perinatale
(V. Fanos)
Villocentesi versus Amniocentesi
(F. Taddei)
Potenzialità dell'ArrayCGH in diagnosi prenatale
(S. Giglio)
Terapia fetale chirurgica in Italia
(M. A. Rustico)
Embrioriduzione multi fetale e selettiva
(A. Iuculano)

13.30 - 15.00
SIMPOSIO OLYMPUS
Hot topics in gynecological surgery
Moderatori:
F. Fanfani, A. Ercoli
Introduzione: *G. Scambia*
Annessectomia laparoscopica: una procedura da rivalutare nelle pazienti affette da carcinoma della mammella
(G. Amadio, G. Ferrandina)
Morcellazione laparoscopica: come affrontare il rischio oncologico
(C. Rossitto)
Nuove tecnologie in chirurgia laparoscopica ginecologica
(M. Malzoni)
Laparoscopia e carcinoma ovarico: procedura solo diagnostica o terapeutica?
(A. Fagotti)
Conclusioni: *G. Scambia*

15.00 - 16.00
Monitoraggio del benessere fetale nel terzo trimestre
Moderatori:
D. Arduini, D. D'Antona
Eco-Doppler nel monitoraggio del ritardo di crescita fetale
(M.P. Pisoni)
Lo score biofisico è ancora attuale?
(A. Locatelli)
Il ruolo attuale della cardiotocografia
(C. Ricco)

16.30 - 18.30
Gravidanze plurime: un fenomeno emergente nella medicina del terzo millennio
Moderatori:
M.A. Rustico, E. Viora
Screening primo trimestre nella gravidanza plurima
(M.A. Zoppi)
Gestione clinica della gravidanza plurima
(V. D'Addario)
Anomalie discordanti nella gravidanza plurima
(F. Prefumo)
Previsione nel primo trimestre della preclampsia e ritardo di crescita
(G. Rizzo)
Timing e modalità del parto nella gravidanza plurima
(T. Frusca)

SALA C

08.30 - 10.30
Fibromi Uterini: Approccio Integrato
Moderatori:
A. Loddo, G.B. Melis
Eziopatogenesi e possibili dubbi diagnostici
(G. Faa)
Miomi, adenomiosi e infertilità
(R. Marci)
Limiti e rischi del trattamento chirurgico laparoscopico
(P. Litta)
Trattamento medico preoperatorio
(A. Mollo)
Embolizzazione dei miomi
(G. Tropeano)

11.30 - 13.30
È ancora utile la via vaginale in Chirurgia?
Gli esperti rispondono
Moderatori:
G Baudino, M. Candiani
L'era laparoscopica e il ruolo della via vaginale
(G.B. Melis)
Patologia uterina e annessiale trattabile per via vaginale
(A. Cagnacci)
Difetti del pavimento pelvico
(R. Milani)
Trattamento incontinenza urinaria
(G. Torrisi)
Chirurgia protesica vaginale
(N. Giulini)

15.00 - 16.00
SIMPOSIO SIGO
Sicurezza del parto e gestione degli eventi avversi
Moderatori:
A. Ghirardini, G.B. Melis, P. Scollo
Prevenzione e gestione degli eventi avversi
(A. De Feo)
Sicurezza dei pazienti e degli operatori: un binomio possibile
(G. Jorizzo)
Stato dell'arte dell'Accordo Stato Regioni sul percorso nascita
(S. Terenzi)
Taglio cesareo: indicatori di qualità
(F. Carle)

16.30 - 18.30
Diabete e Gravidanza
Moderatori:
G.C. Di Renzo, L. Selvaggi, A. Tolino
Epidemiologia e ripercussioni sulla gravidanza
(G. Murgia)
Criteri diagnostici in base ai fattori di rischio
(A. Lapolla)
Infezioni vaginali nelle pazienti diabetiche in gravidanza
(P. Bianchi)
Importanza degli ultrasuoni
(G. Nazzaro)
Test predittivi e screening del diabete gestazionale
(G.C. Di Renzo)

SALA D

08.30 - 10.30
SIMPOSIO AGUI
La formazione del futuro ginecologo in sala parto: criticità e prospettive
Moderatori:
N. Colacurci, S. Dessole, M. Moscarini
La Realtà-Specializzandi Scuole Cagliari, Milano, Bari)
Le criticità
(G. Loverro)
Le prospettive
(A. Caruso, A. Di Lieto, T. Frusca)
La realtà europea
(C. Benedetto)
Discussant:
A. Ambrosini, A.R. Genazzani

11.30 - 12.30
SIMPOSIO FONDAZIONE GRAZIOTTIN
La triade del dolore che ingabbia la vita: osteoporosi, sarcopenia, artrosi. Ruolo del ginecologo nella prevenzione, diagnosi, cura
Moderatori:
L. Alio, A. Graziottin
Osteoporosi e dolore: cause e cure
(M. Gambacciani)
Sarcopenia, dolori e rischi per la salute
(A. Paoletti)
Artrosi e dolore: strategie di prevenzione e cura
(A. Graziottin)

12.30 - 13.30
SIMPOSIO BAYER
La contraccezione orale oggi
Moderatori:
G.B. Melis, F.M. Primiero
Contraccezione basata sull'esperienza
(G.B. Melis)
Contraccezione nelle giovanissime
(F. Fruzzetti)
Benefici con E2V/DNG
(A. Graziottin)

15.00 - 16.00
Protocollo Sigo-Sic

16.30 - 18.30
Simposio Segi-Esge
Moderatori:
S. Schettini, E. Silvetti

SALA TOLA SULIS

08.30 - 10.30
SIMPOSIO AOGOI
Moderatori:
A. Chiantera, C. Sbiroli
La ginecologia italiana tra clinica e ricerca di fronte
alle riforme di politica sanitaria
(V. Trojano)
Allattamento al seno e contraccezione: position paper TAS-SIGO-AOGOI-SMIC
(E. Arisi)
Tumori ginecologici eredo-familiari
(A. Kardhashi)
L'isteroscopia low cost
(F. Casabona)

11.30 - 13.30
Hot Topics in Medicina Fetale e Perinatale
Moderatori:
M: Campogrande, H. Valensise
Dopo la talassemia prevenire la fibrosi cistica? Il ruolo di ostetrici, genetisti e pediatri
(B. Assael)
La gravidanza in older women
(I. Cetin)
Test biochimici al I° e II° trimestre per aneuploidie e preeclampsia
(E. Cariati)
Diagnosi prenatale: dal cariotipo alla Next Generation Prenatal Diagnosis
(C. Giorlandino)
Screening delle aneuploidie: aspetti medici e sociali
(C. Axiana)
Best practice advice: nuove raccomandazioni in medicina maternofetale
(G.C. Di Renzo)

15.00 - 16.00
Evoluzione della contraccezione ormonale per la salute ed il benessere della donna: studi in campo biologico e farmacologico
Moderatori:
A. Lanzone, G. Lo Dico
La contraccezione con l'estrogeno naturale
(S. Lello)
La contraccezione con solo progestinico
(C. Benedetto)
La contraccezione intrauterina
(V. Bruni)

16.30 - 18.30
News in endocrinologia ginecologica
Moderatori:
A. Cianci, S. Lello
Distiroidismo e funzione ovarica
(S. Mariotti)
Le problematiche endocrine del periodo perimenopausale
(A. La Marca)
Adolescenza e PCOS
(A.M. Fulghesu)
Integratori e PCO
(V. De Leo)
Endocrinopatie maschili ed infertilità
(R. Rago)

SALA LAI

08.30 - 16.30
SIMPOSIO MSD - AOGOI
Contraccezione: la via non orale... in pillole
Moderatore
E. Arisi
Introduzione
A. Chiantera, V. Trojano
Facciamo chiarezza sulla TEV: Il Pdv scientifico
(F. Fruzzetti)
La via vaginale in pillole: i principali vantaggi
• lo Studio TASC
• le evidenze sul metabolismo e le nuove linee guida AMD
(F. De Seta)
Stop IVG: indicazioni per l'utilizzo dell'impianto sottocutaneo con solo progestinico (S. Von Wunster)
Il Counselling in contraccezione per una scelta personalizzata
(O. Trifoglio)
Lavori a gruppi ed esercitazioni pratiche su manichino: l'inserimento dell'impianto sottocutaneo
Tutors:
E. Bergamini, V. Mangialavori, F. Marincolo
Working lunch & Question Time Aogoi
(A. Chiantera, V. Trojano)
Take home messages
Seduta amministrativa AOGOI per regioni e provincie
A. Chiantera, V. Cirese, V. Trojano
Elenco CTU per singole Corti d'Appello
Organizzazione finanziaria sedi provinciali
Coordinamento segreterie regionali e provinciali: periodicità riunioni

16.30 - 18.30
La Placenta Previa e Accreta
Moderatori:
G. Altobelli, Y. Meir

Programma scientifico SIGO 2014

Programma preliminare

Fattori predisponenti
(G. Noia)
Management placenta accreta
(G. Calì)
Imaging
(G. Di Meglio)
Timing, modalità e criticità del parto
(G. Battagliarin)
Trattamento della SCAR pregnancy
(A. Rubattu)

SALA LAI BIS

08.30 - 10.00
SIMPOSIO AGITE
Introduzione e Saluti:
G. Fattorini, S. Sanna
Tavola rotonda:
Perché la Sardegna è la regione italiana dove è più alto l'utilizzo della Contraccezione Ormonale?
Moderatori:
M. Orlandella, R. Palmiotto
Maria Castiglioni (Dipartimento di scienze statistiche
Università di Padova)
Laura Moro (Consigliera di Parità Regione Sardegna)
Anna Maria Paoletti, (Clinica Ostetrica Università di Cagliari)
Emilio Arisi (Presidente SMIC)
Federico Gelli (Responsabile.nazionale sanità
del Partito Democratico)

10.15 - 12.00
La Contraccezione d'Emergenza Progetto multicentrico Agite: stato dell'arte
B. Del Bravo, M. Toschi
La Ginecologia territoriale che integra e supporta l'Ospedale
F. Cappello, S. Viglino
La patologia del basso tratto genitale
(C. M. Stigliano)
L'isteroscopia office
(C. Crescini)
L'ecografia sul Territorio : il monitoraggio della gravidanza, la diagnostica ginecologica, gli aspetti della responsabilità medica
(E. Viora)

12.00 - 13.00
Consultori in Italia: Quale futuro?
Presiedono
M. Toschi, S. Viglino
Moderatrice:
T. Bartolini (Giornalista)
Partecipano:
A. Chiantera, G. Fattorini, P. Scollo, V. Trojano
Rappresentanti mondo politico:
A. Bianco (FNOMCEO),
E.G. De Biasi (PD), On. B. Fucci (Forza Italia),
On. G. Grillo (M5S), P. Vargiu (SC)

14.30 - 16.00
SIMPOSIO AGITE
Seconda Parte
Percorso nascita: cosa c'e' di nuovo
Moderatori:
F. Fiorillo, M. Ghiazza
Il percorso nascita in Italia
(A. Ghirardini)
L'esperienza della Sicilia
(S. D'Amanti)
L'esperienza dell' Emilia Romagna
(R. Mantuano)
L'esperienza della Campania
(M. Tesorone)
L'esperienza del Piemonte
(R. Giolito)

16.15 - 17.30
Assemblea Nazionale AGITE

17.30 - 18.30
Simposio Agite Sardegna: partecipare per cambiare
Presidenti :
L. Mannu, S. Sanna
Moderatori:
M. Cabiddu, A. Lao, R. Pietri
Il Centro Donna di Cagliari per la salute delle donne
(V. Caredda)
Violenza di Genere: la rete nella ASL di Cagliari
(L. Serventi)
Genitorialità nella preadolescenza dei figli: Progetto Consultoriale Provinciale ASL 1 Sassari
(C. Daidone - M.E Ghi)
Spazio Giovani: il ruolo dei consultori nei percorsi di tutela e sostegno degli adolescenti
(F. Delfino)
La gravidanza seguita dal Servizio Consultoriale dalla ASL2 di Olbia.
Modello di assistenza
(L. Pascucci)
Adolescenti un modello d'integrazione tra servizi territoriali
(D. Moroso - G. Salis)

18.30-19.30
Tavola rotonda tra i relatori della sessione: Ruolo della medicina territoriale nella organizzazione sanitaria regionale
Coordina
L. Mannu

30 SETTEMBRE 2014
AUDITORIUM PASOLINI

08.30 - 10.30
Sessione Fgom: Postpartum Hemorrhage
Moderatori:
G. Monni, P. Scollo
Epidemiology
(J. Troyano-Luque)
Diagnostic criteria
(W. Saghir)
Etiology: uterine atonia
(D. Cansun)
Etiology: trauma
(I. Lebbi)
Etiology: third stage anomalies
(V. Giambanco)

10.30 - 11.00
La Chirurgia Vaginale Nelle Recidive del Prolasso Pelvico
(L. Cardozo)

11.30 - 13.30
Sessione Fgom: Postpartum Hemorrhage
Moderatori:
D. Cansun, G.P. Mandruzzato
Pharmacological management
(Y. Meir)
Surgical management
(A. Antsaklis)
Mechanical management
(A. Finderle)
Perinatal complications of maternal trombocitopenia
(R. Vladareanu)

14.30 - 15.30
Chirurgia Robotica: dove siamo arrivati?
Moderatori:
A. Maggioni, M.G. Salerno
Ruolo nella patologia benigna
(V. Cela)
Ruolo in oncologia ginecologica
(E. Vizza)
Fino a dove possiamo arrivare
(A. Maggioni)
Esperienza robotica nella regione Sardegna
(I. Lai)

15.30 - 16.00
Lettura magistrale
Chirurgia Robotica
(V. Chiantera)

16.00 - 17.00
Assemblea AGUI

17.00 - 18.00
Assemblea AOGOI

18.00 - 19.00
Assemblea SIGO

SALA A

08.30 - 10.30
PMA: aspetti etici e sociali
Moderatori:
A. Cerina, G. De Placido
Turismo procreativo: dimensioni del problema
(G. La Sala)
Spending review in PMA
(M. Costa)
Outcome dei cicli di PMA nelle pazienti > 40
(F. Ubaldi)
Sonoisterografia nel percorso infertilità
(M. Farina)
Inquinamento e riproduzione
(D. Caserta)
Malformazioni congenite nei nati da tecniche PMA
(S. Fratta)

11.30 - 13.30
PMA: dove siamo arrivati?
Moderatori:
G. Ambrosini, E. Falcidia
La PMA in Italia: stato dell'arte
(G. Scaravelli)
Accesso alle tecniche di PMA per le coppie di portatori di malattie genetiche
(M. Gamgemi)
PGD e PGS per aneuploidie
(L. Gianaroli)
PGD e Talassemia in Sardegna
(G. Cau)
Ruolo delle istituzioni (tavolo tecnico)
PMA: confronto Stato-Regioni nel percorso diagnostico terapeutico
(C. Foresta)

13.00 - 13.30
LETTURA MSD (NO ECM)
L'innovazione nella contraccezione: dalla teoria alla pratica
(F. De Seta)

14.30 - 15.30
Perizie & Periti: analisi e commenti
Moderatori:
S. Aleo, M. Campogrande
Presentazione Perizie:
G. Botta, D. Corea, L.F. Orsini, P. Stella
Chiarimenti e precisazioni: I CTU
Autori invitati
Discussants:
L. Alio, A. Chiantera, V. Cirese, N. Colacurci,C.M. Stigliano, N. Surico

SALA B

08.30 - 10.30
Uroginecologia e disfunzione del pavimento pelvico: dalla chirurgia fasciale a quella protesica
Moderatori:
M. Bologna, M. Garaventa, E. Imparato
Evento parto e disfunzione pelvica: prevenzione e terapia
(F. Bernasconi)
La chirurgia fasciale fra passato e futuro
(M. Simonelli)
Evoluzione ed esiti della chirurgia protesica transvaginale nel prolasso di alto grado
(A.O. Succu)
Integrazione fra chirurgia fasciale e protesica: indicazioni ed esiti
(G. Ettore)
Correzione dei difetti del pavimento pelvico in laparoscopia
(V. Bergamini)
Prospettive di ricerca in Uroginecologia
(M. Cervigni)

10.30 - 11.00
LETTURA MAGISTRALE
Umanizzazione della gravidanza e del parto oggi in Sardegna
(G.B. Melis)

11.30 - 12.30
SIMPOSIO BAYER
La nuova dimensione della contraccezione
Moderatori:
V. Bruni, G. Capobianco, A.M. Paoletti
Novità in contraccezione ormonale
(E. Cicinelli)
Counseling nella scelta contraccettiva
(A. Di Spezio)
Tecnica di inserimento del nuovo IUS al LNG
(G.B. Gubbini)

12.30 - 13.30
SIMPOSIO COVIDIEN
New Technologies for Minimally Invasive Gynecologic Surgery
Moderatori:
A. Ciavattini, P. Scollo
Isterectomia vaginale
(N. Gasparro)
Isterectomia laparoscopica
(E. Volpi)
Isterectomia laparoscopica con single port
(E. Francescangeli)
Linfoadenectomia pelvica
(V. Cela)
Linfoadenectomia lombo aortica
(E. Vizza)

14.30 - 15.30
SIMPOSIO SIRONG
La violenza di genere. Le ostetriche con le donne
Moderatori:
F. Melis, M.D. Piga
Le origini culturali della violenza di genere e il ciclo della violenza
(V. Saruis)
Gli strumenti contro la violenza nell'ordinamento giuridico nazionale ed internazionale
(M. Vicario)
La violenza contro le donne: uno studio osservazionale
(R. Cappadona)
La violenza di genere: linee guida
(P. Zedda)
L'ostetrica nell'assistenza alle donne vittime di violenza
(D. Zavarise)

SALA C

08.30 - 10.00
Fondazione Confalonieri Sigo-Aogoi-Agui
Nuove Linee Guida in Ostetricia e Ginecologia
Moderatori:
F. Sirimarco, E. Vizza
LETTURA
Taglio cesareo linea guida
(G. Mandruzzato)
Tavola rotonda:
Work in progress
Induzione del travaglio del parto con ossicitina e/o prostaglandine
(Y. Meir)
Gestione del parto pretermine
(A. Regalia)
Gestione delle gravidanze plurima
(F. A. Ragusa)
Discussant:
C. De Stefano, F. Parazzini, E. Viora

10.00 - 10.30
LETTURA
D. Mannosio vs Cistiti e vaginiti recidivanti: attacco su due fronti
Graziottin

11.30 - 13.30
SIMPOSIO MENARINI
Le patologie sessuali maschili: cosa deve sapere e fare il ginecologo Raccomandazioni Aogoi
Moderatori:
A. Chiantera, V. Trojano
Presidente:
M. Meroni
LETTURA INTRODUTTIVA
Disfunzioni sessuali maschili e infertilità di coppia: un approccio clinico integrato
(G. De Placido)
Le Raccomandazioni Aogoi
Epidemiologia e inquadramento clinico dei disturbi sessuali maschili
(F. Parazzini)
I principali disturbi sessuali maschili (Disfunzione Erettile ed Eiaculazione Precoce), il disagio femminile, l'interazione disfunzionale a livello di coppia: le opzioni terapeutiche
(R. Bernorio)
Stabilire l'alleanza terapeutica con la donna e con la coppia: come condurre il dialogo, quando e come utilizzare i questionari. Dal counselling ginecologico al counselling di coppia
(M. Guida, F. Pellegrino)
Considerazioni conclusive e take home messages
R. Bernorio, A. Chiantera, M. Guida
Progetto "Dipartimenti del benessere di coppia" (DBC)
La comunicazione di una soluzione "di coppia"
(A. Gallicchio)

14.30 - 15.30
SIMPOSIO NESTLÈ
Nutrizione materna durante la gravidanza e l'allattamento

SALA D

08.30 - 10.00
SIMPOSIO SMIC
Moderatori:
E. Arisi, G.B. Melis, P. Volpe
La sicurezza della contraccezione d'emergenza: Position Statemen
(M. Guida)
Benefici a breve termine della CO
(V. Dubini)
Benefici a lungo termine CO
(F. Fruzzetti)
Alternative alla CO sistemica
(G. Capobianco)
Contraccezione ormonale in perimenopausa
(M. Gambacciani)
CO, stili di vita e rischio tromboembolico
(G. Ettore)

10.00 - 10.30
LETTURA
Non invasive prenatale Testing (NPIT) Consideration for Testin in General Pregnancy population
T.J. Musci

11.30 - 13.30
Endometriosi: malattia sociale
Moderatori:
L. Fedele, R. Marana
Epidemiologia e fattori di rischio dell'endometriosi
(F. Parazzini)
La prevenzione dell'endometriosi
(F.M. Primiero)
Diagnostica laparoscopica nell'endometriosi
(S. Gerli)
La gestione medica dell'endometriosi: linee guida in spiccioli
(P. Vercellini)
La gestione chirurgica dell'endometriosi: linee guida
(R. Clarizia)
Trattamento all'endometriosi profonda con approccio robotico
(D. Vitobello)
Studi psicologici e socio-comportamentali in un gruppo di auto-aiuto per le pazienti
(I. Melis)

14.30 - 15.30
La violenza di genere: aspetti filogenetici e ragioni contemporanee
Moderatori:
C. Benedetto, A. Kustermann
Differenze di genere alla base della diversa aggressività?
(R. Nappi)
Diverso ruolo sociale della donna rispetto al passato
(S. Caruso)
Reti di contrasto alla violenza di genere
(V. Dubini)
Ruolo delle istituzioni giuridiche
(M. Borgherini)

SALA TOLA SULIS

08.30 - 10.30
La Tecnica Chirurgica Mini-invasiva nella Isterectomia per Patologia Benigna
Moderatori:
M. Busacca, G. Santeufemia
L'isterectomia vaginale: indicazioni
(G. Baudino)
L'isterectomia laparoscopica: indicazioni
(M. Vignali)
Chirurgia LESS nelle obese
(D. Surico)
Best practice nella isterectomia: le evidenze sulla chirurgia miniinvasiva per patologia benigna
(E. Zupi)
L'isterectomia vaginale 30 anni fa
(G. Urru)
L'isterectomia vaginale "suturless"
(C. Alboni)

11.30 - 13.30
Taglio cesareo: to be or not to be
Moderatori:
P. Martinelli, M. Valenzano
Rischi immediati e tardivi del TC
(T. Todros)
Problematiche medico-legali
(M. T. Di Tommaso)
TC on demand
(A. Carmignani)

Programma scientifico SIGO 2014

Programma preliminare

Taglio cesareo in emergenza: codice rosso
(P. D'Oria)
Suture nel TC
(E. Ferrazzi)

14.30 - 15.30
Mammella: quale management
Moderatori:
G.B. Meloni, N. Surico
Luci ed ombre dello screening mammografico
(N. Biglia)
Terapia neoadiuvante
(M.T. Ionta)
Evoluzione della chirurgica
(P. Sismondi)
Linfonodo sentinella
(E. Gallarotti)
Follow up come e perché
(R. Pozano)

SALA LAI

08.30 - 10.30
Spazio Aogoi Aggiornamenti
Moderatori:
P. Puggina, S. Sciorio
Anonalie cardiache fetali minori di frequente riscontro
(C. Coco)
Ecografia del I trimestre e gravidanza a rischio
(L. Di Luzio)
Displasie mesomeliche: classificazione e diagnosi
(L.L. Mazzarelli)

11.30 - 12.30
SIMPOSIO GEDEON RICHTER
Novità sul management del fibroma uterino
Moderatori:
A.M. Paoletti, F. Sirimarco
Una nuova classe di farmaci: Ulipristal Acetato
(N. Biglia)
Ulipristal Acetato: i nuovi dati clinici
(A. Maiorana)
Ulipristal acetato ed endometrio
(S. Carinelli)

12.30 - 13.30
Presentazione Linee Guida sulla Mefn
Moderatori:
G. Conoscenti, P. Pirillo
Perché le Linee Guida sulla malattia emolitica del feto e del neonato
(F. Bennardello)
Fisiopatologia della alloimmunizzazione materno-fetale
(G. Curciarello)
Protocolli assistenziali nell'alloimmunizzazione materno-fetale
(T. Todros)

14.30 - 15.30
Chirurgia mininvasiva in oncologia ginecologica
Moderatori:
A. Spinillo, P. Zola, F. Zullo
Chirurgia singolo accesso in oncologia: un utopia?
(F. Fanfani)
Minilaparascopia in oncologia: un reale vantaggio?
(M. Malzoni)
Chirurgia oncologica laparascopica: il punto di vista del chirurgo
(F. Badessi)

SALA LAI BIS

08.30 - 10.30
Menopausa: quale impatto sulla salute della donna
Moderatori:
N. Colacurci, D. Marchesoni, F. Nocera
Metabolimo in menopausa
(P. Villa)
Sistema nervoso centrale
(M. Stomati)
Apparato genito-urinario
(G. Capobianco)
Apparato schelettrico
(A. Cagnacci)
Patologia oncologica
(P. De Francisci)
Cuore
(S. Maffei)

11.30 - 13.00
Incontinenza Urinaria Femminile: nuove terapie
Moderatori:
E. Donolo, M. Melis
Inquadramento delle incontinenze
(M. Torella)
La chirurgia dell'incontinenza da sforzo fra mini-incision e trans-otturatorio
(A. D'Afiero)
L'Incontinenza urinaria mista
(A. Perrone)
La vescica iperattiva.
(A. Multinu)
Terapia medica dell'incontinenza: quale ruolo?
(S. Alvau)

13.00 - 13.30
LETTURA IDI PHARMA
F. Vicariotto

14.30 - 15.30
Prolasso genitale: vecchie e nuove teorie
Moderatori:
N. Giulini, R. Milani
Si può proporre una unica e condivisa classificazione?
(E. Mistrangelo)
Prolasso genitale: vecchie e nuove teorie
(T.S. Pratelli)
Diagnostica del prolasso
(S. Salvatore)
Prevenzione delle recidive
(P. Affinito)

SALA ZEDDA

08.30 - 10.30
SIMPOSIO SIEOG
Moderatori:
G. Calì, A. Iuculano
PUL: Pregnancy unknow location
(S. Guerriero)
Gravidanza su SCAR
(D. Paladini)
Gravidanza interstiziale e cervicale
(G. Rizzo)
Gravidanza tubarica
(L. Savelli)
Patologia del trofoblasto
(F. Labate)

11.30 - 13.30
Approccio multidisciplinare al tumore ovarico
Moderatori:
N. Surico, P. Scollo, V. Trojano
Carcinoma dell'ovaio e laparoscopia
(A. Fagotti)
Chirurgia della recidive
(F. Raspagliesi)
Upfront debulking surgery Vs chirurgia d'intervallo
(A. Maggioni)
Ruolo del chirurgo generale
(A. Uccheddu)
HIPEC nel carcinoma dell'ovaio: vantaggi e limiti
(G. Scambia)
Terapia adiuvante e neoadiuvante
(S. Pignata)

1° OTTOBRE 2014
AUDITORIUM PASOLINI

08.30 - 11.00
Le irregolarità mestruali: dalla adolescenza al periodo menopausale
Moderatori:
A. Perino, T. Simoncini
Approccio medico al trattamento dei sanguinamenti uterini anomali
(G. Gubbini)
L'amenorrea nell'adolescente del terzo millennio: tra tecnologia e solitudine
(M. Dei)
Approccio chirurgico al trattamento dei sanguinamenti uterini anomali
(C. De Angelis)
I flussi mestruali abbondanti
(F. Fruzzetti)
Le metro ragie dall'adolescenza alla pre-menopausa
(C. Di Carlo)

11.30 - 13.30
Contenzioso medico-legale in Ostetricia e Ginecologia alla luce delle più recenti sentenze
Moderatori:
A. Chiantera, C. Nappi
Introduzione
(M. Mura)
Aspetti medico-legali in chirurgia uro-ginecologica
(D. De Vita)
Impatto medico-legale in ecografia e diagnosi prenatale
(D. Corea)
Sentenza Travaglino
(Q. Di Nisio)
L'asfissia perinatale
(C. Buccelli)
Distocie di spalla e sue conseguenze
(F. Anglana)

SALA A

08.30 - 11.00
Sessione: Aogoi per te
Moderatori:
A. Chiantera, C. Gigli, V. Trojano
La colpa medica nella legislazione europea ed italiana
(V. Cirese)
Le assicurazioni in Italia ed in Europa
(P. Buonopane)
Responsabilità Professionale: il network europeo dell'AOGOI
(V. Trojano)
La protezione del patrimonio
(A. Raffaelli)
Eventi avversi, risarcimenti ed obbligo assicurativo
(C. Gigli)

11.30 - 13.30
Organizzazione di un servizio di parto analgesia
Moderatori:
A.O. Succu, M. Tedde
Organizzazione della equipe di sala parto, integrazione e protocolli
(M.G. Frigo)
La partoanalgesia nel controllo del dolore nel travaglio e nel parto: L.G. per la gestione ostetrica
(E. Coccollone)
La promozione dell'analgesia epidurale tra legislazione, offerta e costi
(G. Chessa)
La partoanalgesia nel controllo del dolore nel travaglio e nel parto: L.G. per l'anestesia
(L. Brazzi)
Eventi avversi
(M. Piga)
Alternative non farmacologiche nel controllo del dolore in travaglio di parto
(R. Fraioli)

SALA B

08.30 - 10.30
Diagnosi e terapia delle patologie vulvari
Moderatori:
M. Peroni, R. Ribaldone
Quadri vulvari
(L. Micheletti)
Dall'HPV al carcinoma
(R. Piccoli)
VIN: quali terapie
(F. Boselli)
Lichen sclerosus
(S. Basile)
Linee guida nella patologia vulvare
(S. Igidbashian)

10.30 - 11.00
LETTURA AMGEN

11.30 - 13.30
Tumori della cervice uterina
Moderatori:
R. Angioli, M. Franchi, S. Greggi
Epidemiologia
(F. Maneschi)
Vaccinazione HPV: stato dell'arte
(S. Pecorelli)
Il trattamento del carcinoma squamoso microinvasivo della cervice uterina
(P.L. Benedetti Panici)
Trattamento conservativo: indicazioni ed outcome
(G. Corrado)
Ruolo della laparoscopia nello staging del carcinoma della cervice
(V. Chiantera)
Disturbi urologici dopo chirurgia radicale
(M. Cervigni)

SALA C

08.30 - 11.00
SIMPOSIO FESMED
Moderatori:
F. Pulli, A. Rubattu
Il sindacato di fronte ai cambiamenti
(C. Gigli)
Nuove attività della FESMED: la PESPA e la Sezione Pensionati
(A. Schiavone)
Fondo PERSEO, la pensione complementare per i medici del SSN
(G. Canzone)
I turni guardia e le pause
(M. Silvestri)
Riorganizzazioni aziendali e riduzione delle strutture
(G. Pirillo)

11.30 - 12.30
Sessione Aio
Percorsi assistenziali di fisiologia, ospedalieri e consultoriali, affidati alle ostetriche!
(Normativa sui Punti Nascita)
Moderatori:
G. Ettore, E. Del Bo
(presentazione rivista scientifica Maieutikos)
Saluti:
Presidente del Collegio Ostetriche Sassari e Olbia Tempio
Presidente del Collegio Ostetriche Cagliari/Carbonia Iglesias/Medio Campidano/Nuoro/ Ogliastra/Oristano
Coordinatori del Corso di Laurea di Ostetrica/o
Periodo primordiale: effetti transgerazionali sulla salute e sulla personalità del nato
(A. Marchi)
Assistenza ostetrica alla gravidanza fisiologica
(E. Anedda)
Corsi di accompagnamento alla nascita
(C. Cossu)
Assistenza ostetrica al puerperio dall'ospedale al consultorio e domicilio. Rieducazione del pavimento pelvico
(M. R. Lai)

12.30 - 13.30
Salute del cavo Orale in gravidanza
Moderatori:
V. Piras, A. Uccheddu
Salute e cure del cavo orale - trattamenti con farmaci biologici
(E. Cotti)
Salute e cure del cavo orale in gravidanza
(S. Abati)
Salute del cavo orale ed esiti avversi della gravidanza
(I. Cetin)
Salute del cavo orale in gravidanza e allattamento per la salute del neonato
(G. Donzelli)

SALA D

08.30 - 11.00
Comunicazioni libere
Moderatori:
A. Coco, E. Proto, H. Valensise

11.30 - 12.00
LETTURA SANOFI
Protezione Vaccinale HPV: oltre l'infezione
(L. Mariani)

12.00 - 13.30
Vaccinazione anti-HPV: stato dell'arte
Moderatori:
R.Coppola, E. Piccione
Gestione delle pazienti già trattate per lesioni da HPV
(C. M. Stigliano)
Infezione HPV nell'uomo
(A. Perino)
Vaccinazioni HPV e screening del cervico carcinoma
(V. Caredda)
Prevalenza infezioni HPV in Sardegna
(R.C. Coppola

SALA TOLA SULIS

08.30 - 11.00
Il tumore dell'endometrio: quali novità
Moderatori:
M. Barbero, F. Ghezzi
Approccio miniinvasivo da terapia sperimentale e stato dell'arte
(F. Sanguinetti)
Carcinoma dell'endometrio ad alto rischio: quale stadiazione
(E. Solima)
Ruolo dell'ecografia nella stadiazione pre-chirurgica
(G. Trojano)
Trattamento conservativo del carcinoma dell'endometrio
(G. Corrado)
Terapia individualizzata del carcinoma dell'endometrio
(G. Cutillo)

11.30 - 13.30
Medicina di genere in Ginecologia e Ostetricia
Moderatori:
V. Dubini, N. Surico
La Medicina di Genere, una realtà della ASL Salerno
(G. De Silvio)
La Medicina di genere in Italia
(F. Franconi)
Farmaci e gravidanza
(M. Dessantis)
Ruolo del ginecologo nella Medicina di Genere
(E. Viora)

SALA LAI

08.30 - 11.00
Novità in isteroscopia
Moderatori:
G. Loverro, B. Piras
Nuovi strumenti
(S. Bettocchi)
Miomectomia
(G. Raimondo)
Trattamento patologie endocavitarie
(S. Calzolari)
Diagnostica ambulatoriale
(L. Nappi)
Endometrite cronica: patologia misconosciuta
(E. Cicinelli)

11.30 - 13.30
Preservazione della fertilità pazienti oncologici
Moderatori:
G. De Placido, S. Dessole, E. Vizza
Il Tavolo tecnico SIGO oncofertilità
(P. Scollo)
La compromissione del potenziale riproduttivo nelle terapie oncologiche
(F. Peccatori)
Preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche: quali strategie?
(P. Iacobelli)
Stimolazione ovarica nel paziente oncologico
(C. Alviggi)
Approccio chirurgico nel prelievo e reimpianto del tessuto ovarico
(C.Y. Andersen)
Farmaci gameto-protettori: una utopia?
(M. De Felici)
La chirurgia fertility sparing e la riserva ovarica residuale
(F. Landoni)
Il consenso informato ed il couselling in oncofertilità
(C. De Stefano)

SALA LAI BIS

08.30 - 11.00
Comunicazioni libere
Moderatori:
C. Sbiroli, E. Stola

11.30 - 13.30
Comunicazioni libere
Moderatori:
G. Corrado, G. Cutillo

13.30
CHIUSURA CONGRESSO

Il programma potrebbe essere suscettibile di variazioni

I primi "pronto soccorso" della coppia: un'iniziativa AOGOI-SIU

Apre a Napoli il primo DBC per una nuova cultura della salute sessuale di coppia

Presentati il 25 giugno scorso a Napoli i **Dipartimenti del Benessere di Coppia** promossi dall'AOGOI e dalla Società Italiana di Urologia (SIU), per individuare e trattare i disturbi che minano il benessere di circa 16 milioni di italiani. Si parte con Napoli il 1° luglio, seguirà a breve l'apertura dei centri di Milano, Modena e Bari

Si stimano, in Italia, 800mila coppie a rischio di infedeltà e rottura, 20% di separazioni, 20mila matrimoni bianchi. Per lui problemi di erezione o di 'eccesso di velocità' e per lei di orgasmo e di dolori durante il rapporto, piccole infezioni o banali malattie dell'apparato genitale. E così, almeno 16 milioni di italiani vivrebbero con problemi che compromettono la vita sessuale e quindi la serenità della coppia. Secondo gli esperti, "difficilmente la responsabilità è di uno solo dei partner, perché i disturbi sessuali viaggiano insieme". Infatti, se circa 8 milioni di uomini devono fare i conti con problemi come disfunzione erettile (oltre 3 milioni), eiaculazione precoce (circa 4 milioni) o calo del desiderio (circa 1 milione), lo stesso numero di donne soffre di anorgasmia (4 milioni e mezzo), vaginismo (circa 1 milione) vaginismo e dolore alla penetrazione (2 milioni) o disturbi del desiderio (2 milioni e mezzo). Per aiutare gli italiani a ritrovare il benessere 'a due' e diffondere una più sana e corretta cultura della salute sessuale, Aogoi e Siu hanno promosso l'apertura dei primi Dipartimenti per il Benessere di Coppia negli ospedali pubblici del Paese. Un'iniziativa senza precedenti in Europa, per offrire accoglienza alle coppie-pazienti grazie all'impegno congiunto di un urologo e un ginecologo, che lavoreranno fianco a fianco. L'attivazione dei Dipartimenti non graverà sul Sistema Sanitario Nazionale in termini di costi, anzi sarà improntata all'ottimizzazione e alla riorganizzazione delle risorse.

Le disfunzioni sessuali viaggiano in coppia: i disturbi del partner inevitabilmente provocano effetti collaterali sull'altro, tanto che si può parlare di 'coppie di danni' e 'danni di coppia' – spiega **Vincenzo Mirone**, Segretario Generale SIU –. Se ad esempio lui ha una disfunzione erettile, non è difficile che lei lamenti vaginismo o dolore durante la penetrazione. Se lui è infertile, anche per lei la sterilità diventerà il centro dei pensieri. Quando lui soffre di eiaculazione precoce lei quasi certamente avrà problemi di anorgasmia. Purtroppo chi soffre di disfunzione erettile o di eiaculazione precoce, i disturbi sessuali maschili più diffusi, riconosce che questi disturbi minano il benessere della coppia, ma nel 90% dei casi non affronta il problema e non sa che oggi sono disponibili nuovi trattamenti e cure più efficaci e rapidi di quelli finora utilizzati" conclude Mirone. "Una buona salute sessuale – conferma **Antonio Chiàntera**, Segretario Nazionale AOGOI – è riconosciuta come base fondante nella qualità di vita delle persone anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e le donne, sempre più consapevoli e realizzate, vorrebbero anche una vita sessuale sempre più piena e appagante. Ma quasi in un caso su due devono fare i conti con la difficoltà o l'impossibilità nel raggiungere l'orgasmo, con dolori durante i rapporti, con un calo del desiderio che spesso peraltro riguarda entrambi i partner nei sempre più diffusi "matrimoni bianchi" in cui il sesso è il grande assente". Tuttavia affrontare le problematiche legate alla sfera sessuale non è così semplice: occorre superare la barriera delle emozioni negative che ostacolano la consapevolezza di avere un problema, come l'imbarazzo, il senso di colpa, la paura di essere giudicati e di doversi mettere in discussione. Cosi nell'erronea convinzione che non vi sia molto da fare né alcuna prospettiva di cambiamento, molti rinunciano, o quanto meno rimandano, una richiesta di aiuto o una visita specialistica, sentendosi in difficoltà nella scelta del percorso da seguire. "Proprio perché i problemi sono di coppia, per essere adeguatamente risolti devono essere affrontati considerando entrambi i partner, cercando di stabilire un dialogo profondo, empatico, e senza reticenze – spiega Chiàntera –. Per questo da oggi esiste la possibilità di ave-

DIPARTIMENTI DEL BENESSERE di COPPIA
DIAGNOSI E GESTIONE DELLE PATOLOGIE E DEI DISTURBI SESSUALI DELLA COPPIA

Su questo numero

I quaderni di Gyneco

Progetto AOGOI-SIU per una nuova cultura della salute sessuale di coppia

Chiantera: "Una risposta ai tempi che cambiano"

Professor Chiantera come nasce l'idea di AOGOI e SIU di creare dei Dipartimenti specializzati nella diagnosi e cura dei disturbi sessuali?

L'esigenza è fondamentalmente quella di un approccio innovativo alla coppia, che preveda l'interdisciplinarietà nella gestione delle problematiche sessuali. In questi Dipartimenti infatti gli specialisti della salute sessuale maschile e femminile gestiscono "insieme" la coppia come un' "unica unità funzionale".

I Dipartimenti del Benessere di Coppia rappresentano la risposta ai tempi che cambiano, e che hanno cambiato il modo di vivere la relazione di coppia negli ultimi decenni. Da una parte, la donna tende ad essere meno accondiscendente nei confronti del partner in presenza di difficoltà, pretende la sua parte di piacere, vuole un partner responsivo, con il quale ragionare alla pari, disponibile al dialogo, all'introspezione e ad un percorso che porti alla risoluzione dei problemi di coppia. D'altro canto, l'uomo non è abituato "a mettersi in discussione", a pensare in termini di prevenzione e di diagnosi precoce, e soprattutto, a richiedere aiuto. La richiesta di aiuto viene vissuta come una debolezza, mentre la donna percepisce questo atteggiamento come un disinteresse nei suoi confronti. Il risultato è un'asimmetria di coppia che può creare incomprensioni nella relazione fino alla rottura, quando il sesso non funziona. Alla luce di queste evidenze, i Dipartimenti rappresentano una ri-concettualizzazione della qualità di vita, che non può più prescindere dal benessere sessuale e di coppia.

Che tipo di servizio potranno ricevere le coppie che accedono a questi centri?

Urologi e ginecologi saranno a disposizione delle coppie per colloqui, *counselling*, visite approfondite, esami diagnostici e trattamenti mirati a identificare e curare tutti quei disturbi che provocano disagio nella coppia e minano il benessere della relazione. Sono previste anche attività educazionali scientifico-divulgative, attraverso la distribuzione di materiale informativo.

In quali città verranno aperti i prossimi Dipartimenti?

È già prevista l'apertura del Dipartimenti di Bari, presso l'Azienza Ospedaliero-Universitaria Policlinico-Ospedale Giovanni XXIII (responsabili per Aogoi i Prof. Ettore Cicinelli in collaborazione con il Prof. Vito Trojano e il Dott. Sozzi e per Siu il Prof. Battaglia; di Milano, presso l'Ospedale Niguarda Ca' Granda (responsabili per Aogoi il Prof. M. Meroni in collaborazione con la Dott.ssa Bondi, e per Siu il Prof. A.M. Bocciardi); di Modena, presso il Policlinico Ospedaliero-Universitario (responsabili il Dott. Ezio Bergamini per Aogoi e il Prof. Bianchi per Siu). Questo è il progetto, poi naturalmente il nostro auspicio è che l'iniziativa possa essere estesa a tutte le principali città italiane.

Italia all'avangua per il benessere s

Con un'iniziativa senza precedenti in Europa arrivano negli ospedali pubblici i Dipartimenti del Benessere di Coppia (DBC). Urologi e ginecologi, per la prima volta insieme e dietro il pagamento di un solo ticket aiuteranno la coppia, a ritrovare la serenità affrontando i disturbi sessuali che ne compromettono la complicità e il benessere.

Dalla "cartella clinica di coppia" arriveranno anche preziose informazioni su prevalenza, tipologie e trattamenti dei disturbi sessuali da un punto di vista innovativo e diverso, che potrà aiutare i medici a individuare le migliori terapie per i pazienti.

Il primo ad aprire i battenti è il centro di Napoli, inaugurato il 1° luglio scorso presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, che sarà diretto dal segretario nazionale Aogoi Antonio Chiantera, Giuseppe De Placido e dal presidente Siu Vincenzo Mirone.

Napoli è la prima tappa di una più

re a disposizione gli specialisti del benessere di coppia che affrontano i disturbi sessuali da una prospettiva nuova, che vede la coppia come unica unità funzionale: un cambiamento rivoluzionario nell'approccio e nella gestione delle più comuni patologie e dei disturbi sessuali".

"I nuovi Dipartimenti per il Benessere di Coppia (DBC) infatti – sottolinea Mirone – riuniscono gli specialisti della salute sessuale di lui e lei, per individuare e poi risolvere gli eventuali disturbi compresenti alla base delle difficoltà di relazione, gestendo la coppia come un tutt'uno. Urologi e ginecologi saranno inoltre a disposizione delle coppie per attività educazionali, come la distribuzione di brochure informative, e soprattutto per colloqui attraverso cui individuare la radice dei problemi a due, visite approfondite ed esami diagnostici attraverso cui identificare e poi curare i disturbi che minano la relazione. Il primo Centro sarà aperto nei prossimi giorni a Napoli e a sottolineare che il nuovo paziente è la coppia si pagherà un solo ticket; il primo ambulatorio sarà seguito a breve da altre strutture a disposizione dei cittadini a Milano, Modena e Bari". I Centri, secondo Chiàntera e Mirone, saranno anche una preziosa occasione per ottenere dati nuovi utili all'attività di ricerca: le cartelle cliniche delle coppie saranno infatti condivise con i ricercatori di SIU e AOGOI e, nell'arco di un anno, sarà possibile avere nuove informazioni su prevalenza, tipologia e trattamento dei disturbi sessuali in Italia da un punto di vista innovativo e diverso, che nel prossimo futuro potrà aiutare i medici a individuare le migliori e più efficaci terapie per i pazienti. Y

rdia essuale di lui e lei

ampia iniziativa AOGOI-SIU che contempla l'apertura di centri specializzati nella diagnosi e cura dei disturbi sessuali, i primi in Europa, in varie città italiane. Le problematiche sessuali sono tradizionalmente oggetto di scarsa attenzione da parte dei medici, anche degli specialisti ginecologi e urologi, che pure nella loro attività si trovano spesso ad essere consultati da pazienti alle prese con tali problematiche. Tale mancanza di attenzione, come suggeriscono varie indagini, è in parte legata alla scarsa formazione. "Per questo - come ha sottolineato il presidente Aogoi Vito Trojano - una delle principali finalità del progetto nato sotto l'egida delle due Società Scientifiche, è proprio quella di fungere da volano per un cambiamento culturale nell'approccio alla diagnosi e gestione delle più importanti, nonché comuni, patologie e disturbi sessuali della coppia".
Per informazioni è attivo il sito Internet
www.dipartimentibenesserecoppia.it

Per promuovere l'iniziativa: uno spot valoriale, un sito web e materiale informativo che verrà distribuito nei Dipartimenti e presso gli ambulatori medici e le Farmacie del territorio

Progetto AOGOI-SIU
I Dipartimenti del Benessere di Coppia (DBC) per la diagnosi e gestione delle patologie e dei disturbi sessuali della coppia

Costruire una "cultura di coppia" anche per gli specialisti ginecologi e urologi

Fabio Parazzini

I DBC saranno centri di riferimento per la gestione e la cura delle patologie e dei disturbi sessuali della coppia, quali le disfunzioni erettili, l'eiaculazione precoce, l'anorgasmia e le altre disfunzioni maschili e femminili nonché alle malattie sessualmente trasmesse, con una particolare attenzione agli aspetti di prevenzione e al loro impatto sulla vita di coppia. L'innovatività del progetto è che per la prima volta ginecologi e urologi lavoreranno "insieme" "per e con la coppia", utilizzando una comune cartella clinica

IL BACKGROUND

La salute sessuale è considerata dall'Oms un requisito essenziale per il benessere e lo stato di salute. Secondo il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-IV-TR, la caratteristica principale delle disfunzioni sessuali è costituita da un'anomalia del desiderio sessuale e delle modificazioni psicofisiologiche che caratterizzano il ciclo di risposta sessuale; la presenza di queste disfunzioni causa un significativo disagio individuale, difficoltà interpersonali e un forte impatto sulla qualità di vita della coppia, sessuale e generale.
La disfunzione sessuale è quindi un disturbo multifattoriale che riconosce cause biologiche (ormonali, vascolari, muscolari e neurologiche) e psicologiche e sociali. La definizione include le conseguenze psicologiche individuali e sociali. Questa stessa definizione sottolinea come le problematiche sessuali vanno sempre considerate in una prospettiva non individuale, ma di coppia. Tale necessità è anche suffragata dall'osservazione emersa da una recente indagine condotta in Italia su più di 3000 soggetti di ambo i sessi di età compresa tra i 18 ed i 55 anni che ha evidenziato come la presenza di problematiche sessuali quali ad esempio l'eiaculazione precoce è causa di tensioni coniugali (e in alcuni casi di rottura della coppia) in più del 50% delle coppie.
Inoltre, spesso in una coppia la presenza di problematiche sessuali da parte di un partner è causa di problematiche anche nell'altro partner. In un recente studio condotto dall'Aogoi tra le donne in post menopausa (Donati Sarti C. et al,Climacteric 2010) la frequenza di anorgasmia era circa tripla in donne partner di maschi con disfunzioni sessuali.

IL VELO DI SILENZIO SULLE PROBLEMATICHE SESSUALI

FIGURA 1
Come è cambiata la classificazione delle disfunzioni sessuali nel DSM-5

Tradizionalmente le problematiche sessuali sono state poco oggetto di attenzione da parte dei medici, anche degli specialisti ginecologi e urologi che pur nella loro attività spesso si trovano ad essere consultati da pazienti con tali problematiche. Tale mancanza di attenzione è in parte legata alla scarsa

▶ Segue a pagina 28

Sede dei DBC

L'iniziativa congiunta Aogoi-Siu non è concepita come un'attività di tipo privato ma è mirata alla collaborazione con le istituzioni pubbliche ospedaliere e universitarie. Per tale ragione le due società scientifiche ritengono di fondamentale importanza, per il significato e il successo dell'iniziativa, che la sede dei DBC sia presso gli ospedali pubblici. A tal fine Aogoi-Siu chiederanno il patrocinio delle strutture ospitanti e, attraverso una convenzione stipulata ad hoc, attiveranno a loro spese l'iniziativa.

Ausili al progetto

Per facilitare lo sviluppo dell'iniziativa e promuovere i DBC situati nelle diverse sedi è prevista la realizzazione di uno spot valoriale, di un sito web, di materiale informativo sulla attività dei DBC, che sarà distribuito presso i Dipartimenti,

▶ Segue a pagina 28

La morcellazione dell'utero o dei fibromi: una tecnica da sospendere

Giovanni Pomili
Segretario Regionale AOGOI Umbria

Nessun tipo di diagnostica pre-operatoria disponibile, sia clinica, di laboratorio o per immagini è in grado di rilevare o escludere, con grado sufficiente di certezza, la degenerazione sarcomatosa di un fibroma. Il rischio di diffusione iatrogena di cellule altamente maligne come quelle sarcomatose può dunque essere evitato solo astenendosi dalla morcellazione o, in alternativa, attuandola con i più rigorosi criteri precauzionali. Il recente caso avvenuto presso il Brigham and Women's Hospital di Boston lancia un segnale importante, che è auspicabile venga raccolto anche dalla nostra Associazione

Nel mese di aprile 2014 i giornali e le televisioni americane hanno dato notizia, con ampio risalto, di un caso particolare avvenuto presso il Brigham and Women's Hospital di Boston. Riporto luoghi e nomi perché i diretti interessati hanno scelto di renderli pubblici su tutti i media americani, hanno rilasciato innumerevoli interviste e hanno fondato un sito sull'argomento.

Il caso

La dottoressa Amy Reed, una donna di 40 anni madre di 6 figli, medico anestesista sposata con un chirurgo cardio-toracico, il dottor Hooman Noorchashm, è affetta da fibromatosi uterina e per trattare quella che si pensa essere una patologia benigna, nell'ottobre 2013 viene sottoposta ad isterectomia laparoscopica. Durante la procedura, visto che l'utero è voluminoso, il ginecologo utilizza un morcellatore elettrico per estrarlo. Come noto tale dispositivo chirurgico, introdotto per la prima volta nel mercato americano nel 1993, viene frequentemente utilizzato nella c.d. chirurgia mini-invasiva in quanto con le sue lame rotanti frammenta l'utero o i fibromi in piccoli pezzi e ne permette l'estrazione dalla cavità addominale attraverso le piccole incisioni praticate.

L'intervento riesce perfettamente ma dopo qualche giorno la paziente-dottoressa viene informata dal patologo che un fibroma era, all'esame istologico, un sarcoma. Di conseguenza la stadiazione oncologica passava improvvisamente dal I stadio originale al IV stadio a causa della disseminazione delle cellule maligne in tutta la cavità addominale avvenuta in maniera imprevista in occasione della morcellazione. Ciò comportava diverse conseguenze. La più drammatica era la riduzione della sua aspettativa di vita, legata all'aumento dello stadio della malattia tumorale. Secondo alcuni studi, infatti, l'aspettativa media di vita dopo la morcellazione accidentale di un sarcoma, è solo di 24-36 mesi e a 5 anni appena il

15% delle donne con un sarcoma al IV stadio sarà in vita. Chi ha avuto la morcellazione di un sarcoma, poi, ha una probabilità 4 volte maggiore, rispetto a chi non l'ha avuta, di morire per il sarcoma. Un'altra grave conseguenza era la necessità di effettuare terapie complementari molto più aggressive.

A quel punto sorgeva anche uno spinoso problema riguardante il consenso informato che la paziente-dottoressa aveva sottoscritto. La donna, infatti, affermava che pur essendo medico non immaginava affatto che l'intervento effettuato con quella modalità avrebbe potuto esporla ad un rischio così grave di diffusione metastatica della malattia e sosteneva che nessuno dei colleghi ginecologi l'avesse informata di un simile, rilevantissimo rischio. Fin qui i fatti.

Le considerazioni

Non sappiamo, per ora, se vi sarà un imbarazzante contenzioso medico-legale tra colleghi, vale a dire se i coniugi Reed-Noorchashm denunceranno il ginecologo esecutore dell'intervento.

Il rischio concreto è che il laparoscopista possa imbattersi in un sarcoma misconosciuto, morcellarlo e disseminare così la cavità addomino-pelvica di cellule fortemente maligne

Quel che sappiamo è che sono intervenute immediatamente le più importanti Associazioni mediche ed Autorità sanitarie come ad esempio la **Food and Drug Administration** che il 17 aprile u.s. ha rilasciato una "Safety Information" reperibile sul suo sito web (2).

Il 6 maggio è intervenuta l'**American Association of Gynecologic Laparoscopists** (AAGL) che ha prodotto un documento dal titolo "Morcellation During Uterine Tissue Extraction" (3).

Il 9 maggio ha preso posizione anche l'**American College of Obstetricians and Gynecologists** (ACOG) che ha pubblicato uno Special Report dal titolo "Power Morcellation and Occult Malignancy in Gynecologic Surgery" (4).

Tutti, in sostanza, hanno prontamente emesso delle avvertenze nelle quali gli operatori vengono invitati alla massima prudenza negli interventi ginecologici laparoscopici che prevedono la morcellazione, fino a sconsigliarne esplicitamente l'utilizzo: "FDA discourages the use of laparoscopic power morcellation during hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids".

Tali Associazioni hanno evidenziato il rischio concreto che il laparoscopista possa imbattersi in un sarcoma misconosciuto, morcellarlo e disseminare così la cavità addomino-pelvica di cellule fortemente maligne. Nessun ti-

"Nel caso di un sarcoma, molto raro e non diagnosticabile prima dell'intervento, il rischio legato alla morcellazione è quello di diffonderne le cellule maligne all'interno della cavità addominale con conseguente peggioramento della prognosi della paziente. Tra gli approcci alternativi, la rimozione del mioma o di tutto il viscere uterino mediante l'utilizzo di endobag (sacchetti) o la preferenza di una miomectomia con mini-incisione invece che in laparoscopia", ha affermato il Professor Enrico Vizza, Ginecologo e Chirurgo Oncologo presso l'IFO di Roma, nell'intervista che ci ha gentilmente concesso. Il Professore sottolinea che "ad oggi non ci sono evidenze scientifiche, in letteratura, che dimostrino la superiorità della miomectomia laparoscopica rispetto a quella con mini-incisione"

Per saperne di più

1. http://www.change.org/petitions/women-s-health-alert-deadly-cancers-of-the-uterus-spread-by-gynecologists-stop-morcellating-the-uterus-in-minimally-invasive-and-robot-assisted-hysterectomy
2. http://www.fda.gov/medicaldevices/safety/alertsandnotices/ucm393576.htm
3. http://www.aagl.org/wp-content/uploads/2014/05/Tissue_Extraction_TFR.pdf
4. http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Task_Force_and_Work_Group_Reports/Power_Morcellation_and_Occult_Malignancy_in_Gynecologic_Surgery
5. (Rif. n. 300857) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_AvvisiSicurezza_3525_azione_itemAzione0_files_itemFiles0_fileAzione.pdf

A colloquio con Enrico Vizza, Ginecologo e Chirurgo Oncologo presso l'IFO di Roma

La morcellazione dell'utero e dei fibromi: "una tecnica potenzialmente pericolosa, che ha delle alternative"

La morcellazione è una tecnica chirurgica talvolta utilizzata per l'asportazione laparoscopica dell'utero o dei fibromi, su cui recentemente si è aperto il dibattito sia a livello medico-scientifico che mediatico. Oggi, abbiamo chiesto il parere professionale sull'impiego di questa tecnica al Professor Enrico Vizza, Ginecologo e Chirurgo Oncologo presso l'IFO Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena", Membro della Commissione Oncologica Nazionale di AOGOI e della Società Italiana Ginecologia Oncologica (SIGO).

Professor Vizza, in generale, in quali casi viene effettuata la morcellazione?

I casi possibili sono tre: nell'isterectomia laparoscopica di uteri di dimensioni molto ampie, che non possono passare attraverso il canale vaginale, nell'isterectomia sub-totale e nella miomectomia laparoscopica, cioè l'asportazione di noduli fibrotici. Comunque, l'utilizzo di questa opzione dovrebbe essere molto oculata ed estremamente limitata a pazienti selezionati. Infatti, in alcuni casi, il rischio in cui si può incorrere è quello di disseminare cellule tumorali maligne nella cavità addomino-pelvica, in presenza di una neoplasia nell'utero.

Quali sono i tipi di neoplasie potenzialmente presenti nell'utero e in che modo si può evitare la diffusione delle cellule maligne?

I tipi di neoplasia possono essere due: il primo tipo è il carcinoma dell'endometrio ed è possibile eliminare i rischi legati all'uso della morcellazione in presenza di questo tumore, sottoponendo tutti i pazienti ad una isteroscopia diagnostica ambulatoriale, indagine che ne permette l'eventuale diagnosi prima di qualsiasi intervento.

Il secondo tipo di neoplasia, molto più rara e problematica, è il tumore mesenchimale della parete dell'utero (sarcoma uterino), che non è diagnosticabile in nessun modo se non dopo l'asportazione del tessuto, con lo studio istologico del campione. Anche se il sarcoma è un tumore raro, l'utilizzo della morcellazione espone la paziente al rischio suddetto: il medico ha il dovere di informarla su tale rischio e sugli approcci alternativi percorribili.

Ma quali sono le alternative o le opzioni sostitutive?

Nell'isterectomia, l'utero può essere inserito in un endobag (sacchetto) e può essere morcellato all'interno di esso per via vaginale: un approccio, nato due secoli fa (quando non esisteva la possibilità di somministrare antibiotici), che elimina completamente il rischio citato; ed è la stessa tecnica che utilizziamo per asportare i tumori dell'ovaio quando operiamo per via laparoscopica.

E nel caso della miomectomia?

A mio avviso, non andrebbe effettuato l'intervento laparoscopico in pazienti che presentano elementi ecografici che potrebbero far sospettare la presenza di una forma atipica, tra cui una crescita molto rapida e una disomogeneità del fibroma.

Ad oggi, inoltre, non ci sono evidenze scientifiche in letteratura e non esiste accordo a livello internazionale, con studi prospettici e randomizzati e mediante statistiche basate su grandi numeri, che la miomectomia effettuata con mini-incisione sia 'inferiore' rispetto all'approccio laparoscopico. Nel caso della laparoscopia, comunque, sommando i taglietti si ottiene un'incisione di circa 3,5 centimetri, mentre con il 'mini-taglio laparoscopico' si ottiene un'incisione di circa 4 centimetri, di dimensione poco superiore.

Da una selezione diagnostica quanto più approfondita, all'uso di 'sacchetti' per la morcellazione per via vaginale, fino ad opportunità interventistiche alternative: queste le opzioni illustrateci dal Professor Vizza, che rimarca "l'importanza e la necessità di una scelta oculata per ridurre il rischio al minimo"

po di diagnostica pre-operatoria disponibile, infatti, sia clinica, di laboratorio o per immagini (ecografia, Tac, Rmn), può rilevare od escludere, con grado sufficiente di certezza, la degenerazione sarcomatosa di un fibroma. Il rischio di diffusione iatrogena di cellule altamente maligne come quelle sarcomatose, in definitiva, può essere evitato solamente astenendosi dalla morcellazione o, in alternativa, attuandola con i più rigorosi criteri precauzionali come, ad esempio, l'uso di appositi "bags"; ma su tale argomento non esistono ancora dati affidabili.

Nel frattempo, perfino alcuni grossi produttori di strumenti laparoscopici come la **Johnson & Johnson**, attraverso la propria divisione Ethicon, hanno sospeso prudenzialmente la vendita, distribuzione e promozione dei morcellatori, rilasciando contemporaneamente un documento corredato da ampia bibliografia, la cui versione italiana è stata pubblicata qualche giorno fa nel sito del Ministero della Salute (5).

La circostanza, al di là di qualsiasi disputa scientifica, non può che far riflettere.

Alla luce di ciò, ritengo opportuno che anche l'Aogoi, ai suoi massimi livelli, si esprima sull'argomento e si allinei con quanto suggerito dalle altre Associazioni ed Enti governativi, sconsigliando per il momento l'uso del morcellatore nella chirurgia laparoscopica fino a che non saranno emanate apposite Linee Guida condivise dalla comunità scientifica internazionale, a tutela della salute delle nostre pazienti. Y

L'APPROFONDIMENTO **Il documento ufficiale della Società Italiana di Endoscopia Ginecologica (SeGI) approvato il 30 giugno 2014**

Controversie sulla morcellazione laparoscopica di utero e miomi

La recente pubblicazione da parte della Food and Drug Adminisration (FDA) di un alert in merito ai rischi della morcellazione di tessuto uterino durante procedure laparoscopiche per il rischio di potenziale disseminazione neoplastica di patologie tumorali misconosciute in fase preoperatoria, ha aperto un fervente dibattito ed indotto le principali società scientifiche ad esprimere la propria posizione in merito. Data la crucialità del tema, con il presente documento la SeGI intende pertanto fornire ai propri soci una panoramica sulle evidenze scientifiche disponibili ed indicazioni per un management clinico corretto e responsabile nel primario interesse della cura della paziente

I leiomiomi o fibromi uterini sono i tumori dell'apparato urogenitale più comuni nella popolazione femminile. In alcuni casi possono essere associati ad una completa assenza di sintomi, consentendo quindi un management conservativo, in altri casi l'associazione con segni e sintomi quali ipermenorrea, menometrorragie ed algie pelviche, infertilità, ne impongono il trattamento.

Esistono opzioni terapeutiche conservative, di tipo farmacologico o basate su procedure di radiologia interventistica (embolizzazione arterie uterine, trattamento con ultrasuoni, radiofrequenza), ma nella maggior parte dei casi si richiede un approccio chirurgico che può variare dall'asportazione dei singoli miomi, per via laparotomica o laparoscopica, all'isterectomia addominale – laparoscopica o laparotomica – o vaginale.

La scelta del tipo di metodica dipende in primis dalle caratteristiche della/e lesione/i, dalle caratteristiche della paziente e non da ultimo anche dal grado di esperienza dell'operatore rispetto alla specifica tecnica chirurgica. L'approccio laparoscopico, quando attuato da operatori esperti, è associato a dimostrati vantaggi in termini di minor tasso di complicanze, maggiore velocità di recupero postoperatorio, minor dolore e rischio di infezioni ed una minore durata dell'ospedalizzazione (1,2).

La diffusione e l'affinamento sempre maggiore delle tecniche endoscopiche consente attualmente anche l'asportazione di formazioni di grandi dimensioni o dell'intero utero attraverso piccole incisioni chirurgiche. Per ovvie ragioni, in tali casi si rende indispensabile la frammentazione delle formazioni suddette per il completamento dell'estrazione dei pezzi operatori.

La frammentazione chirurgica manuale delle lesioni per l'estrazione è stata praticata per decenni sia nel contesto di procedure addominali che vaginali.

La frammentazione a mezzo di strumenti elettromedicali (morcelllazione) è stata introdotta nel 1993 e si basa sull'utilizzo di un dispositivo meccanico caratterizzato da una lama cilindrica ad alta velocità di rotazione.

La morcellazione elettrica può pertanto determinare una microdiffusione cellulare in cavità peritoneale, con il possibile impianto di tessuto fibromatoso in sedi ectopiche, anche in caso di benignità istologica: i miomi sono infatti tumori clonali con un aumentato potenziale di crescita determinato da mutazioni genetiche o cromosomiche (3 14).

Mediante il medesimo meccanismo tale disseminazione e successivo impianto può a maggior ragione verificarsi laddove la natura istologica della lesione morcellata corrisponda ad una condizione di non benignità, inatte-

sa in fase preoperatoria.
I sarcomi uterini rappresentano il 7 8% dei tumori dell'utero e rappresentano pertanto un'entità rara. Tra questi, il 43% è rappresentato dal sottotipo istologico del leiomiosarcoma.
A seconda delle casistiche di letteratura, l'eventualità del riscontro istologico postoperatorio di questo tipo di lesioni non identificate preoperatoriamente si verifica dallo 0.08 allo 0.13% (la frequenza riportata dal sopra citato bollettino FDA 4/2014 è di 1:350) e può peggiorare la prognosi della paziente, con un decremento della sopravvivenza a 5 anni dal 73 al 46% a seconda che la lesione sia stata estratta intatta o previa morcellazione 15 23. Il tempo medio di sopravvivenza libero da malattia scende da 39.6 a 10.8 mesi con un rischio di recidiva triplicato (hazard ratio, 3.18; 95% confidence interval, 1.5 6.8; P=.003) (24).
In caso di morcellazione di lesione positiva per leiomiosarcoma alla valutazione istologica è raccomandabile una riesplorazione chirurgica ed eventualmente il trattamento chemioterapico in caso di sospetto di una diffusione di malattia.
In tutti i casi di pianificazione chirurgica in cui sia prevista la morcellazione di neoformazioni uterine, è raccomandabile eseguire preventivamente una valutazione ecografica dell'endometrio, ed eventualmente un prelievo bioptico endometriale in caso di sanguinamenti uterini anomali, oltre alla citologia cervicale, al fine di escludere la presenza di una patologia neoplastica in tali sedi, che controindica la frammentazione della lesione in cavità addominale.
Tali procedure purtroppo non consentono nella maggior parte dei casi di escludere la presenza di un leiomiosarcoma e le tecniche diagnostiche di imaging a disposizione, pur mostrando un buon grado di accuratezza, non consentono comunque sempre una diagnosi preoperatoria certa di leiomiosarcoma prima della verifica istologica (25 29).
Va sottolineato che l'incidenza del leiomiosarcoma è maggiore oltre i 40 anni, essendo molto rara al di sotto dei 35 anni di età, e con un'età media alla diagnosi di 65 anni (32).
Pertanto, la pianificazione di una chirurgia con morcellazione intracavitaria delle lesioni andrebbe considerata con cautela nelle pazienti in età peri e post menopausale, ed in caso di lesioni ad alto ritmo di crescita, parametro questo che può porre il dubbio di un leiomiosarcoma pur non essendo completamente predittivo.
È sconsigliata in caso di pazienti con anamnesi di esposizione a tamoxifene ed irradiazione pelvica, entrambi fattori di rischio per la patologia suddetta, di retinoblastoma in età infantile o con familiarità per sindromi polineoplastiche (Lynch, leiomiomatosi ereditaria, tumori renali).
È da proscrivere in caso di neoplasia uterina accertata (endometriale epiteliale o stromale, o cervicale)
Alcuni autori hanno recentemente proposto l'introduzione di appropriati devices che consentano una morcellazione delle lesioni in cavità addominale in un sistema "chiuso", e cioè mediante isolamento in appositi endobag (in bag morcellation) (30 31), allo scopo di ridurre il rischio di disseminazione intraperitoneale di malattia in caso di neoplasia occulta.

Sul sito Aogoi, in allegato al documento della SeGI in documento integrativo all'alert FDA e le posizioni delle seguenti Società: SGO (Society of Gynecologic Oncology); ESGE (European Society of Gynecological Endoscopy); ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists); AAGL (American Association of Gynecologic Laparoscopists)

L'utilizzo routinario nella pratica clinica non può prescindere dallo sviluppo di devices dedicati, con capacità di protezione di tutta la cavità addominale dallo spread tissutale, senza rischio di rottura del device stesso legato all'azione del morcellatore, e soprattutto tali da garantire al chirurgo una visibilità adeguata, al fine di non aumentare il rischio di lesioni meccaniche ad organi circostanti.

Conclusioni

Alla luce di tali evidenze, le Società Scientifiche internazionali si sono pertanto espresse in merito alle cautele da assumere in caso di morcellazione "open" in cavità addominale, e allo stato attuale si attendono gli esiti delle valutazioni di commissioni scientifiche dedicate che possano portare ad indicazioni conclusive sul tema.
Allo stato attuale, le raccomandazioni SeGI in merito al trattamento chirurgico endoscopico di pazienti affette da patologie potenzialmente candidate alla morcellazione intraaddominale delle lesioni sono le seguenti:

- La pianificazione del trattamento chirurgico non può prescindere da una accurata valutazione clinica ed anamnestica della paziente:
  - valutazione ecografica ed eventualmente isteroscopica in caso di sospetto di patologia intracavitaria e citologia cervicale: la morcellazione non va effettuata in caso di patologia neoplastica endometriale o cervicale;
  - la morcellazione è sconsigliata in caso di lesioni fibromatose sospette per neoplasia alla valutazione diagnostica preoperatoria o in caso di elevato ritmo di crescita (anche se non completamente predittivo);
  - la morcellazione è sconsigliata in caso di pazienti con anamnesi personale di retinoblastoma o familiare di sindromi polineoplastiche (vedi testo);
  - cautela nell'utilizzo della morcellazione in pazienti in età perimenopausale.
- Si raccomanda l'utilizzo di un consenso informato scritto che renda edotta la paziente della possibilità di lesioni meccaniche ad altri organi legate all'azione stessa del morcellatore e della possibilità di spread tissutale associato alla tecnica in oggetto, anche in caso di patologia benigna. Va specificato il possibile riscontro istologico di neoplasie non valutabili preoperatoriamente e del peggioramento prognostico che si associa alla eventuale morcellazione delle stesse, nonché della conseguente necessità di una seconda chirurgia stadiativa.

La paziente va comunque informata di tutti i possibili approcci chirurgici: in caso di isterectomia, sulla base delle evidenze disponibili, va privilegiato l'approccio vaginale quando possibile ed in caso contrario illustrati i vantaggi della chirurgia mini invasiva di tipo endoscopico a fronte dei rischi correlati all'approccio laparotomico; in caso di miomectomia, allo stesso modo vanno chiaramente espressi i vantaggi dell'approccio mini invasivo tenendo in conto anche le possibili metodiche di estrazione dei pezzi operatori (minilaparotomica o vaginale – culdocentesi) alternative all'utilizzo della morcellazione in cavità. Il consenso informato inoltre deve contenere anche informazioni relative ai possibili rischi di una strategia conservativa di attesa, oltre che alle tecniche di trattamento alternative non chirurgiche (embolizzazione arterie uterine, ultrasuoni, radiofrequenza, terapie mediche).

- Va incoraggiata la messa a punto di devices dedicati per la morcellazione intracavitaria a sistema chiuso, per minimizzare il rischio di dispersione tissutale.
- Si invitano tutti i centri in cui viene effettuata chirurgia ginecologica ad una revisione della propria casistica interna finalizzata alla creazione di un registro nazionale per il controllo dei sarcomi uterini (numero totale dei casi rispetto al totale degli interventi effettuati per fibromatosi, numero dei casi non identificati preoperatoriamente, numero dei casi trattati con approccio endoscopico ed eventualmente sottoposti a morcellazione, follow up delle pazienti).

Approvato e sottoscritto il 30 giugno 2014 dai membri del Consiglio Direttivo SeGI: Dott. Sergio Schettini (Presidente; Dott. Mario Malzoni; Dott. Stefano Angioni

Bibliografia

1. Nieboer TE1, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, van Voorst S, Mol BW, Kluivers KB. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD003677. doi: 10.1002/14651858.CD003677
2. Sizzi O1, Rossetti A, Malzoni M, Minelli L, La Grotta F, Soranna L, Panunzi S, Spagnolo R, Imperato F, Landi S, Fiaccamento A, Stola E. Italian multicenter study on complications of laparoscopic myomectomy. J Minim Invasive Gynecol. 2007 Jul-Aug;14(4):453-62.
3. Ostrzenski A. Uterine leiomyoma particle growth in an abdominal wall incision after laparoscopic retrieval. Obstet Gynecol. 1997;89 (5 Pt 2):853–854.
4. Paul PG, Koshy AK. Multiple peritoneal parasitic myomas after laparoscopic myomectomy and morcellation. Fertil Steril. 2006;85(2):492–493.
5. Takeda A, Mori M, Sakai K, Misui T, Nakamura H. Parasitic peritoneal leiomyomatosis diagnosed 6 years after laparoscopic myomectomy with electric tissue morcellation: Report of a case and review of the literature. J Minim Invasive Gyencol. 2007;14(6):770–775.
6. Kumar S, Sharma JB, Verma D, Gupta P, Roy KK, Malhotra N. Disseminated peritoneal leiomyo-myomatosis: An unusual complication of laparoscopic myomectomy. Arch Gynecol Obstet. 2008;278(1):93–95.
7. Miyake T, Enomoto T, Ueda Y, et al. A case of disseminated peritoneal leiomyomatosis developing after laparoscope-assisted myomectomy. Gynecol Obstet Invest. 2009;67(2):96–102.
8. Thian YL, Tan KH, Kwek JW, Wang J, Chern B, Yam KL. Leiomyomatosis peritonealis disseminate and subcutaneous myoma –a rare complication of laparoscopic myomectomy. Abdom Imaging. 2009;34(2):235–238.
9. Al-Talib A, Tulandi T. Pathophysiology and possible iatrogenic cause of leiomyomatosis peritonealis disseminata. Gynecol Obstet Invest. 2010;69(4):239244.
10. Larrain D, Rabischong B, Khoo CK, Botchorishvili R, Canis M, Mage G. Iatrogenic parasitic myomas: Unusual late complication of laparoscopic morcellation procedures. J Minim Invasive Gynecol. 2010;17(6):719–724.
11. Cucinella G, Granese R, Calagna G, Somigliana E, Perino A. Parasitic myomas after laparoscopic surgery: An emerging complication in the use of morcellator? Description of four cases. Fertil Steril. 2011;96(2):e90–e96.
12. Beck MM, Biswas B, D'Souza A, Kuma R. Benign metastasizing leiomyoma after hysterectomy and bilateral salpingooophorectomy. Hong Kong Med J. 2012;18:153–155.
13. Bogusiewicz M, Rosinska-Bogusiewicz K, Walczyna B, Drop A, Rechberger T. Leiomyomatosis peritonealis disseminate with formation of endometrial cysts within tumors arising after supra-cervical laparoscopic hysterectomy. Ginekol Pol. 2013;84(1):68–71.
14. Shakir F, Hill N. A case of multiple morcelloma formation following laparoscopic subtotal hysterectomy. J Obstet Gynecol. 2012;32(7):713–714.
15. Theben JU, Schellong ARM, Altgassen C, Kelling K, Schneider S, Grobe-Drieling D. Unexpected malignancies after laparoscopic-assisted supracervical hysterectomies (LASH): An analysis of 1,584 LASH cases. Arch Gynecol Obstet. 2013;287(3):455–462.
16. Parker WH, Fu YS, Berek JS. Uterine sarcoma in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. Obstet Gynecol. 1994;83(3):414–418.
17. Seidman MA, Oduyebo T, Muto MG, Crum CP, Nucci MR, Quade BJ. Peritoneal dissemination complicating morcellation of uterine mesenchymal neoplasms. PLOS One. 2012;7(11):e50058.
18. Brooks SE, Zhan M, Cote T, Baquet CR. Surveillance, epidemiology, and end results analysis of 2677 cases of uterine sarcoma 1989 to 1999. Gyn Oncol. 2004;93(1):204–208.
19. Park JY, Park SK, Kim DY, et al. The impact of tumor morcellation during surgery on the prognosis of patients with apparently early uterine leiomyosarcoma. Gynecol Oncol. 2011;122(2):255–259.
20. Einstein MH, Barakat RR, Chi DS, et al. Management of uterine malignancy found incidentally after supracervical hysterectomy or uterine morcellation for presumed benign disease. Int J Gynecol Cancer. 2008;18(5):1065–1070.
21. Oduyebo T, Rauh-Hain AJ, Meserve E, et al. The value of re-exploration in patients with inadvertently morcellated uterine sarcoma [published online ahead of print December 1, 2013]. Gynecol Oncol. doi:10.1016/j.ygyno.2013.11.024.
22. Hagemann IS, Hagemann AR, LiVolsi VA, Montone KT, Chu CS. Risk of occult malignancy in morcellated hysterectomy: A case series. Int J Obstet Gynecol. 2011;304(5):476–483.
23. Knight J, Falcone T. Tissue extraction by morcellation: a clinical dilemma. J Minim Invasive Gynecol. 2014 May-Jun;21(3):319-20. doi: 10.1016/j.jmig.2014.03.005. Epub 2014 Mar 16.
24. George S1, Barysauskas C, Serrano C, Oduyebo T, Rauh-Hain JA, Del Carmen MG, Demetri GD, Muto MG. Retrospective cohort study evaluating the impact of intraperitoneal morcellation on outcomes of localized uterine leiomyosarcoma. Cancer. 2014 Jun 12. doi: 10.1002/cncr.28844. [Epub ahead of print].
25. Wu TI, Yen TC, Lai CH. Clinical presentation and diagnosis of uterine sarcoma, including imaging. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2011 Dec;25(6):681-9. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2011.07.002. Epub 2011 Aug 4. Review.
26. Exacoustos C, Romanini ME, Amadio A, Amoroso C, Szabolcs B, Zupi E, Arduini D. Can gray-scale and color Doppler sonography differentiate between uterine leiomyosarcoma and leiomyoma? J Clin Ultrasound. 2007 Oct;35(8):449-57.
27. Rha SE, Byun JY, Jung SE, et al. CT and MRI of uterine sarcomas and their mimickers. AJR. 2003;181(5):1369–1374.
28. Kitajima K, Murakami K, Kajhi Y, Sugimura K. Spectrum of FDG PET/CT findings of uterine tumors. AJR. 2010;195(3):737–743.
29. Sato K, Yuasa N, Fujita M, Fukushima Y. Clinical application of diffusion-weighted imaging for preoperative differentiation between uterine leiomyoma and leiomyosarcomas [published online ahead of print December 22, 2013]. Am J Obstet Gynecol. doi:10.1016/j.ajog.2013.12.028.
30. Einarsson JI, Cohen SL, Fuchs N, Wang KC. In-Bag Morcellation. J Minim Invasive Gynecol. 2014 Apr 25. pii: S1553-4650(14)00256-8. doi: 10.1016/j.jmig.2014.04.010. [Epub ahead of print].
31. Cohen SL, Greenberg JA, Wang KC, Srouji SS, Gargiulo AR, Pozner CN, Hoover N, Einarsson JI. Risk of Leakage and Tissue Dissemination with Various Contained Tissue Extraction (CTE) Techniques: an in vitro Pilot Study. J Minim Invasive Gynecol. 2014 Jun 10. pii: S1553-4650(14)00307-0. doi: 10.1016/j.jmig.2014.06.004. [Epub ahead of print].
32. Rauh-Hain JA, Oduyebo T, Diver EJ, et al. Uterine leiomyosarcoma: An updated series. Int J Gynecol Cancer. 2013;23(6):1036–1043.

Maria Teresa Dorigo*
Paolo A. Galli**
*Ricercatore della Clinica Oculistica dell'Università di Padova
**Consulente Ostetrico-Ginecologo ASL 3 - Regione del Veneto

Oftalmologia e Medicina di Genere

L'occhio della Donna

Una domanda seria, rivolta al ginecologo, relativa alla sicurezza d'impiego di taluni farmaci oculari in gravidanza, e una domanda ironica, rivolta all'oculista, se avesse mai visitato un "uovo cieco", diedero tre anni fa l'inizio a ricerche bibliografiche che ci portarono alla scoperta d'insospettabili legami fra oculistica e ginecologia

Guidati dalla curiosità, decidemmo di ampliare le conoscenze quanto più ci fosse possibile e di fonderle in un testo utile, contemporaneamente sia all'ostetrico-ginecologo che all'oculista, a colmare lacune e a risolvere comuni problemi diagnostici e terapeutici. Con "L'Occhio in Ostetricia e Ginecologia" edito da Verduci nel finire del 2012 (1) abbiamo cercato di rendere questa lettura interessante: avvalendoci anche di formidabili esperti, abbiamo sviluppato in 10 capitoli un viaggio nel mondo oculare femminile partendo dalla diagnostica prenatale dei difetti oculari, e poi, passando attraverso le modificazioni oculari ormono-dipendenti dalla pubertà alla gravidanza fino alla menopausa e alla senescenza, le ripercussioni fetali della farmacopea oculare (e di comune impiego nella donna), la chirurgia estetica, le dermatopatie e la cosmesi oculari e infine le implicazioni imaginifiche dell'occhio femminile, per poi concludere con i miti, le credenze, i pregiudizi, i proverbi e gli aforismi sull'occhio delle donne.

Nel 2009, Suzuki (2) in un bellissimo articolo dimostrò che il sesso influenza in modo significativo in vivo e in vitro oltre 600 geni delle cellule epiteliali della cornea umana. Questi geni sono coinvolti in un ampio spettro di processi biologici, di funzioni molecolari e di componenti cellulari quali i processi metabolici, la replicazione del DNA, la migrazione cellulare, lo RNA binding, l'attività ossidoreduttasica e i nucleoli. In effetti, l'occhio è un piccolo mondo, multi-strutturale e multi-funzionale, in cui quasi tutti i sistemi di regolazione corporea (ormonali, immunologici, neurologici) trovano rappresentazione. Nel complesso, l'occhio tende all'autogestione o meglio all'autoregolazione per le attività di base, ma si lascia condizionare sia dall'esterno che dall'interno dell'organismo da eventi e noxae di una certa rilevanza. E in ciò lo stato ginecologico pone un distinguo sostanziale dall'occhio maschile.

Appare inequivocabile infatti che lo stato ginecologico, nel suo continuo divenire dalla nascita alla pubertà, dalla vita fertile alla menopausa e poi alla senescenza, influenza la fisiopatologia oculare conferendole caratteristiche distintive dall'occhio maschile e tali da essere meritevoli di una trattazione separata.

Per questo motivo un nuovo manuale intitolato **"Medicina di Genere: Apparati Visivo e Riproduttivo Femminili"** (3), in corso di omaggio ai ginecologi italiani e rivolto a quanti desiderino conoscere come sessualità e fertilità femminile influenzino l'apparato visivo o, più propriamente, come gli apparati visivo e riproduttivo femminile s'influenzino vicendevolmente, centra il tema dell'occhio femminile in una più pertinente contestualizzazione di Medicina di Genere.

L'argomento, inteso come l'abbinamento degli apparati visivo e riproduttivo, può in generale apparire, inizialmente, insolito e con un po' di scetticismo e d'ironia qualcuno potrebbe chiedersi quali legami e quale contiguità uniscano apparati con funzioni e strutture così diverse e con sedi così lontane. Certamente le sedi e gli organi effettori, definibili periferici, sono lontani e assai differenti tra loro ma alcune componenti, definibili centrali, sono invece vicinissime ed embricate: infatti a livello cerebrale la sella turcica, l'ipofisi e il chiasma ottico sono strettamente contigui e peculiari tanto che il neuro radiologo, guardando le scansioni di una TAC cerebrale, è in grado di distinguere il genere in base alla morfologia della sella e dell'ipofisi. Inoltre non solo le influenze endocrine connesse allo stato Ginecologico ma pure i dati epidemiologici richiedono e giustificano la "nascita" di un'oftalmologia di genere: infatti, i due terzi dei casi di cecità e di gravi deficit visivi riguardano il genere femminile.

In ostetricia gli effetti della gravidanza sull'occhio materno possono essere:

fisiologici: riguardano la modificazione della pressione endo-oculare, che tende a ridursi, la sensibilità e lo spessore della cornea che rispettivamente si riduce e aumenta;

patologici: sono condizioni ritenute a esordio in gravidanza la corio-retinopatia sierosa centrale, le modificazioni ipertensive e vascolari e il melanoma dell'uvea;

influenti: sono quegli effetti che agiscono su preesistenti patologie oculari quali la retinopatia diabetica, i tumori e le alterazioni immunologiche che possono peggiorare. Sarà anche utile all'ostetrico sapere che non tanto la gravidanza o il parto quanto anche il solo calo volemico puerperale e l'allattamento al seno possono ridurre l'idratazione di importanti strutture oculari quali la cornea e il cristallino con cambiamenti nell'indice rifrattivo e che la disidratazione del vitreo può causare trazioni vitreo-retiniche.

In Ginecologia gli estrogeni, i cui ricettori colonizzano tutte le strutture oculari (1), se assunti precocemente in menopausa, conferiscono un miglioramento globale al flusso ematico oculare (con miglioramento della pressione endoculare) e in particolare alla retina e alla testa del nervo ottico; mantengono una adeguata composizione ionica e l'idratazione del cristallino contribuendo a conservarne la trasparenza; proteggono dalla catarattogenesi post-attinica; rallentano, per il loro effetto antiossidante, la progressione del danno glaucomatoso e della degenerazione maculare; riducono fino ad annullare il disconfort della astenopia, fotofobia, xeroftalmia, e difficoltà di coordinamento motorio oculare. Se infatti gli estrogeni aumentano la viscosità del sangue, ciò non avviene nel micromondo oculare dove invece il loro effetto è paradossalmente opposto e tanto più nella post menopausa gli estrogeni favoriscono la vasodilatazione e riducono localmente la viscosità del sangue (4).

Ci auguriamo che il nuovo manuale sugli Apparati Visivo e Riproduttivo Femminile (3), mirato all'oftalmologia di genere e rivolto dunque al medico delle donne per antonomasia, contribuisca a diffondere tra i ginecologi le conoscenze sulle diverse patologie oculari e sia quindi di ulteriore aiuto alla donna. Il ginecologo potrà rispondere con maggior sicurezza agli interrogativi posti dalle pazienti e a sua volta informarsi sulla presenza di certi sintomi o malattie oculari, prescrivere alcune sostanze farmacologiche, conoscere le vere complicanze, indirizzare e cooperare con il collega oculista con maggiore pertinenza e competenza.

I ginecologi, abituati a guardare, anche, negli occhi le loro pazienti e a raccogliere le loro confidenze, imparino dunque a ricordarsi di quelle patologie oculari che possono beneficiare del loro aiuto. Una terapia ormonale sostitutiva, iniziata tempestivamente e a dosaggi mirati, migliora la circolazione oculare prevenendo alcune malattie età correlate (1). Che i ginecologi suppliscano dunque all'ignoranza degli oculisti che confondono i cosiddetti ormoni "sessuali", accomunando in un unico enorme calderone gli estrogeni (di ogni tipo e posologia), il progesterone e i progestinici (di ogni tipo e posologia), gli androgeni (di ogni tipo e posologia) e la prolattina nonché pure taluni farmaci o presidii neppure ormonali (seppure usati nella post menopausa) e persino farmaci con effetti anti-estrogenici. Le lacrime e il muco vaginale hanno caratteristiche simili, vedi la capacità di felcizzazione, e la citologia congiuntivale e cervico-vaginale offrono identiche e contestuali risposte alle modificazioni ormonali del ciclo. Spesso secchezza vaginale e oculare camminano di pari passo durante e dopo la menopausa. Il Ginecologo potrà allora offrire il proprio aiuto risolvendo all'unisono, con un trattamento talora più complesso, le lacrime di lui e di lei dovute alla dispareunia ed in modo più facile, con una semplice lacrima artificiale, la dislacrimia di lei.

Buona lettura. Y

Lo stato ginecologico, nel suo continuo divenire dalla nascita alla pubertà, dalla vita fertile alla menopausa e poi alla senescenza, influenza la fisiopatologia oculare conferendole caratteristiche distintive dall'occhio maschile e tali da essere meritevoli di una trattazione separata

Non solo le influenze endocrine connesse allo stato Ginecologico ma anche i dati epidemiologici richiedono e giustificano la "nascita" di un'oftalmologia di genere: infatti i due terzi dei casi di cecità e di gravi deficit visivi riguardano il genere femminile

Per saperne di più

1. Galli PA e Dorigo MT. L'Occhio in Ostetricia e Ginecologia, Verduci Ed, 2012, ISBN 88-7620-883-6
2. Suzuki T. Richards SM, Liu S, Jensen RV, Sullivan DA. Influence of sex on gene expression in human corneal epithelial cells. Mol Vis 2009;15:2554-2569
3. Dorigo MT e Galli PA. Medicina di Genere: Apparati Visivo e Riproduttivo Femminili. *In corso di stampa.*
4. Battaglia C, Mancini F, Regnani G, Persico N, Volpe A, De Aloysio D. Hormone therapy and ophthalmic artery blood flow changes in women with open-angle glaucoma. Menopause 2004; 11:6-77

IL CASO Fatebenefratelli–Isola Tiberina: nasce prematura e muore

Si discute se 7 medici debbano finire sotto processo con l'accusa di omicidio colposo per una neonata prematura

Muore nel 2012, a dieci giorni dalla nascita avvenuta prematuramente al Fatebenefratelli–Isola Tiberina, un centro di eccellenza per l'ostetricia e la maternità. Ora, dopo 2 anni, 7 medici della struttura romana rischiano di finire sotto processo per omicidio colposo, pur avendo agito con il massimo scrupolo. L'iter processuale è ancora all'inizio e i consulenti tecnici dell'accusa scagionano completamente i medici, ma per i media è il solito caso di malasanità e la sentenza è già scritta. Un déjà vu

Oltre al dramma di una famiglia – in questo caso quello della piccola deceduta dieci giorni dopo la nascita, avvenuta alla ventiquattresima settimana presso la maternità del Fatebenefratelli–Isola Tiberina nel 2012 – si consuma quasi sempre un altro dramma, quello dei sanitari sottoposti al vaglio del Gup per "malasanità". In questo caso si tratta dei sette medici che rischiano di finire sotto processo con l'accusa di omicidio colposo.
Invero, i consulenti tecnici della pubblica accusa escludono la responsabilità dei medici, asserendo che il "comportamento dei sanitari (…) risulta esente da elementi di censura". Gli stessi rilevano che non c'è alcun rapporto di causalità, ossia nessun legame tra le condotte scrupolose dei medici e il parto prematuro e la morte della neonata.

La paziente fu ricoverata tempestivamente, durante la degenza furono attuati tutti i presidi diagnostici e terapeutici più opportuni. Fu sempre monitorizzata e controllata; partorì spontaneamente un feto di 24 settimane e due giorni, ma la neonata per estrema prematurità, nonostante la terapia intensiva, non sopravvisse, stante l'estrema immaturità polmonare. Come noto del resto, l'età gestazionale tra 23+0 e 24+6 riporta un elevato tasso di mortalità anche in relazione a patologie fetali.
Tra i medici, è stato inopinatamente coinvolto anche il capo dipartimento che si occupa del coordinamento organizzativo delle varie unità operative complesse e semplici, non opera scelte d'indirizzo diagnostico-terapeutico per le singole pazienti, perché a ciò provvede la figura apicale, responsabile della singola unità.
In altre parole, il Capo dipartimento non vide mai la paziente né mai fu messo al corrente di problematiche o criticità, tutte affrontate dagli specialisti con la massima competenza e sollecitudine verso la paziente.
Se i consulenti tecnici della pubblica accusa scagionano completamente i medici, appare evidente l'impossibilità di sostenere l'accusa in giudizio e l'inutilità di instaurare un dibattimento ingiustificato. La parola spetta al Giudice dell'Udienza Preliminare, che potrebbe emettere una sentenza di non luogo a procedere e non rinviare a giudizio i medici.
Ma purtroppo sono già stati penalizzati da un altro processo, quello mediatico. Un processo dalle regole truccate, in cui non vige il diritto di difesa (di replica) e la sentenza (il verdetto) è già scritta. Proprio come in questo caso: "I medici non le prescrivono il riposo, la bambina nasce prematura e muore".
Il titolo è di un prestigioso quotidiano nazionale (il *Corriere della Sera*, Cronaca di Roma, 5 giugno 2014) ma poco importa. Il malcostume di non approfondire circostanze e condotte, di riportare sommariamente i fatti fino a distorcerli, confezionando il servizio/articolo con un bel nesso causale, non è più appannaggio dei media di quart'ordine. Nulla di strano, nulla di nuovo. È però sempre difficile "digerire" quell'allusione più o meno esplicita all'irresponsabilità degli operatori sanitari che galleggia tra le righe dell'articolo del *Corriere*: "Nessuno dei sette medici del Fatebenefratelli all'Isola Tiberina comprende la gravità della situazione"; "nessuno dei setti imputati" impartisce alla donna "l'ordine di stare ferma a casa", "di riposo assoluto fino al termine della gravidanza per evitare il distacco di placenta". Con buona pace della presunzione d'innocenza!
Ritorna alla mente il titolo del *Quotidiano della Basilicata* (del 5 settembre 2013): "La figlia nasce, la mamma muore. Anche questo è femminicidio", che fu costretto a una rettifica da una diffida dell'Ufficio legale Aogoi.
In quel caso l'evento drammatico era la morte di una mamma, l'accostamento con il "femminicidio" senz'altro più deprecabile… tuttavia il risultato lesivo dell'onore e del decoro dei sanitari è il medesimo, data la motivazione, sottointesa ma non troppo, che la bambina nata prematura muore e (perché) i medici non hanno prescritto il necessario riposo alla mamma.
Non ci resta che augurare ai nostri colleghi che la giustizia (quella processuale, non quella sommaria dei media) faccia il suo corso con celerità e rigore. Nei tribunali, se non altro, avranno la possibilità di difendersi e di dimostrare, come auspichiamo, di aver fatto tutto il possibile e tutto il loro meglio, con la professionalità e le competenze che l'Aogoi riconosce loro.

▶ Segue da pagina 11

Il nuovo Codice di Deontologia Medica e le sue ricadute sull'attività ostetrica e ginecologica

Gli estensori hanno voluto dettagliare tutti gli obblighi, andando al di là di quanto stabiliscono le più recenti sentenze della Cassazione. In tal modo c'è il rischio che si venga assolti nel processo penale e si possa incorrere egualmente in una sanzione disciplinare.

Art. 35. Consenso e dissenso informato della persona assistita
"L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile". In questo caso, per evitare che le professioni infermieristiche possano appropriarsi indebitamente di un "atto medico", come il consenso informato, in questo articolo si arriva a qualificare detta procedura come: "non delegabile". In tal modo, si disconosce che il compito di informare il paziente e di raccogliere formalmente il suo consenso non appartiene esclusivamente al medico che eseguirà effettivamente la prestazione ma, può essere svolto anche da un altro medico dell'equipe. Questa è l'attuale prassi consolidata e non è stata mai contestata nei processi, poiché si basa su quanto stabilisce il Codice civile, art. 1180. Adempimento del terzo (L'obbligazione può essere adempiuta da un terzo, anche contro la volontà del creditore, se questi non ha interesse a che il debitore esegua personalmente la prestazione …).
Art. 43. Interruzione volontaria di gravidanza
"Gli atti medici connessi all'interruzione volontaria di gravidanza operati al di fuori dell'ordinamento vigente, sono vietati e costituiscono grave infrazione deontologica. L'obiezione di coscienza si esprime nell'ambito e nei limiti dell'ordinamento vigente e non esime il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura". Aggiungere che l'obiezione di coscienza "non esime il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura", a mio avviso non aggiunge niente al dettato della legge 194/1978, Art. 9. "L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento". Al contrario, l'espressione utilizzata nell'articolo del Codice deontologico può essere confondente, perché richiede che venga definito cosa si intende per "relazione di cura".

Art. 46. Indagini predittive
"Le indagini predittive in gravidanza, destinate alla tutela della salute della donna e del nascituro, sono consentite se autorizzate in forma scritta dalla gestante, successivamente ad idonea informazione". La definizione "indagini predittive in gravidanza" è troppo generica e non consente di limitare il consenso scritto alle sole indagini invasive che comportano un rischio per il feto. Detta definizione è stata volutamente preferita a quella che avevamo proposto di "indagini invasive in gravidanza" e temo che comporterà la raccolta del consenso scritto anche per indagini routinarie, come l'ecografia diagnostica di primo livello in gravidanza.

Da queste brevi note si può facilmente dedurre che si è preferito impostare il nuovo Codice di deontologia medica, orientandolo nella direzione di un documento utile per la regolazione delle attività del medico, una sorta di compendio di linee guida in pillole, anziché in quella di un codice orientato a dettare le regole per un comportamento etico del medico nella società.

(*) www.fnomceo.it/fnomceo/ downloadFile.dwn?id=115163&version=8

Contraccezione: 13° Congresso della European Society of Contraception and Reproductive Health

Sigo: "Per 4 adolescenti su 10 la 'prima volta' è senza protezione"

Per 3 donne su 10 il coito interrotto è un efficace sistema contraccettivo, 2 su 10 si sentono ben informate sui metodi contraccettivi. Questi i dati dal 13° Congresso della European Society of Contraception and Reproductive Health a Lisbona. E arriva in Italia il contraccettivo intrauterino "smart" adatto anche per le giovanissime

Altro che informate, quando si parla di educazione sessuale e contraccezione, leggende e false credenze continuano a imperversare tra le donne italiane. Il 31% delle giovani ritiene che il coito interrotto sia un efficace sistema contraccettivo. Per il 29% non si può rimanere incinta durante la prima esperienza sessuale e il 7% è convinta che la coca cola possa funzionare come spermicida. E ancora, solo il 16% sostiene di sentirsi ben informata su tutti i metodi a disposizione, il 70% sotto i 30 anni è costantemente preoccupata di dimenticarsi il contraccettivo in uso e il 19% ha affrontato una gravidanza indesiderata.

Questi alcuni dei dati presentati al 13° Congresso della European Society of Contraception and Reproductive Health che si apre oggi a Lisbona. Dal sondaggio, che ha coinvolto 17 Paesi nel mondo tra 8.873 donne d'età compresa tra i 20 e i 30 anni (456 italiane), emerge una situazione di grande ignoranza sui temi della sessualità consapevole.

"Il 30% delle giovani ritiene che il coito interrotto sia un efficace sistema contraccettivo – ha spiegato **Paolo Scollo**, Presidente nazionale Sigo – e 4 su 10 affrontano la prima esperienza sessuale senza nessuna protezione. Il risultato? Nel 2012 abbiamo avuto in Italia oltre 105mila aborti e hanno partorito 9mila baby mamme under 19. In Europa le fasce di popolazione più esposte ai rischi derivati da comportamenti sessuali pericolosi sono i giovani. In Italia la situazione è aggravata dal fatto che, a differenza di altri Paesi, l'educazione sessuale non è una materia scolastica obbligatoria. E non è un problema di scolarità, le giovani si sentono al sicuro esponendosi a rischi. Solo il 16% delle ragazze italiane ha seguito lezioni in classe da insegnanti o medici".

E ancora, dal sondaggio è emerso che appena il 16% delle donne sostiene di sentirsi ben informata su tutti i metodi a disposizione, il 70% sotto i 30 anni è costantemente preoccupata di dimenticarsi il contraccettivo in uso e il 19% ha affrontato una gravidanza indesiderata. E l'87% delle donne in Italia prenderebbe in considerazione una contraccezione "fit & forget" ("metti e dimentica").

"Questi dati devono farci riflettere – ha sottolineato **Emilio Arisi**, Presidente della Società di Medicina Italiana della Contraccezione (Smic) – la scelta di quale metodo usare deve tenere conto sia delle condizioni generali di salute ma anche delle esigenze e caratteristiche personali. Ed è compito del ginecologo informare la donna. Purtroppo una su 5 non ha mai parlato con il proprio medico di contraccezione. È invece importante parlare con le donne per informarle correttamente sugli strumenti che potrebbero utilizzare. Pensiamo che più del 25% delle donne intervistate pensa che i contraccettivi intrauterini vadano inseriti in vagina e non nel collo dell'utero. Sono in sostanza ancora molte le lacune sulla fisiologia delle donne".

Arriva la contraccezione intrauterina "Smart". Ma per le donne, anche per le giovanissime che non hanno mai avuto figlia, arriva oggi anche in Italia, la contraccezione intrauterina a basso dosaggio ormonale (Intrauterine System, Ius). Si chiama Jaydess e ha già incassato un grande successo negli Stati Uniti. Approvato dall'Agenzia Italiana del Farmaco nel dicembre del 2013 è attualmente il più piccolo dispositivo a disposizione (28x30 millimetri) per le donne.

"Le sue dimensioni ridotte – ha spiegato **Valeria Dubini**, Consigliere nazionale della Sigo – è il sistema più piccolo al mondo, e la bassa dose di ormoni, non contiene estrogeni, la rendono più efficace e adatta alle donne di tutte le età, anche le più giovani e le più ... distratte. Inoltre, non provoca un aumento di peso. Dopo che è stata inserita nell'utero dal ginecologo, con una semplice procedura, assicura un'altissima protezione fino a tre anni. E poi si può rimuovere in qualsiasi momento e il ritorno alla fertilità è immediato. Questo metodo – ha aggiunto – mantiene inalterata la funzionalità ovarica della donne, e agisce localmente impedendo la risalita degli spermatozoi, soprattutto con un'azione contraccettiva preventiva garantisce una sicurezza elevata. Speriamo che grazie a questo sistema innovativo si superino alcune barriere culturali tra le donne".

Come funziona? Composta da un tubicino flessibile di plastica a forma di T, attraverso una membrana permeabile rilascia direttamente nell'utero una bassa dose di ormone progestinico levonorgestrel (una media di 6 mcg al giorno). In questo modo, a differenza di altre forme di contraccezione, solo piccole quantità di ormone entrano nella circolazione sanguigna.

"Finalmente – ha aggiunto Arisi – anche nel nostro Paese abbiamo a disposizione sistemi contraccettivi intrauterini di ultima generazione. Inoltre Jaydess può essere tranquillamente utilizzata anche dalle donne che non hanno mai avuto figli". Il costo? Circa 4 euro al mese, per 3 anni.

Educazione alla sessualità consapevole. "C'è una mancanza di cultura della sessualità e della contraccezione consapevole tra i giovani, ma anche tra gli insegnanti – ha concluso Scollo – per questo la Sigo presenterà al ministro della Pubblica istruzione un progetto per dare informazioni al corpo docente e trasmetterle poi a caduta tra i giovani. L'obiettivo è far cadere alcune barrire culturali che ancora esistono. Un'informazione che deve iniziare dalle scuole medie e proseguire nelle classi superiori. Il linguaggio dei ragazzi è molto semplice e non dobbiamo orientarci su questa semplicità chiarendo dubbi e dando loro certezze. L'idea è partire con il prossimo anno scolastico".

IL SONDAGGIO. Le italiane e la contraccezione

Il 19% delle donne ha affrontato una gravidanza indesiderata. In 1 caso su 3 la donna stava utilizzando un metodo contraccettivo. E solo il 16% ha affermato di sentirsi ben informata su tutti i metodi contraccettivi disponibili.

Sono questi i dati del sondaggio internazionale condotto da Gfk Health Care nel 2013 in 17 Paesi (Argentina, Australia, Austria, Belgio, Brasile, Canada, Colombia, Francia, Germania, Italia, Corea, Messico, Svezia, Svizzera, UK, Ucraina e USA) e presentato al 13° Congresso della European Society of Contraception and Reproductive Health che si è tenuto a Lisbona. In totale sono state intervistate 8.873 donne d'età compresa tra i 20 e i 30 anni. In Italia le partecipanti sono state 456, di queste 151 avevano già avuto un figlio.Dal sondaggio condotto tra le donne italiane è emerso che molte affermano di essere cresciute con falsi miti e pregiudizi sulla contraccezione. Le "bufale" più diffuse sono:il coito interrotto è un efficace sistema contraccettivo (31%); è impossibile rimanere incita durante la prima esperienza sessuale (29%); si può rimanere incinta con un bacio (11%); la Coca-Cola può funzionare come uno spermicida (7%). Al di là della pillola e preservativo, le intervistate hanno dimostrate lacune nella conoscenza di tutte le opzioni contraccettive soprattutto su sistemi intrauterini a rilascio ormonale (IUS) o i sistemi intrauterini al rame (Iud): il 37% delle intervistate non conosce lo Ius e il 41% non sa che lo Ius per essere efficace deve essere inserito nell'utero. Una donna su 5 non ha mai parlato con il proprio medico di contraccezione. Quelle che invece hanno affrontato il tema sostengono nel 36% dei casi, durante l'ultima visita, è stata consigliata la pillola. Gli altri metodi sono stati discussi brevemente (o non menzionati del tutto). I principali motivi che spingono una donna a cambiare contraccettivo sono: le raccomandazione del ginecologo (28%), la maggiore efficacia di un nuovo metodo (27%), i minori rischi di un nuovo metodo (25%) la preoccupazione per possibili effetti collaterali (21%).

Infine, alla domanda "il metodo contraccettivo che stai utilizzando si adatta perfettamente alle mie esigenze attuali?" l'1% delle intervistate si è dichiarata completamente d'accordo, il 51% parzialmente d'accordo, l'11% un po' in disaccordo e l'1% completamente in disaccordo.

A Corato il primo incontro interdisciplinare di Ostetricia Ginecologia Forense Caffè Aogoi

Tempistica e procedure in caso di eventi avversi, procedure di risk management, atteggiamenti proattivi per la riduzione del profilo di rischio, lettura critica e commentata di sentenze.

Questi alcuni dei temi trattati nel corso dell'incontro interdisciplinare di Ostetricia Ginecologia Forense organizzato per i Dirigenti Medici della Uoc di Ostetricia Ginecologia del P.O. di Corato dal segretario provinciale Aogoi della Provincia di Bari, con la partecipazione della responsabile dell'Ufficio legale Aogoi Vania Cirese.

L'auspicio è che Corato rappresenti la prima tappa di una serie di incontri itineranti nel quadro dell'iniziativa "Caffè Aogoi", finalizzata a recepire le esigenze e le criticità presenti nei vari P.O. sul territorio.
Un "format" che potrebbe essere replicato ed esportato con successo nelle varie regioni dalla nostra Associazione

Giovanni Di Vagno
Segretario provinciale AOGOI Bari

Su proposta del presidente nazionale Aogoi Vito Trojano, il 12 giugno scorso si è tenuta presso il P.O. di Corato una riunione interdisciplinare di Ostetricia Ginecologia Forense. L'incontro, organizzato e preseduto dal segretario provinciale Aogoi Bari Giovanni Di Vagno, con la partecipazione dell'Avv. Vania Cirese, responsabile del servizio legale Aogoi, ha avuto come oggetto argomenti e finalità unicamente operative e pertanto si è svolto alla sola presenza dei Dirigenti medici afferenti alla Uoc di Ostetricia Ginecologia.
Gli argomenti trattati hanno riguardato vari aspetti medico-legali e di giurisprudenza vigenti nel settore della specializzazione Ostetrica e Ginecologica nell'ambito Ospedaliero nazionale: tempistica e procedure in caso di eventi avversi, procedure di risk management, atteggiamenti proattivi per la riduzione del profilo di rischio, lettura critica e commentata di sentenze, ecc.
Sono anche state esposte tutte le varie iniziative Aogoi attive nell'ambito professionale e legale.
Nel corso dell'incontro sono state discusse e presentate le linee guida aziendali della ASL BA sulla Distocia di Spalla e della Emorragia primaria post partum. Tali Linee guida sono state elaborate dallo scrivente e quindi potrebbero essere mutuate ed utilizzate dalla Aogoi, previa autorizzazione della Asl di appartenenza, se ritenute accettabili. Di tali linee guida esiste una versione digitalizzata che permetterebbe di fornire le U.O. che ne facciano richiesta, materiali e poster riassuntivi degli algoritmi da poter utilizzare in Sala Parto per la gestione di tali eventi critici.
Nell'ambito di tale incontro inoltre è stata evidenziata la necessità che l'Aogoi continui a farsi promotrice nei vari ambiti nazionali, regionali e/o provinciali dell'adeguamento dei P.O. agli standard minimi riconosciuti da Leggi e regolamenti (Accordo Stato Regioni; Prerequisiti Regionali per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie, etc..).
Data le forti criticità e sofferenze di numerose strutture ospedaliere presenti sul territorio nazionale e regionale si suggerisce di intraprendere tale percorso migliorativo continuativo orchestrandolo con le varie Asl, Ausl e Assessorati Regionali della Salute, al fine di non sollecitare azioni detrimentali per le stesse strutture forzatamente inadempienti. Utile quindi sarebbe una cantierizzazione e un cronoprogramma nazionale di tali iniziative di supporto alle istituzioni pubbliche deputate al governo della Ospedalità nazionale e/o territoriale.

Caffè Aogoi un "format" di successo

L'evento, fortemente interattivo, ha raccolto vivo apprezzamento da parte dei presenti. L'auspicio dunque è che il "format" del Caffè Aogoi possa essere replicato ed esportato diffusamente su tutto il territorio dalla nostra Associazione, al fine di recepire, con incontri itineranti multidisciplinari integrati sul territorio, le esigenze e le criticità presenti nei vari P.O. e poter proporre su scala locale o nazionale le possibili soluzioni migliorative mediante la mobilità di professionisti tutori, di professionisti discenti, o in casi particolari, una mobilità possibilmente intraziendale della utenza selezionata.

AIUG Live Surgery: aspetti clinici e condotte terapeutiche

Il 14 maggio scorso si è svolto presso l'U.O.C. di Ginecologia-Ostetricia del P.O. di Battipaglia il corso AIUG Live Surgery sul Trattamento Chirurgico Ricostruttivo del Pavimento Pelvico. Il corso, organizzato da Davide De Vita, contempla sessioni pratiche di interventi di chirurgia funzionale e mininvasiva: una vera e propria full immersion sulle più attuali strategie terapeutiche disponibili ad oggi per la risoluzione dei diversi tipi di incontinenza urinaria

Il corso, organizzato da Davide De Vita, è uno degli eventi formativi periodici che l'Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico (ASiug), affiliata Aogoi, assegna a sedi accreditate sul territorio nazionale ed è organizzato con sessioni pratiche di interventi chirurgici uro-ginecologici rivolti a specializzandi e specialisti in Ginecologia ed Urologia. Tale formula ha riscontrato un notevole successo di affluenza, esprimendo un elevato spessore scientifico e didattico di chirurgia innovativa in uroginecologia, con una vera e propria full immersion sulle più attuali strategie terapeutiche disponibili ad oggi per la risoluzione dei diversi tipi di incontinenza urinaria.

Sono stati effettuati 5 interventi chirurgici con la seguente sequenza: TVT-O (operatore De Vita), TVT abbrevo (operatore De Vita), Miniarc (operatore Pisapia Cioffi), TVT retropubica con cistoscopia, associata ad isteropressi protesica ai legamenti sacro-spinosi con correzione di elitrorettocele Single Incision (operatore De Vita) ed infine una regolazione Remeex per incontinenza urinaria tipo 3 (operatore De Vita).
Il training in sala operatoria ha visto impegnati ben 4 specializzandi provenienti dall'Università di Palermo, dalla Seconda Università di Napoli e dall'Università Federico II di Napoli, oltre ad altri 4 specialisti che hanno avuto tutti la possibilità di partecipare e assistere agli interventi chirurgici direttamente in sala operatoria.
Gli interventi sono stati seguiti, mediante collegamento Live-Surgery nella sala congressuale sita nell'UO di Ginecologia, da ben 66 medici ginecologi ed urologi che hanno partecipato interagendo con gli operatori e rendendo l'evento altamente didattico. Nel workshop meeting pomeridiano sono stati mostrati i video degli interventi effettuati e relazioni sullo stato dell'arte dei diversi topic trattati.
L'estremo interesse scientifico dei relatori è stato confermato dall'elevata affluenza fino al termine dell'evento; inoltre, come ultima nota positiva, sono stati rispettati rigorosamente i tempi degli interventi, rendendo l'evento scientificamente corretto e praticamente più fluido.

CAPRI FOCUS ON

La Fondazione Confalonieri Ragonese al servizio della ginecologia italiana

Nel corso dell'ultima giornata del IV Corso interattivo di Ostetricia e Ginecologia, svoltosi a Capri dal 15 al 17 maggio, il professor Fabio Sirimarco, direttore del Corso e neo presidente della Fondazione Confalonieri Ragonese, ha illustrato visione e obiettivi del suo mandato alla guida della Fondazione: uno strumento per "ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici elaborati dalle società scientifiche Sigo-Aogoi-Agui"

"Un luogo dove sviluppare un percorso di valorizzazione del pensiero ginecologico"

Fabio Sirimarco
Presidente Fondazione Confalonieri Ragonese

La Fondazione Confalonieri Ragonese vuole essere un luogo nel quale sviluppare un percorso di valorizzazione del pensiero ginecologico, attraverso la sintesi delle conoscenze in materia scientifica, assistenziale e legislativa. Tale attività si esprimerà con la produzione costantemente aggiornata di documenti che possano supportare i professionisti nel loro agire e contestualmente orientare le Istituzioni per le scelte che sono chiamate a compiere in campo normativo.

L'obiettivo che la Fondazione si prefigge è quello di ottimizzare percorsi diagnostico-terapeutici elaborati dalle società scientifiche Sigo-Aogoi-Agui, senza trascurare la possibilità da parte di Istituzioni pubbliche e Aziende private di commissionare studi su tematiche specifiche.

In accordo con la terminologia adottata dalla comunità scientifica internazionale, la produzione documentale della Fondazione sarà costituita da:

1. Dichiarazioni: indicazioni per la buona pratica clinica su temi che verranno sollevati dalle Societ‡ Scientifiche e che dovranno tenere conto di una loro immediata applicabilit‡ ai contesti lavorativi. Esprimono il consenso dei partecipanti al gruppo di studio intorno ad una posizione comune.
2. Opinioni: documenti che esprimono la posizione di SIGO-AOGOI-AGUI su argomenti di attualit‡ in campo scientifico, orientati a fornire un'indicazione per il presente ma anche un orientamento per le procedure future.
3. Linee Guida: risultato di un lavoro collettivo di esame su specifiche condizioni, allo scopo di fornire al professionista ed alle Istituzioni raccomandazioni sul processo decisionale. Esse, per definizione, non sono vincolanti e non devono condurre ad un comportamento clinico obbligatorio; devono piuttosto, attraverso lo studio sistematico della produzione scientifica esistente, fornire un supporto decisionale a scelte che comunque tengano conto delle condizioni e necessit‡ del paziente, del contesto nel quale si opera e delle risorse disponibili.

Carcinoma ovarico e della cervice

Chirurgia ginecologica: le nuove frontiere

Si è svolta a Campobasso, dal 9 all'11 giugno, la tre giorni dedicata alla Ginecologia chirurgica oncologica con focus sul trattamento dell'endometriosi profonda e del carcinoma ovarico e della cervice. La formula "interattiva" del corso, con chirurgia dal vivo, letture e discussioni, che hanno coinvolto i partecipanti e i maggiori esperti nazionali e internazionali del settore, hanno reso l'evento, organizzato da Giovanni Scambia e Vito Chiantera, particolarmente interessante

Si è svolto a Campobasso, presso la Fondazione Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, il Corso integrato: Nuove frontiere in chirurgia ginecologica, presidente Giovanni Scambia e responsabile scientifico Vito Chiàntera. La tre giorni ha affrontato i temi più innovativi nel campo della chirurgia oncologica e della chirurgia pelvica profonda, con una approfondita discussione sulle strategie chirurgiche più innovative e sui diversi approcci alle patologie della sfera genitale che ha visto una forte interazione tra i maggiori esperti del settore in ambito nazionale e internazionale e i partecipanti.

Al centro di ogni giornata, caratterizzata ognuna da un mix di letture magistrali, interventi scientifici e live surgery, tre hot item: la chirurgia ultraradicale del carcinoma ovarico avanzato, il trattamento multimodale del carcinoma della cervice e l'endometriosi pelvica profonda.

Al termine di ogni giornata i partecipanti hanno avuto la possibilità di visionare nuovamente gli interventi chirurgici proposti in diretta e di discutere l'intero percorso e le relative scelte di trattamento. Con un ritorno immediato in termini di conoscenze specifiche "immediatamente applicabili".

Convegno Regionale AOGOI Piemonte - Valle D'Aosta

Il Parto: dove, quando, come e perché

Novara
Camera di Commercio di Novara
Giovedì 18 settembre 2014

Presidenti del Convegno:
V. Trojano, R. Jura,
D. Salvatores, L. Leo

L'evento, accreditato per n. 6 ore formative, è destinato a 250 partecipanti. Figure professionali accreditate: Medico Chirurgo: Ginecologia, Ostetricia, Medicina Generale (Medici di famiglia), Neonatologia, Pediatria, Neuropsichiatria infantile, Anestesia e Rianimazione, Medicina Legale, Infermiere Pediatrico, Ostetrico.

L'iscrizione è gratuita, riservata a 250 partecipanti, e comprende: accesso ai lavori scientifici, attestato di partecipazione, coffee Break, Lunch Buffet, materiale congressuale.

Modalità di iscrizione: è possibile iscriversi entro il 05/09/2014, salvo esaurimento dei posti disponibili, accedendo al sito www.congressiefiere.com/ pagina Congressi e Corso - iscrizione on line.

Razionale Quando la gravidanza finisce prima del tempo inizia un percorso che la madre e il bimbo devono affrontare insieme, un percorso lungo e non privo di difficoltà. Dobbiamo riuscire ad assicurare ai nati pretermine le migliori cure ovunque si nasca nel territorio del Piemonte e della Valle d'Aosta per garantire alla "famiglia pretermine" un sistema assistenziale appropriato basato sull'integrazione dei servizi territoriali e sull'uniformità nella scelta terapeutica. La stretta collaborazione principalmente dell'ostetrica con il ginecologo, con il neonatologo e con l'anestesista deve portare a una gestione multidisciplinare dell'evento patologico ognuno, con funzioni e ruoli concordati per garantire le cure più efficaci e promuovere e migliorare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza degli interventi assistenziali in questo delicato percorso nascita.L'obiettivo principale del congresso è di riunire gli attori della sala parto per un confronto costruttivo e un approfondimento delle attuali conoscenze. Si affronterà il tema del parto pretermine, del parto nelle anomalie della placentazione. Seguirà un up-date sulla responsabilità medico-sanitaria. Infine l'ultima sessione sarà dedicata alle novità nella terapia ormonale.

Il pieghevole preliminare è disponibile all'indirizzo www.aogoi.it/ sezioni/risorse/settembre2014/aogoi-piemonte-settembre-2014.html

Per ulteriori informazioni:
Segreteria Organizzativa CCI - Centro Congressi Internazionale,
Elena Mercuri
Tel. 011.2446926
elena.mercuri@congressiefiere.com

AIO: nasce l'Osservatorio nazionale per la sindrome da burnout e malattie professionali

Antonella Marchi
Presidente AIO
Sara Villani
Responsabile Osservatorio Burnout AIO

Partendo dalla consapevolezza che il contesto lavorativo in cui operiamo richiede un forte coinvolgimento emotivo e professionale, soprattutto in questo momento storico di grave carenza di ostetriche, e che parte del malessere che si riscontra all'interno della nostra categoria è per molti aspetti collegabile al complesso fenomeno del burnout, l'Aio ha sentito l'esigenza di costituire un Osservatorio nazionale finalizzato a focalizzare l'attenzione sullo stress da lavoro correlato e malattie professionali in ambito ostetrico

Il termine burnout, tradotto in italiano con espressioni come "bruciato", "scoppiato" o "esaurito", si riferisce a una patologia in costante e graduale aumento tra i lavoratori dei paesi occidentalizzati a tecnologia avanzata che si manifesta soprattutto in quelle professioni con implicazioni relazionali molto accentuate. Il burnout viene definito come una sindrome multifattoriale, caratterizzata da un rapido decadimento delle risorse psicofisiche e da un peggioramento delle prestazioni professionali. Nel 1975 la psichiatra americana Christina Maslach utilizza questo termine per indicare una patologia comportamentale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale e lo definisce come: "La sindrome da esaurimento emotivo, da depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale che può presentarsi in soggetti che per professione lavorano a contatto con esseri umani, a volte con problemi o motivi di sofferenza". Le professioni più a rischio di andare incontro al burnout sono le cosiddette "helping professions" o le "high-touch" - categoria di operatori che offrono educazione, sostegno e cure alle persone in difficoltà, come operatori sociali, medici e infermieri, psicologi e psicoterapeuti, insegnanti, pompieri, poliziotti, assistenti sociali.

Burnout: cause e sintomi

Tra le cause specifiche del burnout, la Maslach individua il sovraccarico e la mancanza di controllo sul proprio lavoro, le gratificazioni insufficienti, il crollo del senso di appartenenza, l'assenza di equità, come la scarsa remunerazione, e descrive le tre dimensioni tipiche del burnout:

- **esaurimento**: è la reazione allo stress prodotto da eccessive richieste di lavoro o da cambiamenti significativi. Una persona sente di aver oltrepassato il limite massimo sia a livello emozionale che fisico;
- **cinismo**: quando una persona assume un atteggiamento freddo e distaccato nei confronti del lavoro e delle persone con cui interagisce al fine di ridurre al minimo il proprio coinvolgimento;
- **inefficienza**: quando in una persona cresce la sensazione di inadeguatezza, qualsiasi progetto nuovo viene vissuto come opprimente, si perde la fiducia nelle proprie capacità e in sé stessi. Clinicamente i sintomi del burnout sono molteplici, richiamano i disturbi dello spettro ansioso/depressivo e sottolineano la particolare tendenza alla somatizzazione, allo sviluppo di disturbi comportamentali e cambiamenti di atteggiamenti con le utenti. Questi sintomi si configurano come la "risposta data ad una situazione di lavoro sentita come intollerabile" e il conseguente risultato di questa convinzione è il tentativo di fuggire psicologicamente dalla situazione e di allontanare ulteriori tensioni e disagi attraverso atteggiamenti di distacco.

Antonella Marchi

Sara Villani

Perché un Osservatorio nazionale

Partendo dalla consapevolezza che il contesto lavorativo in cui operiamo richiede un forte coinvolgimento emotivo e professionale, soprattutto in questo momento storico di forte carenza di ostetriche, e che parte del malessere riscontrabile all'interno della nostra categoria rientra per molti aspetti in questo fenomeno, l'A.I.O. ha sentito l'esigenza di costituire un Osservatorio nazionale per la sindrome da burnout e malattie professionali, finalizzato a focalizzare l'attenzione sullo stress da lavoro correlato in ambito ostetrico.
Come primo passo, abbiamo deciso di analizzare il fenomeno attraverso il Maslach Burnout Inventory (MBI), un questionario validato a livello mondiale che considera il fenomeno del burnout non come una variabile dicotomica che è presente o assente, ma come una "variabile continua dal basso, moderato ad alto grado di sentimenti provati". Il questionario è composto da 22 item dove apposite sottoscale misurano i tre aspetti della sindrome:

- **Esaurimento emotivo (EE)**
- **Depersonalizzazione (DP)**
- **Ridotta Realizzazione personale (RRP)**

La sottoscala EE esamina quanto il soggetto sente di essere inaridito emotivamente ed esaurito nel proprio lavoro, la sottoscala DP valuta il comportamento del soggetto intervistato nei confronti dell'utente del servizio e la sottoscala RRP misura la sensazione di competenza che avverte il soggetto e il desiderio di successo nel lavorare con gli altri
Sintomi da Burnout. Tra le variabili correlate alla sindrome del Burnout la letteratura scientifica riconosce la fatica fisica, il ruolo di sostegno, la relazione con le persone gravemente malate, la gestione pratica del lavoro e la burocratizzazione del lavoro. Quanto alla sintomatologia:

- **sintomi aspecifici** quali senso di stanchezza ed esaurimento,

300 giornate di consulenza in farmacia

AIO partecipa ad un progetto organizzato dall'Agenzia "OttosuNove" per dare visibilità alle ostetriche libere professioniste e contrastare il fenomeno dell'abusivismo

Stiamo partecipando ad un evento che sarà attivato nei mesi di settembre-ottobre-novembre 2014 e che prevede la presenza di un'ostetrica nelle farmacie di tutta Italia con il fine di far conoscere alla popolazione femminile, chi è la professionista ostetrica.
Il Progetto "300 giornate in farmacia" non ha alcuna finalità commerciale: l'unico scopo è quello di promuovere la figura dell'ostetrica presso la popolazione femminile di ogni età e di educare a una corretta igiene intima, rispondere a quesiti, curiosità, richieste inerenti a problematiche adolescenziali piuttosto che alla gravidanza ed alla menopausa.
Come partecipare. Le ostetriche libere professioniste socie Aio interessate a partecipare al Progetto possono inviare una e-mail ad aiopresidenza@aogoi.it indicando nome, cognome, e-mail, cellulare di riferimento e scrivendo nell'oggetto: "300 GIORNATE IN FARMACIA"
Raccoglieremo i nominativi e l'agenzia "OttosuNove" in seguito alla selezione dei curriculum, vi inviterà a partecipare ad uno dei quattro incontri di formazione per la preparazione dell'evento e la sua organizzazione sul territorio.
www.associazioneitalianaostetricia.it
A breve sarà disponibile sul nostro sito una sezione dedicata alle libere professioniste iscritte all'Aio!
Sara Bellini *Referente Libera Professione A.I.O.*

DISPONIBILE SUL SITO WWW.ASSOCIAZIONEITALIANAOSTETRICIA.IT IL PRIMO NUMERO DI MAIEUTIKOS IL NUOVO E-JOURNAL DELL'AIO

SU QUESTO NUMERO:

- Misurare la complessità assistenziale nelle aree di Ostetricia e Ginecologia
- La manovra di Kristeller: dalla storia alle evidenze scientifiche
- *Nuovi sviluppi professionali.* Per la prima volta in Italia, l'ostetrica sulla scena del crimine: sexual assault!
- Esiti clinici e assistenza appropriata: studio osservazionale sulle donne con travaglio a basso rischio ostetrico presso l'Ospedale Infermi di Rimini
- Core competence dell'ostetrica/o in area chirurgica e anestesiologica
- Il dolore perineale dopo il parto per le vie naturali: indagine conoscitiva in un gruppo di puerpere
- L'Ostetrica e lo screening del carcinoma della cervice uterina
- Il ruolo dell'ostetrica nell'accompagnamento alla gravidanza e al parto di donne con un disturbo del comportamento alimentare
- Il partogramma: indagine conoscitiva nei punti nascita lombardi
- Obesità: gravidanza e parto
- Origini prenatali e perinatali dell'obesità infantile: indagine conoscitiva sui fattori di rischio in un gruppo di donne in gravidanza e in puerperio

apatia, nervosismo, insonnia, senso di irrequietezza;

- **sintomi somatici** con insorgenza di vere e proprie patologie, quali ulcere, cefalee, aumento o diminuzione ponderale, disturbi cardiovascolari, difficoltà sessuali;
- **sintomi psicologici** quali depressione, scarsa stima di sé stessa, senso di colpa, sensazione di fallimento, rabbia, risentimento, irritabilità, aggressività;
- **reazioni comportamentali sul luogo di lavoro** quali assenze e/o ritardi frequenti, alta resistenza ad andare al lavoro quotidianamente, tendenza ad evitare contatti telefonici e a rinviare appuntamenti, scarsa creatività, isolamento, sensazione di immobilismo, sospetti e paure, rigidità di pensiero e resistenza ai cambiamenti;
- **cambiamento dell'atteggiamento nei confronti delle utenti** che si traduce in indifferenza, negativismo, difficoltà nelle relazioni con gli altri, sia sotto l'aspetto professionale sia sotto quello personale, cinismo, atteggiamento colpevolizzante nei confronti delle assistite e critico nei confronti delle colleghe. Abuso di psicofarmaci e talvolta alcool.

Una malattia professionale che toglie energia

Alla luce di ciò, si può concludere che la sindrome da Burnout è una malattia professionale che toglie energia ai professionisti con gradualità costante finché la persona non riesce più a riprendersi ed esprime un deterioramento che interessa non solo il fisico ma anche la dignità e la volontà. Per malattie professionali si intendono quelle patologie correlate al lavoro e quindi causate dall'attività professionale e il cui onere della dimostrazione ricade sul professionista.

Allo stato attuale il Burnout non è riconosciuto dall'Inail in modo specifico ed è per questo che vogliamo raccogliere, attraverso l'Osservatorio, quanta più documentazione su questa patologia da fornire all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione auspicandone l'inserimento tra i disturbi psichici da "costrittività lavorativa". Tanto più che il Decreto del Ministro del lavoro e le politiche sociali del 27 aprile 2004, aggiornando l'elenco delle patologie per le quali il medico ha l'obbligo di denuncia all'INAIL ha inserito tra i nuovi agenti patogeni anche le "disfunzioni dell'organizzazione del lavoro e le malattie connesse". Sino ad allora si continuerà a considerare la Sindrome del Burnout come una comune malattia con quelle garanzie assicurate, all'operatore sanitario da essa colpito, dalla contrattazione collettiva di lavoro: le assenze per malattia, tutelate nei limiti previsti dai diversi CCNL di settore.

Il modo migliore per prevenire il Burnout è sicuramente quello di puntare sulla promozione dell'impegno nel lavoro e sulla formazione continua per aumentare l'impegno, l'energia, il coinvolgimento e l'efficacia dei professionisti.

Sul sito AIO è disponibile un test che a breve sarà possibile inviare online.

I nuovi segretari regionali AIO

Svitlana Ilchenko

Anna Paola Caruso

Cristina Panizza

Rosanna De Serio

Antonella Di Matteo

A.I.O. EMILIA ROMAGNA
SVITLANA ILCHENKO
Ostetrica presso U.O. Ostetricia-Ginecologia dell'Ospedale di Pavullo nel Frignano (Mo) - AUSL Modena. Partecipa alla raccolta dati per una ricerca sull'Utilizzo delle metodiche della medicina non convenzionale, per il contenimento del dolore in travaglio-parto. Ilchenko attualmente sta organizzando l'evento formativo per i soci A.I.O. Emilia Romagna "Il Counselling per la salute riproduttiva e sessuale"

A.I.O. CALABRIA
ANNA PAOLA CARUSO
Ostetrica presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza; Membro del Consiglio Direttivo. Caruso ha organizzato l'evento formativo per i soci A.I.O. Calabria "Il Counselling per la salute riproduttiva e sessuale", tenutosi a Cosenza il 22 febbraio scorso. Un evento che ha riscontrato molto successo tra le colleghe e ha contribuito ad aprire il dibattito sul tema.

A.I.O. VENETO
CRISTINA PANIZZA
Ostetrica presso il Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della riproduzione umana dell'Università di Padova; Tutor-Pratico e Docente nel Cdl di Ostetricia presso l'Università Studi di Padova
Panizza ha organizzato due eventi formativi per i soci A.I.O. Veneto su "Il Counselling per la salute riproduttiva e sessuale"

A.I.O. MARCHE
ROSANNA DE SERIO
Ostetrica presso Asur Marche A.V. 5, sede di San Benedetto del Tronto; Docente universitaria presso l'Università Politecnica delle Marche del Corso di Laurea di Ostetricia. De Serio ha partecipato ad attività di ricerca su Studi epidemiologici per la "Valutazione efficacia dei corsi di accompagnamento alla nascita per la riduzione dell'incidenza dei tagli cesarei" presso l'Asl Abruzzo e Asur Marche e a Studi retrospettivi sull'incidenza di emorragie post partum e progettazione percorsi organizzativi interni aziendali per la prevenzione della mortalità materna. Sta organizzando l'evento formativo per i soci A.I.O. Marche "Il Counselling per la salute riproduttiva e sessuale" .

A.I.O. ABRUZZO
ANTONELLA DI MATTEO
Coordinatore Didattico Clinico del Corso di Ostetrica Università degli Studi "G. D'Annunzio" di Chieti, Di Matteo è stata riconfermata Segretario regionale

¿

Quante domande ha la futura mamma prima del parto?

Potrò scegliere la posizione durante il parto?
Cosa devo mettere in valigia?
Chi mi guiderà nell'allattamento?
Cosa succederà in ospedale?

L'Ospedale ha un ruolo centrale nel dare risposte chiare e aggiornate

Mummyday è la prima community sul parto che ti permette di comunicare direttamente con le mamme e i papà

Richiedi gratis la tua username e password

entra nella tua area riservata
per poter inserire documenti, foto del reparto
e ogni informazione utile ai futuri genitori

Richiedi: info@mummyday.com
www.mummyday.com

mummyday®

▶ Segue da pagina 17

Costruire una "cultura di coppia" anche per gli specialisti ginecologi e urologi

formazione. In uno studio condotto tra gli specializzandi degli ultimi anni di corso di ostetricia e ginecologia negli Usa solo il 20% di questi ha dichiarato di indagare regolarmente la salute sessuale della coppia; la maggior parte degli specializzandi ha dichiarato inoltre di non conoscere e di essere in difficoltà nell'utilizzo dei questionari impiegati per la valutazione delle disfunzioni sessuali. **Vi è quindi la necessità di formare gli specialisti su tale tematica.**

LE FINALITÀ DEL PROGETTO AOGOI-SIU

È questo il contesto in cui si colloca il progetto "Dipartimenti del Benessere di Coppia", un progetto istituzionale che nasce sotto l'egida delle due Società Scientifiche Aogoi e Siu con l'obiettivo di fungere da volano per un cambiamento culturale nell'approccio alla diagnosi e gestione delle più importanti, nonché comuni, patologie e disturbi sessuali della coppia.

Specificatamente gli obiettivi dell'iniziativa sono:

- offrire alle coppia un'occasione di valutazione da parte di specialisti della problematica di coppia;
- costruire una "cultura" di coppia anche per gli specialisti ginecologi e urologi.

I DBC saranno centri di riferimento per la gestione e la cura delle patologie e dei disturbi sessuali della coppia, quali le disfunzioni erettili (DE) l'eiaculazione precoce, l'anorgasmia e le altre disfunzioni maschili e femminili (v. la figura 1 per un confronto tra la classificazione in accordo al DSM IV e DSMV delle disfunzioni sessuali), e le malattie sessualmente trasmesse, con una particolare attenzione agli aspetti di prevenzione e al loro impatto sulla vita di coppia. Le patologie e i disturbi sessuali saranno approcciati sempre 'in coppia'. (Tabella a cura del Dott. Roberto Bernorio, in pubblicazione sul numero speciale di *GynecoAogoi*)

L'innovatività del progetto è proprio quella di far lavorare insieme i ginecologi e gli urologi che dovranno "visitare" insieme la coppia e non ciascuno nel proprio studio la donna e il maschio, quantomeno nel momento di raccolta dell'anamnesi di coppia e successivamente ad eventuali visite (ginecologica e urologica) che potranno avvenire separatamente.

CULTURA E COMPETENZA

I Dipartimenti dovranno essere dei "trasmettitori" di cultura e di competenza: accanto all'attività assistenziale si faranno parte attiva nell'organizzazione di incontri con i medici specialisti e di medicina generale in modo da creare "un nuovo modo di pensare al benessere sessuale". Con il progetto dei Dipartimenti deve passare un modello che pone al centro il rinnovamento di una cultura che, prima di essere una nuova cultura politica e sociale, è soprattutto una nuova cultura medica. Una "nuova rivoluzione sessuale" (*patient-oriented/couple-oriented*) che riguarderà molto la donna e il suo ruolo attivo nel rivolgersi, come coppia, agli Specialisti di competenza - donna peraltro già abituata ad avere nel proprio ginecologo un punto di riferimento in termini di prevenzione e cura. Questa è una delle ragioni per cui Aogoi e Siu hanno deciso di avviare "insieme" questo interessante progetto "per e con la coppia" che si pone come priorità quella di un cambiamento culturale della salute e del benessere sessuale della coppia in senso lato. Y

▶ Segue da pagina 17

presso gli ambulatori medici del territorio e presso le Farmacie, nonché di una cartella clinica comune.

Spot valoriale

Lo spot basato sulle testimonianze atte a individuare il valore dell'apertura dei Dipartimenti del Benessere di Coppia sarà presentato in occasione della Conferenza Stampa e diffuso in Rete.

www.dipartimentibenesserecoppia.it

Il sito web del progetto sarà uno dei principali punti di riferimento per reperire tutte le informazioni utili e far conoscere i servizi e le sedi presso le quali vengono istituiti questi nuovi centri d'eccellenza. Per un'informazione più completa, il sito pubblicherà anche l'elenco e i riferimenti di tutti i centri specialistici Aogoi e Siu già presenti sul territorio, illustrando in dettaglio i servizi offerti e le modalità di accesso ai Dipartimenti (prenotazione delle visite e contatti con gli specialisti del DBC).
È prevista altresì la possibilità di attivare un sistema di prenotazione online.

Materiale informativo

I materiali informativi sull'attività dei DBC saranno posizionati presso i singoli Dipartimenti in appositi espositori, collocati nei punti di attesa attigui all'"ambulatorio per la coppia". All'interno del Dipartimento sarà posizionato un poster del progetto e dei servizi offerti in quella sede e l'area dedicata sarà personalizzata. Presso gli studi medici di ginecologi, urologi e medici di medicina generale nonché presso le farmacie saranno distribuiti opuscoli informativi sulle principali patologie di coppia per una maggiore sensibilizzazione della popolazione.

Cartella clinica

Tutti i DBC utilizzeranno, previa autorizzazione da parte delle rispettive Direzioni sanitarie, una comune cartella clinica.

remifemin®

SPEGNE I DISTURBI DELLA MENOPAUSA
Efficacia e sicurezza inimitabili

remifemin®, grazie ad un sistema di estrazione brevettato, **garantisce:**
✓ **efficacia sui sintomi climaterici**
✓ **assenza di ormoni e/o fitoestrogeni**
✓ **protezione su apparato genitale e seno**
✓ **sicurezza per il tessuto epatico**

remifemin® è il prodotto a base di *Cimicifuga racemosa* più studiato e documentato al mondo.
Leader di mercato, è distribuito in 28 Paesi e in tutti i continenti del mondo.

remifemin®
la natura al suo meglio!

Chiedilo al tuo medico o al tuo farmacista.

OMEOPIACENZA
Via G. Natta, 28 - 29010 Pontenure (PC)
www.pharmextracta.com - info@pharmextracta.com
PharmExtracta®
PharmExtracta in ginecologia

Libri

Un compendio di completezza e rigore scientifico. Con un orientamento di umanesimo legato alla nostra professione

Questo monumentale volume fornisce una visione comprensiva di tutti gli aspetti della medicina e della chirurgia della riproduzione umana

A presentare questo prezioso Trattato di Giovanni B. La Sala sono Ettore Cittadini e Carlo Flamigni, due Maestri che incarnano le Scuole Italiane più prestigiose nell'ambito dell'infertilità umana e della Procreazione Medicalmente Assistita.
È cosa facile, dalla consultazione dell'opera, affermare che La sala e il suo Gruppo di Reggio Emilia si inseriscono nel novero di coloro che, con una consolidata esperienza, possono offrire a chi ne sia interessato i fondamenti clinici e didattici di una scuola.
Per cogliere l'essenza del testo non può esservi altra strada che citare Cittadini e Flamigni. "Che dire di quest'opera? Impressionano già a prima vista la ricchezza e la completezza degli argomenti trattati, la competenza è scontata e altissima. Questo monumentale volume fornisce una visione comprensiva di tutti gli aspetti della medicina e della chirurgia della riproduzione umana: scienze di base, fisiopatologia, diagnosi clinica e per immagini e approcci terapeutici medici e chirurgici" (E. Cittadini).
"Questo libro si propone anche come un primo passo per la moralizzazione di un settore medico che sta rischiando di commettere errori inespiabili, dimenticando che la medicina, la cura delle persone, non può accettare che operino nelle sue fila persone che non conoscono il significato e il valore morale della compassione, della capacità di saper soffrire con gli altri e di sapersi mettere al servizio della sofferenza." (C. Flamigni).
Un compendio di completezza e rigore scientifico con un orientamento di umanesimo legato alla nostra professione; queste le caratteristiche di un testo da tenere non tanto come sporadica consultazione ma da guida nell'operare.
Presentare ai Soci Aogoi l'opera di Giovanni B. La sala e del suo Gruppo è un riconoscimento per chi si pone come sicuro punto di riferimento culturale per noi tutti e di prestigio per l'Associazione.
Pasquale Pirillo

Giovanni Battista La Sala
Giovanni Colpi
Stefano Palomba
Alessia Nicoli
Leonardo De Pascalis
Maria Teresa Villani

INFERTILITÀ UMANA
PRINCIPI E PRATICA
Volume rilegato
Pagine 1020, 40 Sezioni, 1
76 Capitoli
Edizioni EDRA, Milano 2014
€ 99,00
Prenotazioni
Roberta Di Carlo
(R.DiCarlo@lswr.it)
Ufficio Ordini EDRA
(ordini@lswr.it)

PROMOZIONE SPECIALE PER I SOCI AOGOI

Gli iscritti Aogoi potranno usufruire di uno sconto particolare per l'acquisto del manuale scaricando dal sito www.aogoi.it, nell'area riservata ai soci, un coupon che darà diritto al 15 per cento di sconto sul prezzo di copertina.
Inoltre, un buono sconto del 25 per cento verrà offerto ai partecipanti al prossimo congresso nazionale di Cagliari in occasione dei lavori congressuali.

▶ Segue da pagina 7

Cirese: "Anche in altri paesi la situazione non è rosea ma più tutele per i professionisti"

si si procede giudizialmente. In Italia, nella ricostruzione giudiziaria della vicenda, non viene quasi mai preso in esame un disservizio o una disfunzione organizzativa della struttura sanitaria. Si continua ad aprire le indagini, sempre e comunque, sulla colpa professionale del singolo medico o dell'equipe e, nel processo penale, il medico non può portare in giudizio il deficit organizzativo dell'ospedale a suo discarico.
Nei sistemi di Common law come in **Gran Bretagna** il rimprovero di "negligence" rispetto all'agente modello ("competent doctor") chiama in causa la prova di "gross negligence" (colpa grave) per la rilevanza penale della condotta. Inoltre l'azione penale non è obbligatoria e la pubblica accusa rinvia a giudizio solo i casi di rilevante interesse pubblico per i quali è veramente sostenibile l'accusa in giudizio (prognosi di condanna). Non c'è possibilità per il paziente di costituirsi parte civile nel processo penale.
In **Francia**, per i dipendenti di ospedali pubblici, risponde sempre la struttura (davanti al giudice amministrativo) e sono ravvisabili 3 tipi di risarcimento: a carico dell'ente, per fatto colposo del medico dipendente pubblico; per difetto organizzativo e funzionale che abbia cagionato un danno al paziente; per danno al paziente non derivante da condotte colpose né dell'ente né del sanitario che chiama in causa il fondo di solidarietà nazionale per le vittime (ONIAM) da alea terapeutica (L. 4/3/2002 art.1142 cpp). Anche il **Belgio** ha introdotto la previsione di un fondo vittime per i pazienti gravati da danni non riconducibili a colpa del personale medico o difetti organizzativi.
La struttura e non il medico ha l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure con la dovuta organizzazione di mezzi e persone. **Per questo, non c'è dubbio che occorra:** 1) identificare ed evitare carenze strutturali ed organizzative che causano danni ai pazienti; 2) introdurre sistemi di monitoraggio e gestione del rischio clinico decentrati e raccordati per la fruizione dei dati a livello locale, nazionale ed europeo negli Stati Ue; 3) istituire un'agenzia al livello Ue per il monitoraggio e riduzione dei rischi ed eventi avversi.
Le istituzioni dell'UE devono contribuire sul piano legislativo e operativo all'omogeneità dei sistemi di monitoraggio e reporting degli eventi avversi. A tal fine è auspicabile: a) un omogeneo sistema di clinical risk-management e assicurativo; b) un'uniformità di valutazione medico-legale dei danni negli Stati membri dell'Ue; c) un'Agenzia Europea per il monitoraggio rischio clinico; d) un'Autorità europea per la sicurezza delle cure (modello EFSA).
La Corte Europea ha ribadito che dall'art. 2 CEDU discende l'obbligo degli Stati membri di mettere in atto un quadro regolamentare che imponga agli ospedali sia pubblici che case di cura, l'adozione di misure adeguate per assicurare la protezione della salute e della vita dei pazienti e sistemi che permettano di accertare le cause dei decessi o di danni gravi ai pazienti.
La Corte infine ha ribadito che "la conoscenza dei fatti e degli errori eventualmente commessi nell'amministrazione delle cure è essenziale per permettere alle strutture e al personale medico di rimediare ai potenziali difetti e prevenire errori simili". Y

Addio a Mario Sideri

Ci mancherà tanto la sua competenza quanto il suo sorriso

Mario Sideri ci ha lasciato tragicamente la sera del 28 giugno scorso.
È una gravissima perdita per la ginecologia italiana e per l'Aogoi, di cui era socio, un indicibile dolore per la sua famiglia, un motivo di sconforto per i suoi tanti amici ed estimatori.
Mario Sideri era innanzitutto un uomo buono; la sua disponibilità, il suo tratto affabile e gentile erano la sua migliore presentazione; il suo impegno professionale in favore della salute delle donne resterà nelle menti di quanti ne hanno tratto beneficio e di tutti coloro che hanno avuto occasione di apprezzarlo. La sua passione per lo studio, il suo impegno scientifico lo avevano fatto ammirare sin da giovane; era per questo riconosciuto nel consesso scientifico internazionale come una grande personalità del nostro Paese ed uno dei maggiori esperti nel suo campo. Ci mancherà tanto la sua competenza, la sua capacità di trovare sempre la migliore soluzione scientifica, la sua dedizione a una professione che egli ha vissuto con serenità e con entusiasmo. Ma ci mancherà tantissimo il suo sorriso, la sua bonomia, la sua umana simpatia, la sua semplicità.
Chi ha avuto il privilegio di collaborare con Mario Sideri non può certo dimenticare la sua capacità e la sua bravura anche di fronte a situazioni difficili; chi ha avuto fino a pochi giorni prima della sua scomparsa la possibilità di parlare con lui, confrontarsi professionalmente, discutere casi e valutazioni scientifiche, porterà sempre con se il ricordo di una grande mente, di una bella persona, di un grande medico.
Mario Sideri resterà sempre nella grande famiglia della ginecologia italiana e nel ricordo della sua Associazione, l'Aogoi.
(Carlo Maria Stigliano)

Un medico-scienziato conosciuto e amato dai colleghi, dagli studenti e dalle pazienti

Come socio Aogoi ha sempre generosamente garantito il suo contributo brillante e innovativo con idee sempre originali e insegnamenti di grande valore clinico a tutte le manifestazioni organizzate dalla nostra Associazione.
È tragicamente scomparso all'età di 61 anni Mario Sideri uno dei pionieri della ginecologia preventiva oncologica italiana e Direttore dell'Unità di medicina preventiva dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano.
È deceduto un pomerigggio del 28 giugno mentre percorreva da appassionato motociclista una strada appenninica in Val D'Aveto. Mario Sideri è considerato il pioniere delle ricerche sull'Hpv e della promozione della vaccinazione, ma la sua attività di ricerca ha abbracciato numerosi settori della ginecologia oncologica. La terminologia colposcopica attualmente adottata in tutto il mondo lo ha visto come coautore nel comitato internazionale che l'ha redatta, così come la nomenclatura delle precancerosi vulvari.
Per primo ha proposto l'utilizzo dei dispositivi intrauterini medicati al progesterone per il trattamento delle iperplasie atipiche e di alcune forme iniziali di carcinoma dell'endometrio.
Fondamentali sono stati i suoi studi sull'interessamento linfonodale nei tumori della vulva.
Come socio Aogoi ha sempre generosamente garantito il suo contributo brillante e innovativo con idee sempre originali e insegnamenti di grande valore clinico a tutte le manifestazioni organizzate dalla nostra Associazione.
Nel servizio di colposcopia e patologia vulvare da lui diretto a Milano era sempre possibile, nonostante l'affollamento di studenti provenienti da tutta Italia, trovare posto per inviare un collega ad approfondire e perfezionare le proprie conoscenze.
È sempre stato chiamato a ricoprire cariche dirigenziali in molte società scientifiche italiane e internazionali tra cui ricordiamo, tra le numerose, la Federazione internazionale delle società di colposcopia e patologia cervicale (Ifcpc) e la società internazionale per lo studio della patologia vulvare (Issvd). È autore di oltre 100 pubblicazioni su riviste prevalentemente internazionali e ha collaborato alla stesura della roadmap europea Eurogin 2011 per la prevenzione e il trattamento delle patologie Hpv correlate.
In aggiunta all'impegno lavorativo presso l'Istituto Europeo di Oncologia, all'attività di ricerca e di insegnamento, ha trovato uno spazio per cercare di condividere con le popolazioni a reddito più basso il frutto dei progressi della medicina con progetti di screening del cervicocarcinoma in Madagascar.
Tutti coloro che lo hanno conosciuto e da lui hanno tratto preziosi insegnamenti non possono non ricordare il sorriso affabile e gentile, i suoi modi garbati, il grande senso dello humor e la sottile ironia.
Il ricordo personale è quello di una persona propositiva, sempre tesa a costruire, a coinvolgere l'altro in un percorso di crescita e alla capacità non comune di rendere semplici e comprensivi argomenti difficili e complessi.
Sono proprio gli aspetti del suo carattere, oltre alle grandi competenze scientifiche, che lo hanno reso negli anni un medico-scienziato conosciuto ed amato dai colleghi, dagli studenti e dalle pazienti.
E proprio pochi giorni prima dell'incidente, a suggello di una carriera scientifica brillantissima, gli era pervenuta la prestigiosissima nomina a Presidente eletto della Federazione Internazionale di Colposcopia per il mandato 2017-2020.
Tutta l'associazione Aogoi è vicina in questo momento dolorosissimo alla moglie Daniela, collega ginecologa, e al figlio Matteo.
La scomparsa di Mario Sideri lascia un vuoto che sarà difficile colmare anche se siamo certi che dai semi da lui piantati nasceranno frutti rigogliosi.
(Claudio Crescini, Segretario regionale Aogoi Lombardia)

Lasci l'equipe che hai scelto e formato

Sono qui per raccontare una parte di te, quella dedicata a un mondo che hai onorato e supportato, non solo idealmente: la realtà ginecologica e ostetrica medico-preventiva del territorio.
Mario, ho molto apprezzato le belle parole di Veronesi e Cristoforoni, che così bene hanno descritto aspetti del tuo carattere, vita, esperienza scientifica e clinica. È incredibile, parlando con i colleghi, sentire quanto la percezione di te sia concorde, scevra da antipatie, invidie, condita di collaborazione totale, disponibilità, nessun attaccamento al denaro, nessuna ironia sulla consistenza di alcune domande o preoccupazioni, perché c'era solo la risposta, motivata, senza supponenza, all'interno di un ragionamento che portava alla probabilità di un'ipotesi, che fosse clinica o sperimentale. Autorevolezza a basso impatto. Concentrazione comoda con i tempi necessari per la discussione.
Racconto quella parte di te in cui hai onorato e supportato, non solo idealmente: la realtà ginecologica e ostetrica medico-preventiva del territorio. Si parla dell'inizio degli anni '80, quando facevi da supervisore per la patologia cervicale al Ced di Milano (Centro per l'educazione demografica) in memorabili incontri serali con la citologa e la ventina di operatrici di quel centro femminile autogestito. Tu cattolico e obiettore di coscienza, che nella classica contrapposizione di quegli anni avresti dovuto essere circondato e catturato, ricevevi invece la stima di tutte le femministe di quel gruppo. Mentre Nicolini e Buscaglia erano gli eroi nel contenzioso Movimento per la vita-Ced e Mangiagalli, incriminati e poi assolti per gli aborti terapeutici, tu avevi ben compreso che si può combattere la violenza sulle donne su campi di battaglia professionali e meno ideologici, come l'abolizione della cosiddetta "bruciatura della piaghetta" fino alla riduzione dell'isterectomia per il Ca in situ. Tra le azioni comuni ad Agite, voglio ricordare una battaglia vinta circa 3 anni fa, sulla tempistica e prima visita ginecologica: mentre i Noc lombardi ti contestavano la visita ginecologica preventiva a 30 minuti, gli Icp riducevano tale visita a 20 minuti ai ginecologi territoriali degli ambulatori. Arrivammo fino all'assessore regionale alla Sanità con l'avvocato dell'Aogoi da Roma, mentre Agite organizzava il suo 1° Congresso Nazionale sulle azioni preventive "necessarie" nel contesto della visita ambulatoriale e consultoriale sulla base di un testo condiviso. Adesso ci mancherà tanto un campione dell'elaborazione tra competenze scientifiche e la promozione dell'empowerment delle donne.
Lasci l'equipe che hai scelto e formato, faro di guida ospedaliero di clinica, scienza e cultura della prevenzione. La storia continua, manterremo vivo quell'equilibrio umano, professionale, empatico, che hai trasmesso a noi e alle pazienti, quel comune sentire, la direzione.
(Maurizio Orlandella Past President AGITE)

Da tutta l'Aogoi le più sentite condoglianze al Segretario Nazionale Prof. Chiantera per la perdita dell'amato fratello

L'Aogoi tutta esprime il suo sentimento di profonda vicinanza al suo Segretario Nazionale Antonio Chiantera per la perdita del caro fratello Vito.
Alla Direzione nazionale e all'Aogoi tutta si associa la redazione di GynecoAogoi.
Tutti noi ci stringiamo a lui con grande affetto.

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 **Nº 1** in Italia*. €11,95 (60 ml), €19,95 (125ml).

* Fonte Dati: IMS Dataview, mkt ricostruito antismagliature (82F2A) + cicatrici (46A3) + pelli da risanare (83H1), Sellout Volumi, MAT Agosto 2013.

EFFIprev

2 mg Dienogest / 0.03 mg Etinilestradiolo

EFFIprev 1 x 21 cpr

EFFIprev 3 x 21 cpr

EFFIK
ITALIA S.p.A.

504.1213