

83°

Congresso Nazionale SIGO
48° Congresso AOGOI 15° Congresso AGUI

DONNA E AMBIENTE

“...Non vivere
su questa terra
come un inquilino
o come un villeggiante
nella natura
vivi in questo mondo
come se fosse
la casa di tuo padre”

NAZIM HIKMET

Destini incrociati

■ Le interviste

A colloquio con i presidenti del Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui 2007

■ L'intervento

Livia Turco: “La salute delle donne chiede un'alleanza. A partire dai ginecologi”

■ Assemblea Sigo 2007

- ✓ Il perchè di un voto
- ✓ Perchè votare è importante

■ La proposta

Verso un Collegio italiano di ginecologi?



GARDASIL®

Vaccino del Papillomavirus Umano

Tipi 6, 11, 16, 18

Ricombinante, adsorbito

Il vaccino contro il cancro del collo dell'utero con 4 tipi di Papillomavirus Umano



Depositato presso l'AIFA in data 28 agosto 2007

Efficacia dimostrata contro le patologie genitali causate dai tipi 6, 11, 16 e 18 di Papillomavirus Umano

Gardasil® è in grado di prevenire

- Cancro del collo dell'utero
- Displasia di alto grado del collo dell'utero (CIN 2/3)
- Lesioni displastiche di alto grado della vulva (VIN 2/3)
- Lesioni genitali esterne (condilomi acuminati)

Classificazione ai fini della rimborsabilità e regime di fornitura: H/RR

H: vaccino erogato a carico SSN in ambito ospedaliero o strutture assimilabili.

Il rimborso SSN riguarda esclusivamente la coorte delle ragazze nel corso del dodicesimo anno di vita

(dal compimento degli 11 anni fino al compimento dei 12 anni)

RR: vaccino disponibile al pubblico con ricetta medica ripetibile

Prezzo al pubblico: € 188,15

Per un'ampia prevenzione e benefici precoci



sanofi pasteur MSD
i vaccini per la vita

Editoriale

DONNA E AMBIENTE Destini incrociati

Nel pensare a una possibile immagine per la copertina del numero congressuale "Donna e Ambiente" la scelta del pianeta Terra accanto a un 'pancione' è stata pressoché immediata: che cos'è in fondo l'ambiente se non la nostra casa, il nostro utero. Una scelta subito accolta senza esitazione da tutto il comitato editoriale (senza il solito "ma non sarebbe meglio invece..."). Così è stato anche per il titolo "Destini incrociati" (forse richiamato alla mente da reminiscenze tra il profano e il "sacro", leggi l'omonimo film del regista Sydney Pollack e "Il castello dei destini incrociati" di Italo Calvino) e per la strofa tratta dalla celebre poesia che il poeta turco Nazim Hikmet ha dedicato al figlio.

Non vorrei dilungarmi troppo sulle conseguenze reali e temibili del degrado ambientale sulla salute umana in generale e femminile nel particolare, una vera emergenza ecologica (così l'ha definita anche Benedetto XVI). Queste problematiche verranno discusse ampiamente durante i lavori congressuali, verranno riprese sui prossimi *GynecoAogoi* e, come è naturale, sono al centro dei numerosi, importanti interventi ospitati su questo numero.

Si è appena conclusa la prima conferenza italiana sul clima e nel momento in cui scriviamo è in corso un meeting alle Nazioni Unite "The future in our Hands" (Il futuro nelle nostre mani) sui cambiamenti climatici, preparatorio Vertice Onu sul clima che si terrà a Bali dal 3 al 14 dicembre prossimo. I dati degli studi e delle ricerche nazionali e internazionali sono allarmanti, l'impatto sulla salute umana è assai preoccupante. Se ne è parlato moltissimo in questi ultimi mesi, è bene che se parli (e soprattutto si agisca, innescando il necessario cambiamento di rotta), e per quanto ci riguarda, come parte del mondo medico e scientifico, è bene che non si smetta di parlarne, soprattutto quando cala il sipario sulle emergenze e tutto tace, perché questa è una di quelle questioni sulle quali non si può abbassare la guardia.

Come avrete modo di vedere sfogliando queste pagine, è un numero ricco di contenuti, grazie al contributo di tutti i prestigiosi ospiti che hanno accettato il nostro invito a scrivere per *GynecoAogoi* speciale Congresso, pur tra i mille impegni di un periodo particolarmente denso di appuntamenti istituzionali e scientifici. A tutti loro va il mio personale, sincero ringraziamento.

Giovanni Monni
Presidente AOGOI

► Segue a pagina 42

Indice numero 7 - 2007



AOGOI
Campagna
iscrizioni
2007

Iscriviti!
Nella homepage
del sito
www.aogoi.it
le modalità e la
scheda di iscrizione

Attualità

5 Il contributo Aogoi alle grandi sfide della professione
di Giovanni Monni

Ultimora
Il Tribunale di Cagliari dice sì alla diagnosi preimpianto

6 Interviste ad Antonio Chiantera e Antonio Cardone,
Presidenti dell'83° Congresso Sigo- 48° Aogoi - 15° Agui

In evidenza
Il perchè di un voto
Il Consiglio direttivo Aogoi

9 La salute delle donne chiede un'Alleanza
di Livia Turco

11 "Un sistema equo e trasparente è davvero realizzabile"
di Ignazio Marino

13 Donna e ambiente: il contributo del Parlamento
di Antonio Tomassini

Professione

15 Verso un Collegio italiano di ginecologi?
di Carlo Sbiroli

16 La formazione medica postlaurea e il ruolo degli ospedali
di Serafino Zucchelli

17 Come educare all'assistenza alla nascita
di Romano G. Forleo, Anna Paola Cavalieri, Patrizia Forleo

21 Le donne immigrate e la gravidanza
di Valeria Dubini

22 Qualità e innovazione: un progetto di successo
Scuola di perfezionamento post-universitaria in Chirurgia pelvica AOGOI

26 Far entrare la scienza nelle aule giudiziarie
di Paolo d'Agostino

27 Perché continuare ad amare AMAMI?
Il corsivo di Carlo Sbiroli

28 SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.
Tutti i servizi di "Tutela e Prevenzione" messi in campo dall'Aogoi
di Carmine Gigli

30 Un silenzio assordante
di Claudio Crescini

31 Il Forum sulla Responsabilità professionale medica in Europa

In evidenza
Perché votare è importante
di Nicola Natale

32 L'errore medico nella contraccezione ormonale
di Pier Francesco Troppa

33 AGITE-AOGOI
Territorio e Ospedale: una nuova alleanza per una nuova stagione
di Maurizio Orlandella

Aggiornamenti

35 Vaccino quadrivalente antipapillomavirus umano:
come interpretare i dati di efficacia profilattica
di Carlo Maria Stigliano

39 Un efficace presidio per la terapia della candidosi vulvo-vaginale
di Antonio Chiantera

41 Un valido supporto nei casi di infertilità e difficoltà riproduttiva
di Antonio Chiantera

46) Art. 1, comma 1, DCB Ancona
Finito di stampare: settembre 2007
Tiratura 10.000 copie

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

Organo ufficiale



Testata associata



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



NUMERO 7 - 2007
ANNO XVIII

ORGANO UFFICIALE
DELL'ASSOCIAZIONE OSTETRICI
GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Presidente
Giovanni Monni
Direttore Scientifico
Felice Repetti

Comitato Scientifico
Giovanni Brigato
Antonio Chiantera
Valeria Dubini
Carlo Sbiroli
Direttore Responsabile
Eva Antoniotti
Direttore Editoriale
Arianna Alberti
email: gynecoaogoi@hcom.it
Pubblicità
Publiem srl
Centro Direzionale Colleoni
Palazzo Perseo 10
20041 Agrate (Milano)
Tel. 039 6899791
Fax 039 6899792

Editore
Health Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06 594461 - Fax 06 59446228
Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi
Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Stampa
Tecnostampa srl
Via Le Brece, 60025 Loreto (Ancona)
Abbonamenti
Anno: Euro 26. Prezzo singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane spa Sped. in abb. postale
D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n.

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. Denominazione del medicinale Gaviscon Advance. Sospensione orale aroma menta in bustine. **2. Composizione qualitativa e quantitativa** Ogni dose da 5 ml contiene sodio alginato 500 mg e potassio bicarbonato 100 mg. 1 ml contiene sodio alginato 100 mg e potassio bicarbonato 20 mg. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. Forma farmaceutica** Sospensione orale. Sospensione viscosa, biancastra, in bustine. **4. Informazioni cliniche** 4.1 **Indicazioni terapeutiche** Trattamento dei sintomi legati al reflusso gastro-esofageo, quali rigurgito acido, pirosi e indigestione (dovuta a reflusso), ad esempio, dopo i pasti, o nel corso della gravidanza, o in pazienti con sintomi legati a esofagite da reflusso. 4.2 **Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini da 12 anni in su: da uno a due cucchiari da 5 ml dopo i pasti e la sera prima di andare a letto. Bambini al di sotto dei 12 anni: deve essere somministrato solo su consiglio medico. Anziani: non è necessario modificare le dosi per questa fascia d'età. La sospensione non utilizzata deve essere gettata. 4.3 **Controindicazioni** Questo medicinale è controindicato in pazienti con ipersensibilità nota o sospetta ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti. 4.4 **Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego** Ogni dose da 5 ml presenta un contenuto di sodio pari a 53 mg (2,3 mmol) ed un contenuto di potassio pari a 39 mg (1,0 mmol). Ciò deve essere tenuto in considerazione nei casi in cui sia raccomandata una dieta particolarmente povera di sale, ad esempio in alcuni casi di insufficienza cardiaca congestizia e compromissione renale o nel caso di assunzione di farmaci che possono aumentare i livelli di potassio nel plasma. Ogni dose da 5 ml contiene 100 mg (1,0 mmol) di calcio carbonato. Si deve prestare attenzione nel trattare pazienti affetti da ipercalcemia, nefrocalcolosi e calcoli renali ricidivi contenenti calcio. Nei pazienti con livelli molto bassi di acido gastrico c'è una possibilità di efficacia inferiore. Il trattamento di bambini di età inferiore ai 12 anni non è generalmente raccomandato, eccetto in caso di consiglio medico. Se i sintomi non migliorano dopo sette giorni, il quadro clinico deve essere rivalutato. Questo medicinale contiene metile paraidrossibenzoato e propile paraidrossibenzoato, che possono causare reazioni allergiche (anche ritardate). 4.5 **Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione** Nessuna nota. 4.6 **Gravidanza ed allattamento** Uno studio aperto, non controllato su 146 donne in gravidanza non ha dimostrato alcun effetto indesiderato significativo di Gaviscon Advance sul corso della gravidanza o sullo stato di salute del feto/neonato. Sulla base di questa e di precedenti esperienze, Gaviscon Advance sospensione orale aroma menta in bustine può essere utilizzato durante la gravidanza e l'allattamento. Tuttavia, tenendo in considerazione la presenza di calcio carbonato, si raccomanda di limitare il più possibile la durata del trattamento. 4.7 **Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Non pertinente. 4.8 **Effetti indesiderati** Molto raramente (<1/10.000) i pazienti possono sviluppare manifestazioni allergiche, quali orticaria o broncospasmo, reazioni anafilattiche o anafilattoidi. 4.9 **Sovradosaggio** In caso di sovradosaggio, si deve ricorrere a trattamento sintomatico. Il paziente può notare distensione addominale. **5. Proprietà farmacologiche** 5.1 **Proprietà farmacodinamiche** Categoria farmacoterapeutica: Altri farmaci per il trattamento di ulcera peptica e della malattia da reflusso gastro-esofageo (GORD). **Codice ATC: A02BX**. La sospensione, quando viene ingerita, reagisce con l'acido gastrico per formare una copertura di gel di acido alginico con caratteristiche di pH quasi neutro e che galleggia sul contenuto dello stomaco impedendo in modo efficace il reflusso gastro-esofageo. In casi gravi, la stessa copertura di gel, e non il cibo nello stomaco, può essere rigurgitata nell'esofago ed esercitare un effetto emolliente. 5.2 **Proprietà farmacocinetiche** Il meccanismo d'azione del medicinale è fisico e non dipende dall'assorbimento nella circolazione sistemica. 5.3 **Dati preclinici di sicurezza** Non è stato riportato alcun risultato preclinico di rilievo per il prescrittore. **6. Informazioni farmaceutiche** 6.1 **Elenco degli eccipienti** Calcio carbonato, carbomero 974P, metile paraidrossibenzoato E218, propile paraidrossibenzoato E216, saccarina sodica, aroma di menta, sodio idrossido per l'aggiustamento del pH, acqua depurata. 6.2 **Incompatibilità** Non pertinente. 6.3 **Periodo di validità** 2 anni. 6.4 **Precauzioni particolari per la conservazione** Non refrigerare. 6.5 **Natura e contenuto del contenitore** Astuccio di cartone esterno contenente bustine monodose. Le confezioni sono 10, 20, 24 o 48 bustine. Le bustine sono costituite da poliestere, alluminio e polietilene. Sono disponibili anche confezioni contenenti una singola bustina o due bustine, inserite in un astuccio pieghevole di cartone. Ogni bustina contiene 10 ml di medicinale. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. 6.6 **Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Limited, Dansom Lane, Hull, HU8 7DS, Regno Unito. Concessionaria per l'Italia: Novartis Consumer Health S.p.A., Origgio (VA). **8. Numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio** Confezione da 1 bustina da 10 ml: A.I.C. n. 034248144/M. Confezione da 2 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248157/M. Confezione da 10 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248169/M. Confezione da 20 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248171/M. Confezione da 24 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248183/M. Confezione da 48 bustine da 10 ml: A.I.C. n. 034248195/M. **9. Data della prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** Novembre 2004. **10. Data di revisione del testo** Maggio 2007. Per Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Limited. Novartis Consumer Health S.p.A.

EURO RSCG LIFE

Contro il reflusso gastroesofageo

GAVISCON[®]

ADVANCE

SOSPENSIONE ORALE A02BX13
Acido Alginico + Potassio Bicarbonato



UN'AZIONE COMPLETA E MIRATA

Gaviscon Advance svolge un'azione meccanica di barriera che ferma fisicamente il reflusso nella sua duplice componente acida e non acida.

Da oggi è disponibile anche in BUSTINE MONODOSE: una PROTEZIONE A PORTATA DI MANO per rispondere alle esigenze di un PIÙ AMPIO NUMERO DI PAZIENTI e aumentare la COMPLIANCE alla terapia.

- **COMODO e PRATICO**, nella confezione monodose.
- **FUNZIONALE**, perché consente di portare sempre con sé il dosaggio giusto.
- **FACILE DA ASSUMERE**, in qualsiasi momento.
- **IGIENICO**, grazie alle bustine ermeticamente sigillate.

GAVISCON ADVANCE

Ferma il reflusso, non solo l'acido.

di Giovanni Monni

Il contributo Aogoi alle grandi sfide della professione

L'appuntamento congressuale rappresenta sempre un momento di incontro molto importante perché ci consente di confrontarci sulle problematiche della nostra professione - sul piano clinico, scientifico, umano -, di scambiare riflessioni, di definire le linee da seguire nel prossimo futuro. E il valore di questo confronto si rafforza nel tempo, dando un più ampio respiro al nostro dibattito professionale, come stanno ad indicare anche i contributi di alto profilo previsti nel Congresso di quest'anno. E certamente, in questo confronto, devono trovare spazio anche le grandi questioni del nostro tempo, dai temi etici a quelli ambientali. Ben sappiamo che allo sviluppo, straordinario, in particolare nel campo medico-scientifico-tecnologico, non è corrisposto un progresso "dell'uomo" e "per l'uomo" altrettanto netto. I danni prodotti all'ambiente, per esempio, sono tra i segni più drammatici ed evidenti di questa contraddizione. E proprio per questo abbiamo dedicato al rapporto tra ambiente e salute della donna il tema di apertura del nostro Congresso.

Saranno altri, più esperti di me in materia ad affrontare questo tema, mentre il mio compito, ad un anno di distanza dalla mia nomina alla presidenza Aogoi, è quello di tracciare un bilancio della nostra vita associativa, ripercorrendo quanto è stato fatto. Innanzi tutto non posso non rallegrarmi per il superamento della quota di 5.000 iscritti, un segnale inequivocabile di apprezzamento per le iniziative e le proposte avanzate dall'Aogoi, che ci dà la carica giusta per fare sempre di più e sempre meglio. Temi centrali della nostra attività di questo ultimo anno sono stati quelli della sicurezza delle strutture e della gestione del rischio clinico. Lavorare in sicurezza e tranquillità, lo sappiamo, costituisce uno dei principali obiettivi per ogni professionista, e la responsabilità civile del medico resta ancora oggi uno dei nodi più urgenti da sciogliere,

“Il superamento della quota di 5.000 iscritti è un segnale inequivocabile di apprezzamento per le iniziative e le proposte avanzate dall'Aogoi, che ci dà la carica giusta per fare sempre di più e sempre meglio”



Giovanni Monni

prattutto considerando gli inaccettabili premi assicurativi che i ginecologi sono costretti a pagare per avere una copertura legale in caso di errore e per assicurare il risarcimento ai pazienti danneggiati. La crescita del contenzioso legale fra medici e pazienti, inoltre, ha innescato quel pericoloso meccanismo della medicina difensiva che va a detrimento non solo dei medici (basti pensare che in Italia vengono citati in giudizio dai pazienti circa 15mila medici ogni anno), ma soprattutto delle pazienti. Consapevole di questa realtà, l'Aogoi ha dedicato alla sicurezza e alla gestione del rischio clinico molta parte della sua attività di formazione. Ma accanto a

questo siamo riusciti a realizzare una realtà concreta di grandissima rilevanza, potenziando ulteriormente i servizi di tutela legale e assicurativa e dando vita a quello che abbiamo voluto chiamare lo "Scudo Giudiziario Aogoi", di cui la nuova polizza stipulata con i Lloyd's di Londra (illustrata nel dettaglio da Carmine Gigli su questo numero) rappresenta la novità più importante, nonché una delle iniziative più qualificanti e impegnative, anche in termini economici, mai realizzate dall'Aogoi. È infatti la prima volta che in Italia una società scientifica si fa promotrice di una convenzione di questo genere, senza costi aggiuntivi sulla quota associativa. Di questo risultato, raggiunto grazie e soprattutto all'impegno del nostro segretario nazionale Antonio Chiantera e di una Dirigenza che ha saputo rispondere con concretezza alle richieste degli associati, siamo molto fieri. Questi dodici mesi trascorsi alla presidenza dell'Aogoi, inoltre, hanno visto un rafforzarsi del confronto con le istituzioni nel difendere le istanze della categoria e hanno coinciso con un periodo di grande attenzione alle tematiche legate alla salute femminile - con l'Aogoi presente in numerose Commissioni parlamentari.

Il Ministro della Salute Livia Turco ha posto la promozione della salute delle donne e dei bambini al centro di molte importan-

ti iniziative, pensiamo, ad esempio, alla riqualificazione dei diritti delle partorienti e dei nati, alle azioni a favore delle adolescenti, delle donne immigrate o che subiscono violenza. La maggior parte di queste azioni volte a tutelare la donna e i neonati sono anche una risposta positiva a istanze che l'Aogoi ha posto da molto tempo e per le quali si è battuta con tenacia e costanza. E con particolare soddisfazione abbiamo accolto la volontà di vaccinare le adolescenti contro il papilloma virus, una scelta che ha una grande valenza di prevenzione e che contribuisce ad avvicinare le più giovani ad una cura responsabile del proprio corpo. Anche il forte impegno, organizzativo e scientifico, profuso dall'Aogoi per portare il Congresso Mondiale Figo in Italia ha avuto un esito positivo: nel 2012 infatti questo prestigioso evento internazionale avrà la sua sede a Roma e sarà dunque un'occasione preziosa per tutti i ginecologi italiani.

Come ormai avviene da diversi anni, l'Aogoi si è contraddistinta anche per il suo continuo impegno culturale che ha avuto modo di esprimersi attraverso un'intensa attività editoriale: dalle nostre pubblicazioni tradizionali, come GynecoAogoi, alla pubblicazione di volumi come "Violenza contro le donne: compiti e obblighi del ginecologo", che presenta i dati e le esperienze raccolte a livello nazionale dalla Commissione Nazionale Aogoi sulla violenza contro le donne, e delle nuove Linee guida Aogoi.

Numerosissimi (non mi è possibile citarli tutti in questa sede) i progetti, le iniziative, i corsi di aggiornamento medico-scientifico realizzati dall'Aogoi in questi anni, mi limiterò pertanto a citarne alcuni tra i più importanti. Come i Corsi di altissimo livello della Scuola di Perfezionamento in Chirurgia pelvica presso il "Cardarelli di Napoli", fiore all'occhiello della nostra Associazione, che tanto consenso hanno riscosso; l'appuntamento

annuale di Villasimius: il Corso di aggiornamento teorico-pratico in medicina embrio-fetale, che dal 2001, con la partecipazione dei maggiori esperti italiani e stranieri, rappresenta una delle più qualificate manifestazioni nel panorama scientifico italiano (oltre 600 i ginecologi e perinatologi che quest'anno sono intervenuti); il Corso di chirurgia oncologica in ginecologia presso il Centro di Riferimento Oncologico (Cro) di Aviano... Sempre sul piano dell'aggiornamento, non posso non menzionare il Progetto Menopausa Italia, che da oltre dieci anni, grazie al contributo di grande parte dei nostri iscritti, sta producendo preziose informazioni sugli aspetti epidemiologici, clinici e comportamentali della popolazione femminile in epoca perimenopausale.

Molto è stato fatto dunque, anche se sappiamo che molto c'è ancora da fare. E possiamo già immaginare alcune delle delicate problematiche che dovremo affrontare nei prossimi mesi. Voglio ricordare la relazione del Ministro Turco sulla legge 40: i dati, dal 2003 al 2005, descrivono un aumento percentuale di parti plurimi passato dal 22.7% al 24.3% e di esiti negativi delle gravidanze, dal 23.4% al 26.4%. Dobbiamo prendere atto di questa situazione, senza esimerci dalla necessità di alcune riflessioni. Certamente non dimentichiamo che si tratta di una legge complessa che ha scatenato, e continua a farlo, un dibattito molto profondo nella comunità scientifica e in ambito politico, e che ha chiamato in causa l'etica e la morale di ognuno di noi. Da un punto di vista squisitamente tecnico però, non possiamo non cogliere alcune contraddizioni che, di fatto, esistono nella legge così come è formulata: dall'obbligo di utilizzare tutti gli embrioni prodotti (anche se poi, come abbiamo letto anche sui giornali, questo non avviene nella pratica perché le pazienti rifiutano

► Segue a pagina 42

ultimora

Il tribunale di Cagliari dice sì alla diagnosi genetica preimpianto

■ Con una sentenza a favore di una coppia sarda, il Tribunale di Cagliari dice sì alla diagnosi genetica preimpianto (Pgd), fino ad oggi negata dall'art. 13 della

legge 40/04 sulla procreazione medicalmente assistita (Pma). La vicenda parte dal ricorso di

► Segue a pagina 42

Interviste

Intervista ad Antonio Chiantera

Segretario nazionale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

Una buona salute è strettamente correlata a una buona sessualità

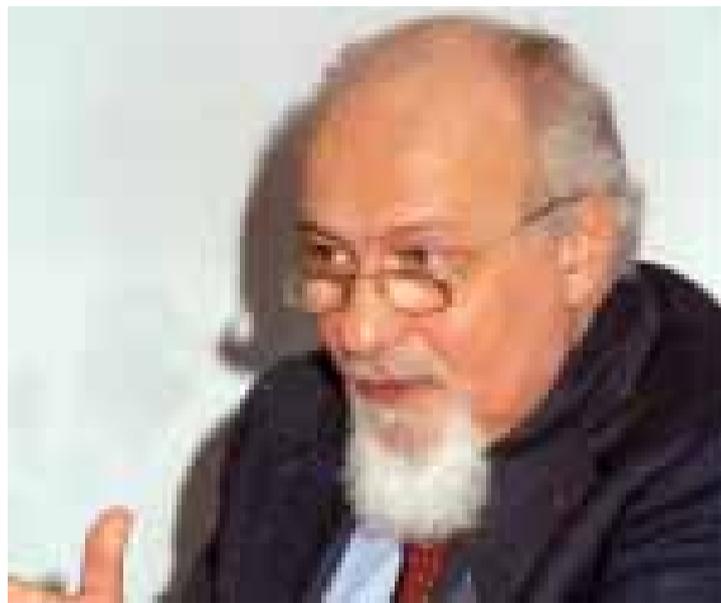
Il ginecologo deve essere in grado, oggi più che mai, di interpretare le diverse aspettative assistenziali delle donne, ricercando le soluzioni più idonee a garantire la migliore qualità di vita possibile alle sue pazienti. Per Antonio Chiantera, presidente insieme ad Antonio Cardone del Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui il ginecologo del nuovo millennio deve essere in grado di svolgere il proprio lavoro con un approccio globale, teso verso quella che viene definita come la "woman care", dove lo specialista non è semplicemente un dispensatore di salute *tout court*, ma un attento interprete dei bisogni della donna tenendo conto delle implicazioni sociali e ambientali in cui vive. Di qui l'importanza dell'ambiente - sia fisico sia sociale - come ben sottolinea il Collega sena-

tore Antonio Tomassini nel suo intervento alle pagine successive, il cui degrado sempre più preoccupante è correlato a danni sull'apparato riproduttivo femminile, sull'evoluzione della gravidanza e sul crescente sviluppo di determinate patologie. Alla luce dei grandi cambiamenti sociali in atto, abbiamo rivolto al professor Chiantera alcune domande mirate in particolare sulle nuove esigenze ed aspettative delle donne, tra le quali sono sempre più numerose quelle provenienti da contesti culturali profondamente diversi dal nostro, e sulle attuali "urgenze" in ginecologia, in cima alle quali, per il Segretario nazionale Aogoi, vi sono contraccezione e terapia ormonale sostitutiva - dove "il nostro Paese - sostiene - è ancora indietro". Realtà di oggi e realtà di domani. Realtà che, soprattutto

per quel che riguarda l'Universo Donna, devono tenere conto del ruolo primario che le donne hanno nel mondo delle imprese, delle professioni e del lavoro in genere senza mai abdicare alla fondamentale importanza che da sempre svolgono anche nell'ambito della famiglia, primo vero nucleo sociale. Tutto ciò si traduce nella richiesta di nuovi assetti sociali, nella necessità di perfezionare le proposte assistenziali, nella soluzione ai tanti problemi che il vivere nel suo svolgersi quotidiano comporta.

Professor Chiantera, considerati i cambiamenti sociali di cui siamo quasi quotidianamente testimoni qual è, a suo parere, il terreno su cui il ginecologo dovrà misurarsi nell'immediato futuro?

Sono vari. Non vi è dubbio però che uno dei dati di fatto tra



Antonio Chiantera

i più importanti con cui dobbiamo fare i conti è l'età in cui le donne dei giorni nostri affrontano la prima gravidanza, decisamente più avanzata rispetto al passato (la media ci dice che è intorno ai 32 anni). Questo fenomeno riguarda un gran numero di donne ed è, come ben sappiamo, il risultato di fattori sociali culturali ed economici

quali lo studio e il lavoro che si traducono nel desiderio di raggiungere una posizione più solida e sicura rispetto al passato. Per questo abbiamo sempre più conseguiti i propri obiettivi, legati al lavoro, alla professione e alla sicurezza economica, desiderano avere un figlio in un'età biologica non ideale per la gravi-

Intervista ad Antonio Cardone

Direttore Dipartimento di Scienze Ginecologiche Ostetriche e della Riproduzione Seconda Università di Napoli

Il benessere della donna: un approccio globale

L'ambiente condiziona le nostre attività e dunque anche la nostra vita. Lo sappiamo bene, ma non sempre nel suo stile di vita quotidiano l'uomo sembra ricordarsene, comportandosi in modo poco prudente o, meglio, corretto, producendo sostanze tossiche che hanno inquinato il nostro pianeta... Le conseguenze sulla nostra salute non hanno tardato a manifestarsi: è aumentato il rischio di tumori ginecologici, di danni sulla nostra progenie, è aumentato il rischio di alterazioni sulla capacità riproduttiva e di altre patologie meno gravi, ma pur sempre dannose. Con queste premesse, la scelta degli argomenti da dibattere nel corso

di questo Congresso nazionale è stata in qualche modo automatica. Perciò "Donna e Ambiente", e soprattutto la declinazione in negativo di questo tema, ovvero l'inquinamento e le sue implicazioni sulla salute della donna, sarà tra i temi centrali dei lavori di Napoli, insieme ad altre importanti tematiche quali la gravidanza fisiologica e patologica, la qualità di vita delle pazienti oncologiche e la colpa professionale e molti altri argomenti di interesse per la categoria. Ne abbiamo parlato con Antonio Cardone, co-presidente del Congresso nazionale Sigo-Aogoi-Agui.

Professor Cardone, siamo alla vigilia dell'83° Congresso Sigo,

quali i temi che verranno affrontati durante i lavori?

L'elencazione sarebbe lunghissima, non posso che fare una rapida panoramica. Ampio spazio è stato riservato alla gravidanza fisiologica e patologica. Molto importante è anche la sessione che affronterà il problema degli effetti degli inquinanti ambientali sull'embrione e sul feto. Ed ancora, grande attenzione sarà riservata al parto vaginale, una modalità andata riducendosi non solo per la diminuita natalità ma soprattutto per l'aumento dei tagli cesarei, e alle opportunità di diagnosticare e di apprendere il meglio per il trattamento delle emergenze mediche e chirurgiche.



Antonio Cardone

Il Congresso sarà preceduto da vari corsi pregressuali e saranno svolte anche relazioni nei simposi delle differenti società regionali e affiliate alla Sigo.

Inoltre, oltre tredici sessioni saranno dedicate alle comunicazioni, per lo più svolte da giovani, che rappresentano il futuro, non solo della Sigo ma dell'in-

IL PERCHÈ DI UN VOTO

Il Consiglio Direttivo Aogoi

■ **Al momento in cui *Gynecoogoi* sta andando in macchina, appare probabile che il prossimo 16 ottobre a Napoli le elezioni del presidente e del direttivo Sigo debbano avvenire con votazione a scrutinio segreto e non per acclamazione, com'è tradizione. La speranza è che questa evenienza non accada e che i dissidi, che attualmente alimentano la crisi Aogoi-Augui, possano essere superati nei prossimi giorni. È la soluzione che tutti auspichiamo.**

Perché si è verificata una crisi così profonda tra le due principali Associazioni ginecologiche italiane? Perché lo strappo appare tanto grave da sembrare insanabile a pochi giorni dal Congresso di Napoli? Aogoi e Augui si sono sempre stimate ed hanno percorso in pieno accordo un lungo cammino nel mondo non facile della Sanità italiana. Insieme hanno collaborato a lungo all'interno della Sigo per una maggiore qualificazione professionale e per un rilancio della ginecologia italiana a livello internazionale. Tutto questo ha portato ad un impegno maggiore rispetto al passato e a un lavoro più attento, meno superficiale. Ma ha portato anche una maggiore tensione nei due schieramenti, perché in fondo la visione politica dei problemi era diversa.

È stato un anno sociale difficile per la Sigo. In alcuni momenti si è avuta l'impressione che pian piano si stesse verificando uno sgretolamento all'interno della Società. E non preoccupavano tanto le minacce di voti contrari su alcuni problemi che ci riguardavano da vicino, quanto gli umori che si respiravano nell'Augui, perfino nelle

roccheforti di alcuni baroni universitari un tempo impermeabili a qualsiasi dubbio.

Il male che divora la Sigo parte da lontano e il successo in campo internazionale (leggi Kuala Lumpur) l'ha soltanto nascosto per un pò di tempo. In realtà c'è stato un crescente dissenso sul comportamento di alcuni componenti del direttivo. Soprattutto l'ala universitaria, e il mondo che ruota intorno, hanno cercato spesso un modo autoritario di imporre la soluzione di alcuni problemi, in nome di una velleitaria superiorità (di che?) dell'università. Questi stessi (qui la storia si ripete) hanno volutamente dimenticato che la componente ospedaliera è maggioritaria in seno alla Sigo. E questo vorrà pur dire qualcosa, o no?

Il malessere che si percepisce in questi giorni è forse anche la conseguenza di un cambiamento che sta avvenendo all'interno dell'Aogoi dove si avverte sempre più la necessità di ampliare i limiti dell'associazione facendovi confluire tutte le componenti non universitarie della ginecologia italiana (vedi l'articolo di Carlo Sbiroli in questo numero). La creazione di un'organizzazione di questo tipo è sicuramente destinata a scuotere l'albero della ginecologia italiana e far cadere qualche ramo secco. E tutto questo, sommandosi ai problemi esposti sopra, non può che creare difficoltà e disagio soprattutto in campo universitario. Per tutte queste ragioni è molto difficile riportare la nave-Sigo in acque tranquille, anche perché l'Augui non mostra di aver capito quello che sta accadendo. Siamo quindi in piena crisi. E in momenti, come questi, è importante rinserrare le fila e contarci. **Questo significa essere presenti il 16 ottobre a Napoli, al momento dell'assemblea Sigo** Tutto questo richiederà qualche sacrificio, ma certamente mostrerà non indifferenza, ma partecipazione attiva e combattiva per dare maggiore dignità alla ginecologia italiana.

Infine un'ultima considerazione. Crisi profonde, come questa, hanno bisogno di colpi di scena, di segnali precisi che invertano il "trend". Ci vogliono emozioni, capaci di farci credere in una nuova progettualità e di non farci perdere di vista il senso profondo della nostra professione. L'attuale componente universitaria della Sigo tutto può fare salvo che suscitare emozioni in proprio favore.

➔ **Alla pagina 31 l'articolo di Nicola Natale "Perché votare è importante"**

danza. Ecco quindi che il ginecologo si trova quasi quotidianamente a dover affrontare e risolvere problemi legati alla fertilità, a tutto vantaggio delle tecniche di fecondazione assistita. Temi che in un recente passato non erano di così stretta attualità.

Tutto ciò è immaginabile che si traduca anche in un cambiamento delle aspettative assistenziali della donna nei confronti del proprio ginecologo?

Certamente. Fermo restando che la ginecologia è una specializzazione fondamentale nella vita di ogni donna, è opportuno ribadire quanto essa sia delicata perché coinvolge profondamente la sfera intima, psicologica e affettiva delle nostre assistite. Spesso il ginecologo si trasforma da medico a confessore e questo, non di rado, comporta per lo specialista la ricerca di soluzioni, le più idonee a garantire la migliore qualità di vita possibile alle pazienti, tenendo ben presente che le aspettative di una quarantenne sono ben diverse da quelle di una ventenne o di una donna alle soglie della menopausa.

Aumenta il numero delle donne immigrate, in particolare extracomunitarie, portatrici di culture diverse dalla nostra. Razze, lingue e modi di vivere la sessualità differenti. Come si com-

porta il ginecologo?

È vero, sempre più spesso rispetto al passato nei nostri studi e negli ospedali incontriamo e visitiamo donne provenienti da diverse parti del mondo, con consuetudini tanto diverse dal-

In tema di contraccezione e di terapia ormonale sostitutiva le donne italiane sono agli ultimi posti in una graduatoria delle fruitrici europee

le nostre. È perciò necessario che il ginecologo sappia interpretare adeguatamente i loro bisogni, sia capace di guadagnarsi la loro piena fiducia attraverso un dialogo aperto, trovando le parole giuste per spiegare e, se necessario, convincere. In sintesi, deve imparare a essere un buon comunicatore. Forse non sempre basterà, ma è comunque necessario provarci, la tutela della salute della paziente è il nostro obiettivo primario.

Professore Chiantera, un'ultima domanda prima di salutarla.

Quali sono le questioni riguardanti la salute della donna da affrontare con maggiore urgenza?

Oltre a quelle legate all'ambiente, a cui il nostro Congresso intitolato proprio "Donna e Ambiente" dedica ampio spazio, vi sono certamente quelle relative alle patologie oncologiche, per le quali la ginecologia è in grado di fare molto, sia in termini di prevenzione sia di terapia e diagnosi. Mi preme però sottolineare l'importanza delle moderne opzioni che sono offerte alla donna in tema di contraccezione e di terapia ormonale sostitutiva. In questo, dispiace dirlo, il nostro Paese è ancora indietro. Solo poco più del 50 per cento delle nostre donne ricorre a metodi anticoncezionali sicuri, e tra le giovanissime prevale la tendenza verso un dannoso "fai da te".

Per non parlare della terapia ormonale sostitutiva, che ci vede ancorati agli ultimissimi posti in una graduatoria delle fruitrici europee. Ecco, in questi settori dove è forte il pregiudizio e la disinformazione, l'opera del ginecologo ritengo diventi indispensabile, nel convincimento che una buona salute è strettamente correlata con una buona sessualità. **Y**

tera comunità ginecologica italiana.

Ritorniamo al tema che è filo conduttore del Congresso: l'inquinamento e i suoi riflessi sulla salute femminile. In che termini se ne parlerà?

Sono state previste numerose sessioni in cui verranno affrontate le problematiche legate alla diagnosi e alla terapia dei tumori ginecologici e di come l'inquinamento ambientale possa aumentarne l'incidenza. Accanto a queste tematiche vi saranno ampi dibattiti sulle nuove terapie e sull'introduzione del vaccino contro l'Hpv, che ha suscitato speranze ma anche paure. Importanti anche le relazioni sulla qualità della vita nelle pazienti oncologiche e sul futuro delle nuove tecnologie al servizio della salute della donna.

Non vorrei tralasciare la sessione dedicata agli interventi in diretta in campo oncologico, con teleriprese dall'Università di Berlino e dall'Università di Milano, presso la sede di Monza, con l'uso della robotica, probabile campo di applicazione della futura chirurgia.

Il benessere della donna è un

concetto ampio, abbraccia un arco di tempo che va dall'infanzia, passando attraverso la maturità e l'età adulta, fino alla menopausa e postmenopausa. Che spazio avrà questo aspetto?

Il benessere della donna, inteso nel suo svolgimento dall'infanzia alla menopausa sarà ampiamente presente nei nostri dibat-

Il benessere della donna, nel suo svolgimento totale, dall'infanzia alla menopausa, sarà ampiamente presente nei nostri dibattiti

titi, che avranno una forte connotazione internazionale per la presenza di numerosi relatori stranieri. Il confronto tra le varie culture sulle problematiche legate a questi temi, con punti di vista e approcci diversi, non potrà che essere proficuo in termini soprattutto di qualità dell'assistenza.

Il congresso sarà anche un'occasione di confronto su questioni politiche che coinvolgono la categoria come la responsabilità professionale del medico?

Absolutamente sì. I problemi della colpa professionale avranno ampio spazio. In particolare è previsto un momento in cui vari esperti esporranno la proposta di uniformare la nostra legislatura a quella degli altri Paesi europei, che prevede l'eliminazione della colpa penale, tranne alcuni pochi casi, e la necessità di porre dei limiti economici al risarcimento.

La violenza sessuale sulle donne è un argomento delicato, difficile da trattare per la sua drammaticità...

È vero. Per questo all'importante problema della violenza sessuale sulle donne, sulle sue conseguenze nonché sulle terapie delle malattie sessualmente trasmesse e la loro prevenzione è stato dedicato uno spazio apposito. Da ultimo, vorrei ricordare la sessione dedicata al dolore e alla sua prevenzione durante il travaglio di parto. **Y**



Riconoscerla in tempo.

Ecchimosi, emorragie interne improvise, incontrollabili. L'alterata attività dei fattori della coagulazione, causata dallo sviluppo di anticorpi, non sempre si riconosce a prima vista e, per questo, può indurre una diagnosi errata. Sono casi rari, ma riconoscerli immediatamente

è vitale, ed è possibile con un semplice test di laboratorio (aPTT)⁽¹⁾; accertata la diagnosi, va subito iniziata la terapia o consultato il Centro di Emostasi e Trombosi o il Centro Emofilia di riferimento. È dimostrato che la prognosi del paziente dipende dalla rapidità dell'intervento⁽²⁾.

Per saperne di più visitare www.each2registry.org

1. Boggio LN, Green D. Rev Clin Exp Hematol 2001; 54: 389-403
2. Santagostino E et al. Br J Haematol 1999; 104: 22-26

di Livia Turco Ministro della Salute

La salute delle donne chiede un'Alleanza

La salute femminile coinvolge un insieme complesso e intrecciato di responsabilità, competenze, professionalità, esperienze che richiede il concerto dei diversi livelli istituzionali e di decisione politica. In questo ambito l'alleanza deve partire proprio da voi, i ginecologi, che costituite una grande risorsa del Ssn.

La vostra professionalità ha garantito una elevata qualità dell'assistenza e il raggiungimento di grandi traguardi. Tuttavia, non possiamo nascondervi che lo sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie in medicina producono anche alcuni pericolosi effetti collaterali, come è ad esempio l'eccessiva medicalizzazione di eventi naturali, come il parto. Una realtà che ha fatto crescere i costi e i rischi ma che ha soprattutto diminuito la partecipazione e dunque l'empowerment delle donne.

È su queste contraddizioni della modernità che dobbiamo misurarci, in una dimensione la più ampia possibile. Per questo, nel momento in cui ho accettato l'incarico di Ministra della Salute, ho adottato il principio innovativo rappresentato dalla *salute in tutte le politiche*, nella convinzione che questa impostazione strategica sia la risposta scientificamente più solida e operativamente più efficace per la promozione della salute nelle società moderne e per la sostenibilità del sistema di sicurezza sociale nel suo complesso. In questo quadro si inserisce la decisione di promuovere la Prima Conferenza nazionale sulla salute delle donne, che si svolgerà l'8 marzo del prossimo anno, e la predisposizione di un Piano Intersectoriale su questo tema, evento del tutto inedito per i governi del nostro Paese che coordinerà gli interventi da portare avanti nei diversi settori.

Ovviamente il primo passo per poter promuovere la salute delle donne è poter disporre di dati disaggregati per genere sulla prevalenza di malattie e disturbi, come anche di dati sulle condizioni di lavoro e di vita, sui ruoli sociali e familiari, sulla natura e sulla qualità delle relazio-

“Abbiamo lavorato in questo anno di governo con l'obiettivo di costruire tra tutti gli attori del sistema una grande alleanza e di rinnovare un patto di fiducia tra il cittadino e il medico che passi anche attraverso la volontà comune di “fare insieme”, di coinvolgere le persone nella loro interezza senza steccati né categorie. Sono convinta, infatti, che solo attraverso la collaborazione è possibile far funzionare al meglio la complessa macchina del Servizio sanitario nazionale. E ciò è ancor più vero quando si tratta della salute delle donne”

ni, sui vissuti delle donne. Da una prima analisi di questi elementi emergono alcune significative evidenze. È vero, ad esempio, che le donne vivono più a lungo degli uomini, ma è altrettanto vero che vivono un maggior numero di anni di vita in cattiva salute, come sottolineano i dati dell'ultima indagine multiscope Istat che vede l'8,3% delle donne italiane denunciare un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. In particolare dall'indagine emerge che la disabilità è più diffusa tra le donne (6,1% contro 3,3% degli uomini) e che tra le malattie

Lo sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie in medicina producono anche alcuni pericolosi effetti collaterali. È su queste contraddizioni della modernità che dobbiamo misurarci, in una dimensione il più ampia possibile

per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini vi sono l'osteoporosi (+736%), la depressione e l'ansietà (+138%), le patologie della tiroide (+500%), l'artrosi e l'artrite (+49%), la cefalea e l'emigrania (+123%), l'Alzheimer (+100%). Importanti anche i dati relativi

agli stili di vita: cresce il consumo di alcol tra le ragazze e l'abitudine al fumo tra le donne aumenta, a differenza di quanto accade tra gli uomini, con il livello di istruzione e con l'età. Inoltre, continua ad aumentare il numero delle donne sottopeso. Allarmante anche la sottovalutazione riservata ad alcune malattie tipiche della donna: si stima ad esempio che per arrivare alla diagnosi dell'endometriosi, che colpisce circa il 30% delle donne infertili, occorrono almeno 9 anni. Così, il suo costo sociale, per le sole giornate lavorative non effettuate, è stima-

to attorno ai 4 miliardi di euro. Come Ministero della Salute abbiamo già previsto, nel Piano d'azioni presentato a Napoli l'8 marzo scorso, un impegno specifico per contrastare questa patologia, identificandone i percorsi di diagnosi e cura più idonei, attivando un Registro nazionale dedicato, rivedendo i relativi Drg e infine istituendo una Giornata Nazionale dell'endometriosi, in linea con le raccomandazioni dell'Unione Europea. L'utilità di interventi di questo tipo è evidente: per quanto riguarda il

tumore della mammella, che rappresenta la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante per le donne, il Piano Nazionale di Prevenzione e l'organizzazione dei programmi di screening hanno fatto raggiungere risultati rilevanti. Purtroppo, però, nel Mezzogiorno oltre il 60% delle



“L'alleanza deve partire proprio da voi, i ginecologi, che costituite una grande risorsa del Ssn”

donne alle quali si rivolgono i programmi di prevenzione non possono contare su una sufficiente offerta di mammografia all'interno di programmi organizzati. Per superare questo ritardo, il Ministero ha investito risorse aggiuntive e risorse vincolate finalizzate proprio al raggiungimento dell'uniformità territoriale. Molti anche gli interventi che intendiamo promuovere, rivolgendoci soprattutto ai giovani, in ambito di educazione e prevenzione sui temi della sessualità e della riproduzione: per la riduzione delle gravidanze nelle adolescenti; per la contraccezione; per la prevenzione delle malattie sessualmente tra-

smisibili, in particolare dell'Hiv, la cui incidenza sta aumentando; per la prevenzione del carcinoma del collo dell'utero. Come Ministero ci siamo già impegnati sia per la promozione dello “spazio giovani” nei consultori, sia per programmi di vaccinazione pubblica verso la coorte di ragazze di 12-14 anni contro l'infezione di Hpv. Parlando di salute delle donne, non possiamo dimenticare la salute delle donne immigrate, che rappresenta una grande sfida per il sistema sanitario nazionale sia rispetto all'organizzazione dei servizi e alle loro modalità operative, che alle competenze professionali coinvolte. A tal fine, abbiamo istituito la Commissione sulla salute della popolazione immigrata e quella sulle Mutilazioni genitali femminili. Ma in tema di salute delle donne questo Ministero ha realizzato anche molte altre e importanti iniziative. Abbiamo stanziato rilevanti risorse in Finanziaria e avviato numerosi progetti con l'Istituto Superiore di Sanità, come quello “Qualità e valutazione di modelli operativi del Percorso Nascita” e quello “Salute donna per la ricerca nella medicina di genere”. Abbiamo lavorato affinché si istituissero specifici corsi di formazione di Medicina di genere presso le Università; abbiamo promosso il Piano d'azioni sulla salute materno-infantile in coerenza con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Unicef e in accordo con le Società scientifiche e gli Ordini professionali. Abbiamo presentato al Parlamento un disegno di legge sulla tutela della salute e dei diritti della partoriente e del nato e abbiamo avviato, insieme al Ministero degli Esteri, un percorso per la promozione globale della salute e in particolare di quella delle donne. Ma non basta.

Abbiamo istituito la Commissione salute delle donne, che si avvale del contributo di elevate professionalità tra cui rappresentanti delle Regioni, da sempre interlocutore privilegiato di questo Ministero, ed anche – ed è la prima volta – di rappresentanti degli altri Ministeri e degli Enti locali. Investire sulla salute delle donne, assumere la centralità del

rapporto tra produzione e riproduzione sociale, comporta non solo riconoscere il ruolo delle donne nella costruzione dei rapporti sociali, umani, familiari, ma anche ripartire dalle donne per la promozione della giustizia, della democrazia, della pace. Ci aspetta ancora un grande lavoro di conoscenza, di approfondimento, di ricerca e quindi di proposta. Un faticoso impegno certo, ma anche appassionante, che produrrà – ne sono certa – proprio nell'anno europeo per le pari opportunità, un contributo importante nella lotta contro le discriminazioni e le disuguaglianze tra uomini e donne. **Y**

Nato sano. Grazie elevit.



Novità
dalla ricerca Bayer

Elevit,

il nuovo farmaco

multivitaminico e multiminerale

specificamente formulato per la gravidanza,

contribuisce allo sviluppo di un bambino sano

- ☞ riducendo il rischio di **malformazioni congenite** (quali la spina bifida)
- ☞ fornendo alla mamma l'adeguato apporto di vitamine e minerali per soddisfarne l'**aumentato fabbisogno**.

L'efficacia e la tollerabilità di Elevit sono dimostrate da un importante studio clinico e dall'utilizzo da parte di milioni di donne nel mondo.



di Ignazio Marino Presidente, Commissione igiene e sanità, Senato della Repubblica

“Un sistema equo e trasparente è davvero realizzabile”

E ci sono situazioni esemplari che dimostrano come ciò sia possibile, garantendo i diritti dei pazienti e quelli dei medici. Sui temi che si troveranno ad affrontare nel prossimo futuro, il primo obiettivo per Parlamento e Governo è di agire: con rigore, responsabilità e condivisione, contando, sempre di più, sul supporto e il coinvolgimento dei medici che devono diventare gli interlocutori privilegiati per chi si occupa di sanità sul versante politico

È trascorso un anno da quando ho avuto l'opportunità di avviare sulle pagine di questo giornale un dialogo su alcune delle questioni più delicate riguardanti la sanità e i temi che vi stanno particolarmente a cuore. Durante questi dodici mesi la Commissione sanità del Senato che presiedo ha svolto un intenso lavoro e ha avuto modo di impegnarsi con l'obiettivo di migliorare il servizio sanitario e le regole che lo governano per i pazienti, gli operatori sanitari e l'intera collettività. Una sfida tanto impegnativa quanto stimolante. È stato un anno difficile se pensiamo ai tanti casi di malasanità finiti sulle prime pagine dei giornali che hanno alimentato le preoccupazioni dei cittadini e a volte hanno contribuito a smascherare gravi lacune del nostro servizio sanitario. Sappiamo bene che per risolvere i problemi non basta semplicemente prenderne atto e parlarne. Bisogna analizzarli a fondo in ogni loro aspetto, evidenziare i punti di maggiore criticità e, solo in un secondo momento, iniziare a formulare soluzioni possibili basate su dati certi e reali, coinvolgendo gli attori che li conoscono in maniera approfondita. Questo è il percorso che abbiamo voluto seguire quest'anno nell'affrontare la situazione della libera professione dei medici. La Commissione sanità, infatti, ha condotto un'indagine conoscitiva sull'attività libero professionale che ha permesso di metterne in evidenza luci e ombre. Sono stati ascoltati numerosi professionisti al fine di ricostruire una fotografia che rispecchiasse la verità dei fatti. I risultati del lavoro condotto hanno evidenziato che i fondi per l'adeguamento delle strutture, messi a disposizione dallo Stato già nel 1998, sono stati usati solo in parte (la metà dei 900 milioni stanziati) e solo da alcune regioni, che ogni Asl si è organizzata in modo differente e che le amministrazioni non hanno la possibilità di monitorare i medici che

svolgono l'intramoenia allargata, vista la dispersione degli studi privati sul territorio, e che l'evasione fiscale ha assunto dimensioni preoccupanti. L'indagine però, e tengo a sottolinearlo, non ha messo in luce solo i punti deboli, ma anche situazioni virtuose in cui le liste di attesa sono ragionevoli, l'attività libero-professionale degli specialisti ben organizzata, soddisfacente per i pazienti e redditizia per l'azienda. Sono situazioni esemplari che dimostrano come sia davvero possibile realizzare un sistema equo e trasparente che garantisca i diritti dei pazienti e quelli dei medici. Il nostro sistema sanitario vanta numerosi ottimi professionisti che, proprio per questo, vanno aiutati nello svolgere la loro attività. Grazie all'indagine conoscitiva è stato tracciato un quadro preciso che è servito come punto di partenza per il Ministero della Salute per formulare un provvedimento mirato in vista della scadenza del 31 luglio 2007, data entro cui le Asl e le aziende ospedaliere avrebbero dovuto concludere i lavori per adeguare le strutture all'attività libero-professionale intramuraria. La legge approvata (n. 2937 del 2 agosto 2007) proroga di diciotto mesi la scadenza, permette alle Asl di adibire all'intramoenia non solo spazi all'interno degli ospedali, ma anche di stipulare convenzioni con ambulatori o altre strut-



Ignazio Marino
Professore di chirurgia, Jefferson Medical College, Philadelphia

ture sanitarie o affittare spazi esterni, inoltre i servizi di prenotazione e di fatturazione saranno direttamente gestiti dalle Asl e non più dal singolo medico. Questo faciliterà il compito degli amministratori e servirà a tutelare i medici, permettendo loro di svolgere l'attività privata nel quadro di regole chiare e trasparenti e contribuendo a ridurre le liste d'attesa. Non potrà più accadere, infatti, che un paziente ottenga una visita a pagamento in tre giorni mentre deve attendere quattrocento per essere assistito nel pubblico. Chi ha un problema di salute serio dovrà essere preso in carico dal Servizio sanitario nazionale entro 72 ore dalla richiesta, nell'ambito di quelle che sono state definite le

“urgenze differibili”. È importante che un paziente possa decidere di rivolgersi al privato non perché non ha scelta, per non dover aspettare mesi prima di una visita o un esame, ma perché vuole optare per un determinato specialista o per una precisa struttura. Un obiettivo ancora lontano da raggiungere ma che, sono certo, in tempi relativamente rapidi diventerà la regola. E questo anche grazie al modo in cui è stato condotto il lavoro politico. Con i fatti e non solo con le parole. Durante quest'anno, inoltre, è stata spesso al centro delle discussioni politiche un'altra legge molto importante e delicata in ma-

È importante che un paziente possa decidere di rivolgersi al privato non perché non ha scelta, per non dover aspettare mesi prima di una visita o un esame, ma perché vuole optare per un determinato specialista o per una precisa struttura

teria di sanità e di bioetica che vi tocca da vicino. Nel momento in cui sto scrivendo questo mio commento, infatti, una commissione sta lavorando alla revisione delle linee guida della legge 40 sulla procreazione medical-

mente assistita. Il fatto che la legge 40 permetta di rivedere, almeno una volta ogni tre anni, le linee guida che ne regolano l'applicazione consente di adeguare le norme sulla base delle più recenti innovazioni scientifiche e per questo si tratta di un lavoro di grande responsabilità e deve essere ponderato e rigoroso. Ne va del benessere di tante coppie che ripongono in questa risorsa della medicina il proprio progetto di famiglia. Personalmente, ritengo che la situazione attuale possa essere migliorata. Per evitare la crioconservazione degli embrioni, oggi è possibile congelare con ottimi risultati l'ootide, ossia l'ocita dopo l'ingresso dello spermatozoo, nel momento in cui i due patrimoni genetici del padre e della madre non si sono ancora fusi e non esiste un nuovo DNA e quindi non esiste una nuova persona. Questa tecnica potrebbe, quindi, fugare ogni perplessità dal punto di vista etico. In questo modo le pazienti verrebbero sottoposte a una sola stimolazione ormonale, con il prelievo anche di una decina di ovuli, dai quali ottenere ootidi. Un altro punto sul quale si potrebbe eventualmente intervenire riguarda il fatto di consentire la fecondazione assistita non solo alle coppie con problemi di sterilità, ma anche a chi è infetto dal virus dell'HIV e che, per paura della trasmissione del virus al proprio partner, rinuncia ad avere figli e al proprio disegno di famiglia. Qualcosa che ritengo profondamente ingiusto perché le persone sieropositive vengono discriminate da troppo tempo e, almeno per questo problema, la soluzione sarebbe davvero a portata di mano.

Sono molti i temi su cui la politica deve impegnarsi. In Senato ci proponiamo di affrontare nei prossimi mesi il problema dei farmaci orfani e delle malattie rare, quello delle medicine non convenzionali e infine la legge sul testamento biologico. Tengo molto a questa legge in quanto mi considero un forte sostenitore del principio di autodeterminazione del paziente nei confronti delle cure mediche. Con il testamento biologico, infatti, ogni cittadino potrebbe essere libero di poter decidere quali terapie e cure ritiene accettabili per se stesso anche nel caso in cui un giorno perdesse la capacità di intendere e di volere e non potesse più esprimere la propria volontà.

Su tutti questi temi, e sugli altri che il Parlamento ed il Governo si troveranno ad affrontare nel prossimo futuro, l'obiettivo è di agire con rigore, responsabilità e condivisione, contando sempre, e sempre di più, sull'apporto e l'indispensabile coinvolgimento dei medici, che oltre ad essere in prima linea sul campo devono diventare gli interlocutori privilegiati per chi si occupa di intervenire sulla sanità sul versante politico. **Y**

ELEVIT – RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

ELEVIT compresse rivestite con film

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Una compressa rivestita con film contiene:

Vitamina A (Retinolo)	3600 U.I. ¹⁾
– sotto forma di <i>Vitamina A sintetica concentrato polvere, Vitamina A palmitato secco 500</i>	
Vitamina B₁ (Tiamina nitrato)	1,55 mg
– corrispondenti a <i>1,6 mg di Tiamina cloridrato</i>	
Vitamina B₂ (Riboflavina)	1,8 mg
Vitamina B₆ (Piridossina cloridrato)	2,6 mg
– sotto forma di <i>Rocoat piridossina cloridrato 33 e 1/3%</i>	
Vitamina B₁₂ (Cianocobalamina)	4,0 µg
– sotto forma di <i>polvere allo 0,1% idrosolubile: Vitamina B₁₂ 0,1% idrosolubile</i>	
Vitamina C (Acido ascorbico)	100,0 mg
– sotto forma di <i>Calcio ascorbato diidrato</i>	
Vitamina D₃ (Colecalciferolo)	500 U.I. ²⁾
– sotto forma di <i>Colecalciferolo concentrato (in polvere dispersibile in acqua) Vitamina D₃ di tipo 100 CWS secco</i>	
Vitamina E (DL- α -tocoferolo acetato)	15 U.I. ³⁾
– sotto forma di <i>DL-α-tocoferolo acetato concentrato (in polvere): Vitamina E 50% di tipo SD secco</i>	
Calcio pantotenato	10,0 mg
Biotina	0,2 mg
Nicotinamide	19,0 mg
Acido folico	0,8 mg
Calcio	125,0 mg
– sotto forma di <i>133,00 mg di calcio ascorbato diidrato</i>	
– sotto forma di <i>10,50 mg di calcio pantotenato</i>	
– sotto forma di <i>378,89 mg di calcio fosfato dibasico anidro</i>	
Ferro	60,0 mg
– sotto forma di <i>183,00 mg di ferroso fumarato</i>	
Magnesio	100,0 mg
– sotto forma di <i>114,42 mg di magnesio ossido leggero</i>	
– sotto forma di <i>217,95 mg di magnesio idrogeno fosfato triidrato</i>	
– sotto forma di <i>15,00 mg di magnesio stearato</i>	
Manganese	1,0 mg
– sotto forma di <i>2,52 mg di manganese solfato monoidrato</i>	
– determinato da <i>183,00 mg di ferroso fumarato</i>	
Rame	1,0 mg
– sotto forma di <i>2,51 mg di rame solfato anidro</i>	
Fosforo	125,0 mg
– sotto forma di <i>378,89 mg di calcio fosfato dibasico anidro</i>	
– sotto forma di <i>217,95 mg di magnesio idrogenofosfato triidrato</i>	
Zinco	7,5 mg
– sotto forma di <i>20,60 mg di zinco solfato monoidrato</i>	

1) corrispondenti a 1080,0 µg di retinolo

2) corrispondenti a 12,5 µg di colecalciferolo

3) corrispondenti a 15,0 mg di DL- α -tocoferolo acetato

Per gli eccipienti, vedere il paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Compressa rivestita con film. Compresse gialle, biconvesse, oblunghe rivestite con film, con linea di incisione.

4. PARTICOLARI CLINICI

4.1 Indicazioni terapeutiche. Prevenzione o correzione dei disturbi dovuti a squilibrio o carenza di vitamine o minerali o carenze dietetiche durante la gravidanza e l'allattamento. 4.2 Posologia e modo di somministrazione. Una compressa al giorno da assumere intera con un bicchiere d'acqua (0,25 l), preferibilmente durante i pasti. In caso di nausea mattutina, si raccomanda di assumere la compressa a mezzogiorno o alla sera. **La durata del trattamento raccomandata è di un mese prima del concepimento (o quando si programma una gravidanza), per tutto il corso della gravidanza e dell'allattamento. 4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Ipervitaminosi A o D. Compromissione della funzione renale. Accumulo di ferro. Ipercalcemia. Ipercalciuria. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego.** Non superare la dose consigliata. Non assumere Elevit insieme ad altri medicinali contenenti Vitamina A e/o Vitamina D, al fine di evitare il sovradosaggio di queste vitamine. Alte dosi di vitamina A e D per lunghi periodi di tempo possono causare ipervitaminosi. Alte dosi di ferro possono essere dannose. L'acido folico, la Vitamina B₁₂ ed il ferro possono mascherare alcune forme di anemia. Questo medicinale non contiene iodio. Dovrebbe essere fornita un'adeguata integrazione di iodio. Questo medicinale contiene lattosio e mannitolo come eccipienti. I Pazienti con rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, deficienza della lattasi di Lapp o malassorbimento di glucosio-galattosio non devono assumere questo medicinale. Il mannitolo può avere un lieve effetto lassativo. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** La somministrazione concomitante di antiacidi e preparati

a base di ferro per via orale può ridurre l'assorbimento del ferro. Si consiglia di interporre un intervallo di tre ore tra la somministrazione di antiacidi e di preparati a base di ferro per via orale. La somministrazione orale di preparati a base di ferro inibisce l'assorbimento delle tetracicline da parte dell'apparato gastrointestinale e viceversa, determinando una diminuzione delle concentrazioni sieriche sia dell'antibiotico che del ferro. Qualora si renda necessaria la somministrazione concomitante di entrambi i medicinali, i pazienti devono assumere la tetraciclina 2 ore dopo o 2 ore prima della somministrazione di ferro per via orale. Sono state osservate interazioni con i seguenti medicinali: levodopa, bifosfonati, fluorochinoloni, penicillamina, tiroxina, digitale e diuretici tiazidici. **4.6 Gravidanza e allattamento.** Elevit è indicato durante la gravidanza e l'allattamento, tuttavia si raccomanda di non superare il dosaggio consigliato (vedere il paragrafo 4.4). Dosi di vitamina A superiori a 10000 IU/die sono risultati essere teratogeni se somministrati durante il primo trimestre di gravidanza. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non sono stati descritti effetti sulla capacità di guidare e usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati.** Elevit è ben tollerato. In casi rari possono verificarsi disturbi gastrointestinali (ad esempio, stitichezza, diarrea e nausea) che in genere non richiedono la sospensione del trattamento. In casi molto rari sono state segnalate reazioni da ipersensibilità tra cui esantema, asma, angioedema ed orticaria. Elevit contiene ferro che può conferire colore nero alle feci, ma questo fenomeno non ha alcuna rilevanza clinica. **4.9 Sovradosaggio. Non sussiste rischio di sovradosaggio alle dosi nutritive di vitamine e minerali contenuti in Elevit** (vedere anche paragrafo 4.4). Un'assunzione eccessiva di Vitamina A può causare affaticamento, irritabilità, anoressia, disturbi gastrointestinali, alterazioni della pelle e capelli (es. eritema e prurito). Il sovradosaggio di vitamina D porta ad ipercalcemia, che mostra i seguenti sintomi: nausea, vomito, sete, polidipsia, poliuria e stitichezza. Alte dosi di ferro causano irritazioni gastrointestinali e dolore addominale con nausea e vomito. Altri effetti gastrointestinali possono comportare stitichezza e diarrea. In caso di sintomi da sovradosaggio l'uso del medicinale deve essere interrotto.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche. Categoria farmacoterapeutica: multivitaminico e minerali/oligoelementi. Codice ATC: A 11A A03. **Elevit** è un preparato **multivitaminico/poliminerali** che contiene **12 vitamine** in associazione con **3 minerali** e **4 oligoelementi**, appositamente studiato per garantire un **adeguato apporto di micronutrienti sia al feto che alla futura madre. Le vitamine sono nutrienti essenziali**, indispensabili per il normale **sviluppo e la crescita del feto e del neonato**, per il metabolismo e la formazione di carboidrati, energia, lipidi, acidi nucleici e proteine, nonché per la sintesi di aminoacidi, collagene e neurotrasmettitori. I preparati multivitaminici/poliminerali sono indicati per la **prevenzione e la correzione delle carenze nutrizionali di micronutrienti**. La gravidanza e l'allattamento sono periodi in cui si verifica un aumento del fabbisogno di micronutrienti e, di conseguenza, un maggior rischio di carenza di micronutrienti **sia per la madre che per il bambino. Durante la gravidanza, in particolare, la carenza di micronutrienti comporta un rischio ancora più serio per la salute, poiché può compromettere anche il normale sviluppo del feto. L'integrazione con l'acido folico o con un multivitaminico contenente acido folico è raccomandata per prevenire malformazioni congenite incluso i difetti del tubo neurale.** **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** I principi attivi contenuti in Elevit, vitamine, minerali ed oligoelementi, sono micronutrienti essenziali largamente distribuiti nel corpo umano. I livelli di micronutrienti presenti nel plasma e nei tessuti sono regolati omeostaticamente ed influenzati da vari fattori come fluttuazioni diurne, stato nutrizionale, crescita, gravidanza e allattamento. Non sono disponibili dati farmacocinetici sui principi attivi di Elevit. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** I principi attivi di Elevit, vitamine, minerali ed oligoelementi sono nutrienti essenziali considerati sicuri se somministrati alle dosi raccomandate. Non sono stati condotti studi di teratogenicità con Elevit negli animali.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti. Nucleo della compressa: Lattosio monoidrato, Mannitolo, Dispersione acquosa di etilcellulosa (etilcellulosa, sodio laurilsolfato, alcool cetilico), Macrogol 6000, Macrogol 400, Glicerolo distearato, Gelatina, Cellulosa microcristallina, Etilcellulosa, Amido di sodio glicolato, Magnesio stearato, Povidone K90, Povidone K30. **Rivestimento della compressa:** Ipromellosa, Dispersione acquosa di etilcellulosa (etilcellulosa, sodio laurilsolfato, alcool cetilico), Macrogol 6000, Talco, Titanio diossido (E171), Ossido di ferro giallo (E172). **Componenti dei premix vitaminici:** • Vitamina A palmitato secco 500: Vitamina A palmitato, butilidrossitoluene, gelatina, saccarosio, amido di mais. • Rocoat piridossina cloridrato 33 e 1/3%: Piridossina cloridrato, mono- e digliceridi di acidi grassi edibili. • Vitamina B₁₂ 0,1% idrosolubile: Cianocobalamina, citrato trisodico, acido citrico anidro, maltodestrina. • Vitamina D₃ polvere 100 CWS: Colecalciferolo, DL- α -tocoferolo, olio di semi di soia parzialmente idrogenato, gelatina idrolizzata, saccarosio, amido di mais. • Vitamina E 50% di tipo SD secco: DL- α -tocoferolo acetato, gelatina idrolizzata, silicio diossido. **6.2 Incompatibilità.** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità.** 2 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione.** Non conservare a temperatura superiore ai 25 °C. Conservare al riparo dall'umidità. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** Blister di PVC/PE/PVDC/Alluminio da 30 e 100 compresse. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione.** Nessuna istruzione particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Bayer S.p.A. – Viale Certosa, 130 – Milano

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

30 compresse rivestite con film AIC 037072016/M

100 compresse rivestite con film AIC 037072028/M

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

9/11/2006

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Ottobre 2006



di Antonio Tomassini Senatore, Presidente Commissione d'Inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Ssn

Donna e ambiente: il contributo del Parlamento

Mai come nella XV Legislatura la salute femminile è stata all'attenzione degli organismi parlamentari, tanto che sono ormai diverse le iniziative tendenti a migliorare la salute della donna e a favorire efficaci iniziative di prevenzione.

Il ruolo dell'ambiente nell'eziopatogenesi delle paologie infettive è noto da secoli mentre l'influenza sulle malattie cronico-degenerative è conosciuta solo da pochi anni e gli studi epidemiologici più recenti ne assegnano oggi un ruolo molto rilevante. Ci riferiamo in particolare a tumori maligni, malattie cardiovascolari e respiratorie per le quali la vita in alcuni ambienti può arrivare a raddoppiare il rischio di malattia: emblematico è il caso del tumore al seno che fa registrare un'incidenza quasi doppia nelle province del nord rispetto a quelle del sud-Italia. Se poi estendiamo il discorso dall'ambiente fisico a quello sociale questo ruolo assume una rilevanza ancora maggiore: basti pensare alle aree di degrado ambientale (ricordiamo ad esempio i recenti dati sull'aumento di mortalità in alcune zone della Campania) e al fatto che le donne sempre più vivono e lavorano in ambienti a potenziale rischio. Infine, non si sottovaluti il fatto che gli impegni casalinghi delle sempre più numerose donne lavoratrici sommano ai rischi dell'ambiente esterno quelli non irrilevanti del-

“Nella programmazione sanitaria nazionale emerge la mancanza di un approccio complessivo ai temi della salute femminile, mentre nell'ambito politico, in modo particolare in ambito parlamentare, emerge una grande attenzione al tema di provvedimenti legislativi più settoriali”



l'ambiente domestico.

Su questa base, una cinquantina di senatrici e senatori della Repubblica hanno proposto nell'autunno del 2006 una mozione (la Senatrice Bianconi è stata la prima firmataria) che partiva da una serie di presupposti per giungere ad una proposta finale condivisa da sottoporre al Governo. Eccoli.

1. Nell'ambito dell' "universo femminile", normalmente si parla di donne che lavorano, di donne impegnate nei più diversi settori della cultura, della politica, dell'economia, si parla di donne come fulcro fondante della famiglia, ma in campo sanitario quelle che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha specificatamente definito "differenze di genere" non sono tenute in debita considerazione;

2. pur riconoscendo che non esistono, in Italia, situazioni di palese discriminazione vi è comunque una molteplicità di fattori che determinano uno stato di sostanziale svantaggio delle donne in tema di tutela alla salute;

3. nella programmazione sanitaria nazionale emerge la mancanza di un approccio complessivo ai temi della salute femminile, mentre nell'ambito politico, in modo particolare in ambito parlamentare, emerge una grande attenzione al tema di provvedimenti legislativi più settoriali. Ci si augura di poter interpretare questa sensibilità come il passaggio ad una nuova cultura di programmazione sanitaria che sappia cogliere le specifiche dell'universo femmi-

nile, predisponendo una risposta assistenziale più adeguata e che tenga conto dei molteplici fattori presenti;

4. l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato un allarme denunciando che le donne risultano essere sempre più svantaggiate rispetto agli uomini per tutto quanto riguarda la loro salute. Un documento del Dipartimento per il genere e la salute della donna, evidenzia l'importanza e la complessità del tema della diversità femminile sottolineandone l'ancora sostanziale misconoscenza e sottovalutazione.

5. più di recente, il rapporto annuale dello Iom (Institute of Medicine) ha rilevato nelle proprie conclusioni che la differenza di genere apre interrogativi su molte problematiche che finora non sono state neppure immaginate.

La salute delle donne è cambiata anche perché è cambiato il loro ruolo sociale. Oggi la donna è overcommitted, si confronta, cioè, con un carico di impegni maggiore rispetto a quelli che è in grado di gestire, molte donne devono fare i conti con ritmi frenetici derivanti da una molteplicità di impegni, con la conseguenza di un aumento di ansia, stress e disturbi correlati. Infatti i disturbi psi-

L'istituzione, alla stregua di quanto è stato fatto in America e in Svizzera, di un corso di specializzazione in medicina di genere da affiancare alle numerose specializzazioni già esistenti: questo l'impegno richiesto al Governo dalla mozione del Senato

chiatrici sono in netta prevalenza femminili e le malattie cardiocircolatorie sono diventate la prima causa di morte per le donne. Il detto comune per cui l'infarto era definito come la malattia che rende vedove, oggi non vale più. Adottare in campo medico una prospettiva di genere e ridisegnare la ricerca come strumento di conoscenza delle specificità femminili è quindi una necessità e, nel contempo, un passaggio fondamentale per pensare ad una salute anche a misura di donna;



Antonio Tomassini

6. in Italia non si è fatto ancora nulla nei programmi formativi delle Facoltà di medicina e chirurgia per la costruzione di una "medicina di genere", cioè di una medicina che tenga conto delle fisiologiche differenze tra uomini e donne sia nella teoria che nella pratica clinica come invece accade in altri paesi;

7. nel 2005 è nato in Italia l'osservatorio O.N.D.A. (Osservatorio nazionale sulla salute della donna) che si occupa della salute della donna con una visione a 360 gradi, e che collabora con tutti gli istituti preposti a livello nazionale, per studiare, informare, educare e stimolare ad una grande attenzione su queste tematiche.

La mozione del Senato si concludeva con l'impegno del Governo a istituire, alla stregua di quanto è stato fatto in America e in Svizzera, un corso di specializzazione in medicina di genere da affiancare alle numerose specializzazioni già esistenti

per chi, dopo la laurea in medicina e chirurgia, voglia approfondire questa materia. Vale infine la pena di ricordare le numerose iniziative parlamentari su un altro tema attualissimo, quello del nuovo vaccino anti-HPV, destinato ad aprire una nuova era nella lotta contro il cancro. E a tale riguardo continuano a giungere rassicurazioni dal Ministero sul fatto che all'inizio del 2008 partirà l'auspicata campagna vaccinale sulle ragazze dodicenni.

Lady
presteril[®]

SIAMO PRESENTI
ALL'83° CONGRESSO
NAZIONALE SIGO
A NAPOLI. STAND 102-103

LIQUIGEL



Nella secchezza vaginale di qualsiasi eziologia

- Dà immediato sollievo dai sintomi della secchezza vaginale
- Favorisce la naturale idratazione
- Ottimizza la condizione del tessuto vaginale
- Previene l'irritazione e le complicanze
- È un ottimo lubrificante
- È naturale, sicuro e protegge la flora fisiologica
- Non unge, non macchia, è solubile in acqua, non interferisce con tamponi o condom

NON CONTIENE CONSERVANTI
NESSUN EFFETTO COLLATERALE
UTILIZZABILE IN GRAVIDANZA*

* non contiene profumi,
ormoni, antibatterici,
anestetici, siliconi...

Prezzo al pubblico
Euro 9,90



*La risposta adeguata alla secchezza vaginale.
In ogni condizione.*

Dispositivo medico Classe 1° **CE**

di Carlo Sbiroli

Verso un Collegio italiano di ginecologi?

Lavorare alla creazione di nuovo "soggetto ginecologico", che comprenda le diverse anime non universitarie della ginecologia italiana, con più forza per tutelare meglio i propri iscritti anche in settori non strettamente ospedalieri. E per incidere nei processi decisionali e nelle riforme che inevitabilmente ci attendono nel prossimo futuro

L'Aogoi si presenta al Congresso nazionale di Napoli come l'associazione leader della ginecologia italiana. Un ruolo che si è conquistata pian piano nel tempo attraverso l'impegno costante di difesa dei propri iscritti e di salvaguardia delle problematiche più importanti della salute della donna e del bambino. È diventata l'interlocutrice principale del mondo politico italiano e, a livello internazionale, ha proiettato un'immagine estremamente positiva anche nei circoli più esclusivi della ricerca scientifica.

Il punto di svolta si è avuto a Kuala Lumpur nel novembre 2006, quando si riuscì a portare a Roma il Congresso mondiale Figo 2012. Fu un successo tutto Aogoi, fortemente voluto dalla dirigenza e le cui strategie erano state programmate alcuni anni prima in tutti i dettagli. Quelli furono anni determinanti perché cambiarono la mentalità degli ospedalieri. Per la prima volta l'Aogoi si presentava a livello internazionale e riceveva importanti riconoscimenti. Soprattutto l'Associazione acquisiva la consapevolezza che tali consensi non si basavano su valutazioni superficiali, e tanto meno formali, ma indiscutibilmente su risultati clinico-scientifici che il mondo ospedaliero italiano era riuscito a portare in campo internazionale.

Ora sono convinto che sia giunto il tempo di apportare alcuni cambiamenti sostanziali nell'Aogoi. Il momento migliore per cambiare un'associazione è quando questa si trova in buona salute, non certo quando cominciano a comparire le crepe e i custodi, impauriti, perdono il controllo della situazione. Sono convinto anche che il Congresso Sigo di Napoli, proprio per la sua ampia platea, costituisca l'occasione più adatta per affrontare queste problematiche, e soprattutto per proporre delle riflessioni.

Il centro della nuova riflessione è semplice da capire e difficile da non condividere nel suo complesso. Ma veniamo al nodo centrale: attorno al settore della ginecologia sono nate e cresciute numerose associazioni non universita-

rie, la maggior parte con identici obiettivi e strategie e, di conseguenza, con proposte per la soluzione dei problemi simili se non addirittura sovrapponibili. E allora perché non creare un nuovo "soggetto ginecologico" in cui possano confluire, ognuna con pari dignità, ospedalieri ed extraospedalieri, mantenendo una precisa separazione dagli universitari? Questo permetterebbe di creare una piattaforma comune, compatta, in grado di realizzare una più forte rappresentanza a livello politico. Permetterebbe soprattutto di favorire un rapporto più costante e proficuo tra il mondo della ginecologia e le istituzioni, dove queste ultime non possono essere indifferenti ai valori della tradizione prevalente. E in Italia la tradizione prevalente

L'Aogoi si faccia promotrice di questo grande progetto politico-socio-sanitario: cominci a unire le forze, perché divisi non si ottengono risultati

(non fosse altro per il numero delle prestazioni) è quella ospedaliera ed ambulatoriale, certamente non universitaria. È assurdo pensare che ginecologi consultoriali, ospedalieri, territoriali e liberi professionisti, pur condividendo gli stessi obiettivi e strategie, siano realtà separate e in lotta fra loro. Anche se è doveroso precisare che attualmente

una buona quota del mondo extraospedaliero è iscritto all'Aogoi. Ciò accade soprattutto per motivi opportunistici; ad esempio, un ospedaliero, nel momento in cui va in pensione (diventa extraospedaliero), rimane in Aogoi per i vantaggi derivanti dalla tutela assicurativa che gli permette di continuare a lavorare con maggior tranquillità nel proprio ambulatorio e in cliniche private. La stessa cosa avviene per tutte le altre categorie extraospedaliere (consultoriali, territoriali, liberi professionisti) che sono tutelate dall'Aogoi (purché iscritti) con

svariate iniziative.

Nel complicato contesto della sanità italiana, che come tutti sappiamo sta attraversando un momento critico dal punto di vista delle risorse economiche, dell'organizzazione, dell'innovazione, non possiamo presentarci ai nostri interlocutori come entità associative separate: così facendo rischiamo di ridurre le possibilità di incidere nei processi decisionali e nelle riforme che inevitabilmente ci attendono nel prossimo futuro.

È evidente che la costituzione di un nuovo "soggetto ginecologico", che comprenda le diverse anime non universitarie della ginecologia italiana, può avere più forza e tutelare meglio i propri iscritti anche in settori non strettamente ospedalieri. Vorrei che questo nuovo "soggetto" s'interessasse, ad esempio, dei ginecologi accreditati presso le Case di cura private, che non hanno gli stessi privilegi, in termini di scudo assicurativo e di stipendio, dei colleghi ospedalieri. Vorrei anche che questo nuovo "soggetto" in qualche modo fermasse la fuga dei ginecologi dalle sale parto, e soprattutto restituisse serenità ai medici. Vorrei che questo nuovo "soggetto" riportasse la ricerca e la clinica nell'ambito dei reali bisogni della donna e ridefinisse il nostro impegno professionale evitando d'inseguire le mode momentanee e fuggevoli.

Ho portato solo alcuni esempi, presi a caso. So bene che non basterebbero le pagine di questo numero di Gynecoogoi per enumerare tutti i problemi che sono sul tappeto e che ci toccano da vicino. La mia speranza, il mio sogno è quello di realizzare una ginecologia profondamente diversa. Sono convinto che questo si può ottenere riunendo le diverse anime della ginecologia italiana in un grande progetto politico-socio-sanitario: un Collegio di ginecologi. Non che questo sia il nome definitivo, ma senza dubbio dovrebbe riflettere la ragione sociale del "soggetto ginecologico", figlio naturale (altro che procreazione assistita) e moderno dell'Aogoi e dei diversi gruppi di ginecologi non universitari. In questo nuovo assetto (il collegio di ginecologi) l'unico discrimine riguarda i ginecologi universitari per la peculiarità della loro attività, incentrata soprattutto sulla ricerca e l'insegnamento, che, a mio avviso, andrebbe tenuta distinta. Ma anche qui, la questione del buon insegnamento, della ricerca scientifica, della visione della società, e soprattutto della preparazione seria delle nuove generazioni di ginecologi, costituisce già una nuova linea rossa che può separare ancor più il mondo univer-

► Segue a pagina 42



di Serafino Zucchelli Sottosegretario al Ministero della Salute

La formazione medica postlaurea e il ruolo degli ospedali

Nel 1992 un autorevole professore universitario definiva la formazione medica post-laurea "un sistema in deprecabile stato di funzionamento" accusando le scuole di specializzazione di tradire "il mandato professionalizzante - in tutta la dignità e pregnanza del termine - che la legge assegna loro" (G. Renga)

Dopo 15 anni e due modifiche legislative, la situazione non appare sostanzialmente cambiata. L'attuale sistema formativo post-laurea, che di fatto esclude le competenze e le prerogative del Ssn, non soddisfa né i soggetti in formazione, che anche dopo l'adeguamento alla normativa europea vivono una condizione professionale inadeguata, né i cittadini perché la relativa ristrettezza delle strutture formative non garantisce a sufficienza l'acquisizione delle indispensabili competenze ed esperienze, né le Regioni perché di fatto parcheggia preziose risorse professionali in circuiti formativi estranei alle esigenze del sistema.

Nell'anno accademico 2006-2007 per l'immatricolazione nei corsi di laurea del settore sanitario in 43 Facoltà di Medicina erano disponibili circa 19.735 posti ai quali aggiungere oltre 5000 contratti di formazione lavoro post-laurea in 1740 scuole di specializzazione in cui la pratica professionale dovrebbe rappresentare il 70% dei Cfu.

A fronte di questa crescita dell'offerta formativa l'apporto del personale laureato del Ssn, pur previsto dal D.lvo n. 502/92 e s.m., è ancora di scarsa rilevanza quali-quantitativa, risentendo verosimilmente sia della "parsimoniosa" applicazione di parte universitaria e regionale, dell'articolo 6 di tale decreto, sia dell'assenza di elementi incentivanti, in termini economici e di carriera, per il personale ospedaliero che fornisca una funzione didattica oltre che assistenziale. In sostanza, la previsione normativa di dover rispondere attraverso le convenzioni con le Regioni, alle esigenze della formazione post-laurea in strutture del Ssn è sostanzialmente disattesa essendo noto che gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorché occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicu-

La didattica della medicina deve orientarsi verso un modello in cui la preparazione teorica sia immediatamente inclusa nell'attività pratica con un rapporto docente-discente sempre più diretto e capillare. Per fare in modo che le funzioni "tutoriali" sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula



rare i volumi produttivi che ne giustificano la esistenza. Eppure, il modello formativo moderno non può essere più quello tradizionale delle facoltà, insufficiente per logiche e dimensioni a far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico. Una discussione sui futuri luoghi della didattica medica deve prendere in considerazione nuovi contenitori ove la preparazione teorica sia immediatamente embricata nell'attività pratica con un rapporto docente-discente diretto e capillare e le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula. Tali contenitori, che altrove si chiamano "Ospedali d'Insegnamento", realizzano un modello integrato d'insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza, recuperando il ruolo formativo del Ssn e mettendo in discussione la autoreferenziale superiorità culturale dell'università nella formazione post laurea ed il conseguente monopolio teso a rimarcare la diversità del mondo accademico rispetto a quello ospedaliero del Ssn.

La carenza forse più macrosco-

pica del decreto legislativo n. 517/99 è non aver previsto una ridefinizione del ruolo del personale medico ospedaliero negli ospedali sede di insegnamento. Carenza ben grave ove si consideri che la stragrande maggioranza del personale che opera in tali Aziende afferisce al Ssn, che la perdurante differenziazione dei ruoli operativi è una delle cause delle conflittualità riscontrate e che nell'accresciuto compito formativo nell'ambito delle specializzazioni mediche a norma Ue e dei corsi di laurea del personale sanitario tale personale è chiamato ad esercitare

"La sinergia tra le missioni di ricerca applicata, formazione e pratica clinica è l'obiettivo cui dovrebbero tendere tutti gli ospedali e l'ospedale di insegnamento è il luogo dove realizzare al meglio tale sinergia"

un ruolo rilevante, regolamentato da appositi protocolli e rafforzato dalla previsione in capo al dirigente ospedaliero della titolarità dei corsi svolti presso una struttura del Ssn.

Il sistema ospedaliero può orientare i nuovi professionisti verso quei valori di qualità, appropriatezza, corretto uso delle risorse che rendono equo e sostenibile il Sistema sanitario in un'epoca di risorse economiche limitate. Anche la formazione pratico-professionale si acquisisce al meglio negli ospedali che hanno una naturale vocazione all'insegnamento pratico del "saper fare e saper essere", ambiti propri e peculiari delle strutture del Ssn.

I Paesi europei hanno regole diverse in merito alla formazione post-laurea ma in nessun caso essa è di esclusiva pertinenza dell'Università. Dovunque è svolta negli ospedali, compresi quelli universitari.

La formazione medica è, tra l'altro, uno dei punti principali di riferimento per la libera circolazione dei medici all'interno dell'Unione europea. Questa libertà di movimento deve essere sostenuta da sistemi formativi e di accreditamento che portino a standard reciprocamente accettabili e in continuo miglioramento, in modo che i pazienti abbiano realistiche aspettative di ricevere un'elevata qualità di assistenza dovunque vivano e a prescindere dall'area in cui il medico sia stato formato. Al fine di garantire la qualità della formazione svolta, la L. 257/91 prevede i requisiti minimi che le strutture devono possedere e un impegno a tempo pieno dello specializzando finalizzato al raggiun-

gimento di obiettivi formativi di crescente e progressiva complessità. Tuttavia tali obiettivi rimangono in gran parte disattesi, sebbene spesso certificati al momento degli esami finali. In Italia, il rapporto giuridico fra specializzando e Scuola ha finalmente assunto caratteristiche di formazione-lavoro previste dalla Direttiva 93/16/Cee sulla libera circolazione dei

medici, attuata con il D.Lgs. n. 368/99. Ciò, però, non evita che gli specialisti che effettuano i loro studi in Italia possano accedere agli incarichi di livello più elevato quando sono in media di cinque anni più vecchi rispetto ai colleghi europei, con peggiori prospettive per quanto riguarda l'esperienza e la carriera. Non possiamo permetterci una elevata soglia di accesso al lavoro medico, per cui occorre cominciare a domandarsi se non costituisca una eccessiva rigidità strutturale l'obbligo della specializzazione per accedere alla dirigenza medica del Ssn o non sia preferibile consentire l'inserimento del neolaureato nei posti vacanti, quale "medico in formazione", assicurandogli il percorso professionalizzante adeguato, integrato con componenti teoriche.

Un progetto finalizzato alla formazione dei medici specialisti che opereranno in un Ssn moderno e adeguato alle necessità dei cittadini deve uscire dalle logiche accademiche, che rimangono in Italia orientate più al sapere teorico che ad un'efficace pratica clinica. Infatti il "saper efficace", altrimenti detto "saper fare e saper essere", è caratterizzato dalla capacità di scegliere, sia in campo diagnostico che terapeutico, fra varie possibilità quella che maggiormente si adatta al singolo paziente attraverso ampie conoscenze e, soprattutto, capacità decisionale, ("decision making"). L'evoluzione della medicina ha prodotto diversi settori di competenza, le Specializzazioni, che il mondo accademico tende a mantenere separati rischiando di perdere così la visione del paziente nella sua globalità. L'"integrazione specialistica" è parte del sapere efficace e rende il medico maggiormente competente non solo nei confronti della pratica clinica, ma anche per quel che riguarda gli aspetti organizzativi e gestionali. Le Regioni, avvalendosi del D.lgs 229/1999, art. 16 sexies, e della modifica del titolo V, possono assumere come base metodologica e supporto organizzativo la Rete Formativa Regionale per realizzare quell'idea di Ospedale d'Insegnamento che dovrebbe costituire il nucleo portante di una vera integrazione



Serafino Zucchelli

“Un progetto finalizzato alla formazione dei medici specialisti che opereranno in un Ssn moderno e adeguato alle necessità dei cittadini deve uscire dalle logiche accademiche”

tra Ssn e Università. Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali, di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere e territoriali all'interno di un bacino d'utenza circoscritto, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza a rotazione sia in sedi con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo. Tale previsione, raf-

forzata da un inserimento pieno negli ultimi due anni all'interno delle Uu.Oo. del Ssn, è contenuta nel Ddl sull'ammodernamento del sistema sanitario che il ministro della Salute si prepara a portare al Consiglio dei Ministri.

La sinergia tra le missioni di ricerca applicata, formazione e pratica clinica è l'obiettivo cui dovrebbero tendere tutti gli ospedali e l'ospedale di insegnamento è il luogo dove si realizza al meglio tale sinergia. La colla-

borazione con l'Università può avvenire nell'indipendenza normativa e organizzativa dei ruoli al fine di ottenere la professionalizzazione dei medici e la trasformazione di un laureato da prodotto semilavorato a professionista completo, in una logica di rete che regoli il percorso formativo degli specializzandi all'interno delle strutture del Ssn e valorizzi la profes-

sionalità dei suoi operatori. L'ospedale di insegnamento è struttura di importanza cruciale in qualsiasi sistema sanitario ma, nel nostro Paese, rischia di rimanere vittima di quell'intrico di norme contraddittorie e incoerenti che ha prodotto conflitti e problemi tra Ssn e Università. Oggi è una realtà legislativa negata. Ma se non si cambia non c'è salvezza per il sistema formativo e si mette a rischio la sopravvivenza di quello assistenziale. ■

Romano C. Forleo *, Anna Paola Cavalieri, Patrizia Forleo*****

Come educare all'assistenza alla nascita

Il presidente dell'American College of Obstetricians and Gynecologists (Acog) ha recentemente presentato un piano di studi affinché i ginecologi degli Stati Uniti non abbandonino troppo presto l'ostetricia. Questa tendenza a dedicare all'assistenza alla nascita solo i primi anni di vita professionale viene favorita anche in Italia dalle sempre più frequenti problematiche medico-legali che pesano su questo delicato settore, richiedendo un impegno rilevante, in termini fisici e psicologici. In altre parole si tratta di un "lavoro usurante" che incide non poco sulle malattie vascolari e metaboliche. L'abbandono da parte di molti ginecologi dell'assistenza alla nascita denatura la stessa specialità di ginecologia. L'ostetricia è, infatti, definita in tutto il mondo come branca fondamentale della ginecologia, specialità della medicina, includente tutto il settore riguardante la genitorialità e la sessualità femminile. In questi ultimi anni nella ginecologia (gyné = donna) sono state inoltre incluse dalla Figo quattro sottospecialità: fisiopatologia della riproduzione, perinatologia, oncologia ginecologica, uroginecologia. È importante ricordare che il ginecologo (d'ora in avanti useremo il termine maschile come "neutro", anche se l'attuale e prossima generazione di ginecologi sarà prevalentemente costituita da donne) non può più limitarsi ad essere "medico dell'apparato riproduttivo e sessuale della donna", ma deve essere sempre più "medico della persona di genere femminile", includendo in questi termini anche i suoi aspetti cognitivi, emotivi e

I ginecologi tendono sempre più ad abbandonare l'assistenza alla nascita dopo i primi anni di vita professionale. È invece necessario che ogni medico, ogni specialista in ostetricia e ginecologia sia educato e riceva una formazione in campo ostetrico a tutto tondo basata su "progetti" in grado di fargli acquisire progressivamente nuovi ruoli e funzioni professionali, oltre ad una mentalità al servizio della coppia "genitoriale" e della donna. Una formazione che non dovrebbe investire solo i Centri universitari ma anche gli ospedali, le Società scientifiche e le associazioni di specialisti

relazionali. Medico quindi per tutte le stagioni di vita della donna, includente quindi anche quell'importante periodo che riguarda la gravidanza, il parto e il puerperio. Non esiste dunque ginecologo che non debba avere competenza nell'assistenza alla fase riproduttiva della donna. Solo dopo una lunga e solida esperienza nell'assistenza perinatale che abbracci prevenzione, counselling, assistenza a gravidanza-parto-puerperio fisiologici, e terapia medica e chirurgica della patologia perinatale, incluse le turbe dell'umore, alcuni potranno dedicarsi esclusivamente alle quattro sottospecialità sopraelencate. Ricorderemo anche che la sessuologia, la psicosomatica e il counselling psicologico fanno invece parte del bagaglio culturale e della prassi professionale di ogni ginecologo. Permangono ovviamente le fondamentali direttrici nelle quali ogni medico deve crescere: clinica, ricerca, formazione e management in campo sanitario. Queste considerazioni "semantiche" sono essenziali per impostare la formazione dello studente in medicina e dello specializzando in ginecologia, e per meglio strutturare la formazione permanente (Ecm) dello specialista. Tale formazione non investe soltan-

to i Centri Universitari, ma anche Ospedali, Società scientifiche, Associazioni Professionali di specialisti. Nel presente articolo non prendiamo in considerazione la preparazione della "midwife" (with-the-wife), che in Italia è una delle lauree infermieristiche. Un tempo la midwife era colei che "accompagnava" la donna nei propri aspetti riproduttivi, ricorrendo al medico solo quando compariva la patologia. Il termine di "commare" (con la madre) caratterizzava positivamente questo ruolo. Oggi la sua professione include l'assistenza di tipo infermieristico a tutti gli aspetti della vita riproduttiva e sessuale della donna, compresa la puericultura e l'assistenza infermieristica nei reparti ginecologici e in sala operatoria. In queste pagine affronteremo essenzialmente il ruolo del medico, cioè di come ogni medico e ogni specialista in ostetricia e ginecologia debba educarsi in campo ostetrico. **La formazione dello studente in medicina** Per quanto riguarda il laureato in medicina, occorrerà individuare quali nozioni di neuropsicoendocrinologia della riproduzione debbano far parte del suo bagaglio, quali nozioni di igiene, prevenzione e terapia dal conce-

pimento al puerperio deve possedere (a tal riguardo è stato sorprendente osservare, durante la battaglia referendaria sulla fecondazione assistita, l'ignoranza di molti medici sui meccanismi legati al concepimento, alle problematiche genetiche, ai rischi riproduttivi, al ruolo e funzioni delle cellule staminali, totipotenti e pluripotenti). Su questo tema esistono purtroppo ancora differenze tra le varie Scuole Universitarie italiane che, a nostro parere, dovrebbero essere appianate. Gli studenti in medicina dovrebbero anche essere avvicinati ai temi delle dinamiche psicologiche della donna durante la gravidanza, delle alterazioni dell'umore e delle variazioni nella vita di coppia in gravidanza e dopo la nascita del figlio, dello sviluppo sensoriale del feto, dell'attaccamento madre-figlio, oltre che ai temi puramente biologici, ma anche avere conoscenze pratiche di travaglio e parto. Data l'impossibilità da parte degli studenti di fare un minimo di esperienza ostetrica nei Centri nascita universitari, occorrerà coinvolgere in questa fase le strutture ospedaliere.

La formazione dello specialista in ostetricia

Diversa è la formazione dello specialista in ostetricia che deve possedere la capacità di assistere gravidanza, parto e puerperio fisiologici, essendo in grado di prevedere "l'aumento di rischio", specialmente durante il travaglio e che deve determinare un pronto ed efficace intervento terapeutico. Se infatti è vero il vecchio adagio che "il travaglio di parto si segue con le mani dietro la schiena", è indiscusso che la previsione di una improvvisa pato-

logia durante l'assistenza al parto (prima cioè che questa si verifichi) è il compito più difficile della professione del ginecologo. Per questo è necessaria una lunga esperienza dello specializzando in "area travaglio-parto", con crescente responsabilità decisionale.

Nei primi due anni si faranno turni di 12 ore in area travaglio parto (dall'accoglienza della donna nella cosiddetta accettazione, all'aiuto negli interventi medici e chirurgici, fino a seguire travagli fisiologici) sempre sotto la guida di un mentore (tutor). Nel terzo anno i turni si svolgeranno con la forma one-to-one. In altre parole lo specializzando accoglierà la partorientente e il suo compagno alle prime contrazioni e li seguirà fino a tutto il post partum, sotto la guida di un tutor, imparando ad eseguire anche le semplici manovre di aiuto manuale nella fase espulsiva, e il controllo delle due ore dopo il parto in cui inizia l'allattamento. La presenza in area travaglio-parto si svolgerà sotto il controllo-responsabilità del dirigente ospedaliero di turno, capoguardia.

Nel quarto e quinto anno, il rapporto one-to-one, sarà sempre più autonomo, fino ad avere responsabilità diretta. Lo specializzando potrà infine discutere la tesi solo se ha seguito in tal modo almeno duecento travagli-parti per via vaginale, avendo acquisito la capacità di utilizzare i più moderni mezzi di monitoraggio. Gli ospedali che accettano di collaborare con le Scuole di Specializzazione nella preparazione dei futuri ginecologi, debbono accettare questa parte e il tutor, che segue gli ultimi tre anni di specializzazione (ospedaliera o universitaria), deve rendersi garante delle capacità di assistere un parto fisiologico e patologico del futuro specialista.

La preparazione dello specializzando in ostetricia

La preparazione dello specializzando in ostetricia deve includere anche l'assistenza ambulatoriale, dal concepimento a tutto

il puerperio. Tutti i centri nascita accreditati devono infatti includere questa assistenza, pena il non accreditamento.

Nel primo anno si parteciperà a scuole per "conduttori di corsi di preparazione al parto", affrontando i problemi legati al vissuto della gestante, ai suoi rapporti affettivi, alle norme igieniche (alimentazione, ginnastica) per possedere, oltre che rigorose conoscenze su questi temi, anche tecniche di counseling e modalità di approccio medico-paziente. Oltre che in sala parto, l'attività dello specializzando si svolgerà quindi negli ambulatori ostetrici a fianco dello specialista, con un graduale apprendimento delle tecniche ecografiche e di monitoraggio biochimico e cardiocografico, oltre che degli apporti terapeutici in patologia ostetrica.

Si dovranno così acquisire le conoscenze della patologia perinatale, inclusa la prescrizione e la lettura degli esami di laboratorio, le modalità di un corretto rapporto medico-paziente per essere in grado di assumersi la responsabilità di seguire la gestante dalla visita preconcezionale fino a tutto il puerperio.

L'assistenza alla nascita comporta poi una "presa in carico" della paziente, o meglio, della futura coppia genitoriale, sempre dalla visita preconcezionale fino a tutto il puerperio. "Presa in carico" in senso di responsabilità di "prenderci cura", dall'inglese "I care".

È fondamentale che i vari eventi (gravidanza, parto, puerperio) siano seguiti da una stessa équipe, quella del Centro Nascite in cui la gestante decide di dare alla luce il proprio bambino, in modo che tutti i ginecologi dello staff seguano gli stessi protocolli e linee guida. Questi protocolli devono prevedere anche l'impegno dell'équipe medica del Centro Nascite sugli aspetti psicologici e relazionali della donna.

È in questo ultimo settore che anche la formazione permanente (Ecm) dovrà offrire occasioni di aggiornamento su metodiche diagnostiche e terapeutiche, in special modo nelle "problematiche dell'umore", nelle dinamiche di coppia, nei ruoli educativi e modalità di attaccamento genitori-figli.

Approcci educativi che spesso debbono compensare deficit nella cultura psicosomatica dei precedenti periodi formativi, oppure deficit di capacità nell'inserirsi in una antropologia che muta oggi più rapidamente, e nelle neuroscienze che ogni giorno ci prospettano nuove interpretazioni del nostro vivere.

La stagione "adulta" della professione

Per quanto riguarda poi la "stagione adulta" della professione (dopo la specialità), occorre sottolineare che non può più essere considerata come un'unica fase (adulto, participio passato del verbo "adolescere", crescere). L'adulto, infatti, continua a cre-

scere, cambia rapidamente non solo interessi cognitivi e investimenti affettivi, ma modi di essere e fare. Per quanto riguarda la professione, cambia nel tempo le modalità di esercitarla. L'identità dell'uomo sta, infatti, nella sua capacità di cambiamento, di "curiosità" per il mondo che lo circonda, nel piacere di svolgere un suo ruolo professionale. L'ostetricia è, infatti, un'arte, cioè un intervento su processi naturali, scoprendone le leggi, e modificandoli per ottenere il meglio per la persona interessata. Come ogni arte, necessita di passione per esercitarla, oltre che competenza. Non deve essere solo un dovere, un impegno, un imperativo categorico. Altrimenti si rischia di ripetere meccanicamente schemi di assistenza, non legati alla storia della paziente, oppure (peggio) dipendenti dalle mode caldegiate dai mass media.

In più l'ostetricia non ha tempi né orari, con una continua reperibilità per la gestante, che necessita di avere un appoggio cui riferirsi ogni volta che emerge un timore o una problematica medica.

Oltre a questo, è passata ormai l'epoca del parto in casa e di costosi piccoli Centri Nascite, senza dubbio a maggior rischio rispetto a strutture più grandi (tali da consentire la costante presenza di personale esperto, di équipe mediche con ruoli gerarchici in sala travaglio parto, e attrezzature di alto livello). Il nostro lavoro comporta turni pesanti, non solo per le notti e i giorni festivi, spesso impegnati, ma per una tensione continua dovuta all'essere sempre in grado di mettere in evidenza durante il travaglio, con sempre migliori mezzi di monitoraggio, un aumento del rischio (fetale e/o materno), che comporta immediate e adeguate soluzioni cliniche, prima che il danno si verifichi.

Ripetiamo quanto ogni Società Scientifica a livello mondiale di ginecologia segnala da anni: il crescere delle tensioni medico legali e l'enorme peso delle assicurazioni per danni professionali che ogni ginecologo è obbligato a stipulare getta la nostra specialità verso la cosiddetta medicina difensiva, ma dimostra anche che l'assistenza alla nascita necessita di altissima qualificazione clinica e scientifica. L'assistenza alla nascita ha bisogno di una lunga preparazione, di vasta esperienza in turni pesanti e ravvicinati, specialmente all'inizio della propria professione (nei primi dieci anni). Si deve poi passare al ruolo di "responsabile" dell'area travaglio parto (o "primo di guardia"), "regista" della assistenza alla nascita, che impartisce disposizioni dirette in assenza del "primario". La "guardia" in ostetricia è un normale turno ospedaliero,

come in rianimazione o pronto soccorso e non una "reperibilità interna".

Attualmente la cultura del parto ha superato la crisi "naturista" che esasperava il contrasto tra parto "umanizzato" e parto "medicalizzato". Oggi l'assistenza alla nascita comporta una sintesi fra "massimo di sicurezza possibile" e "massimo di accoglienza festosa alla vita che nasce". Il tutto valutando costi benefici anche dal punto di vista economico. L'assistenza alla nascita, infatti, è economicamente interamente a carico del Ssn, con gratuità degli esami essenziali (identici in tutte le Regioni), incluse ecografie, monitoraggi, ma anche corsi di preparazione al parto (oggi meglio definiti come corsi di accompagnamento alla genitorialità) debbono essere



“Non è un bravo chirurgo chi esegue un buon intervento (obbligatorio per ogni specialista), ma chi sa insegnare ad operare bene. La formazione è la base della vita ospedaliera”

rimborsabili.

Non si deve accreditare un centro se non vi si effettuano viste, esami di laboratorio, ecografie, monitoraggi giudicati essenziali. Questi esami debbono essere sempre prescritti da un ginecologo dipendente dalla struttura accreditata.

Considerato infine che sarebbe impossibile fornire a tutte le donne la scelta del ginecologo presente al parto, il "Dipartimento per la salute della madre e del bambino" (la vecchia "Divisione materno infantile") ha il dovere di offrire e garantire i migliori ginecologi come responsabili della direzione dell'area travaglio parto, e fra loro si sceglieranno poi i Direttori di Unità Complesse.

L'attività libero professionale intramuraria, come scelta da parte della gestante di un determi-

nato ginecologo per seguirla al momento del parto, non può invece che essere a carico del cittadino. Il Centro Nascite però risponde civilmente della qualificazione del personale da lei autorizzato a svolgere attività libero-professionale nelle sue strutture.

L'importanza del consenso informato

L'essenziale è che dal concepimento a tutto il puerperio la gestante sia seguita da una stessa équipe, dallo stesso centro nascita ove avverrà il parto.

Un maggior uso del "consenso informato" è la base per un protagonismo della futura coppia genitoriale, che deve essere consapevole e responsabile di quanto accade. La coppia deve sapere cioè perché in tutto il mondo si è scelto di effettuare sempre il taglio cesareo nella presentazione podalica, deve sapere perché in Italia si preferisce il taglio cesareo all'uso del forcipe e di forzati pilotaggi con ossitocici, ecc. Questo vale anche per le medicine cosiddette "alternative" o l'uso di farmaci di cui non si conoscono l'esatto meccanismo di azione, gli effetti collaterali, azioni teratogene, o più semplice-

“L'assistenza alla nascita comporta una presa in carico della paziente, o meglio, della futura coppia genitoriale, dalla visita preconcezionale fino a tutto il puerperio”

mente dosaggio dei componenti somministrati.

Niente di male infine se si assume una posizione "libera", come oggi noi stessi sosteniamo, in travaglio di parto, oppure si sceglie quella "classica" sulla poltrona ostetrica, o quella più "di moda", ad esempio la posizione accovacciata, oppure si forza la spontaneità e la natura facendo vivere in una vasca d'acqua questo delicato evento, purché si spieghino bene vantaggi e limiti di ciò che si propone. L'ostetricia, lo ripetiamo, è "un'arte" che si basa sull'evoluzione delle conoscenze di fisiopatologia, ma che si inserisce nelle varie tradizioni e culture umane.

Chiudiamo questa lunga carrellata di proposte concrete avendo chiarito quali sono, a grandi linee, le metodologie d'insegnamento per l'assistenza alla nascita, sottolineando quello che è la linea pedagogica che più ci sembra attuale. Un'educazione basata su "progetti" che sviluppino le doti del ginecologo. Un'acquisizione di progressivi ruoli e funzioni, una tendenza a porsi al servizio della coppia "genitoriale" (è al futuro padre che si devono aprire le porte della sala parto, come co-protagonista e non come "semplice ospite") in particolare della donna della quale si

raccoglie la "narrazione" e non semplicemente la "anamnesi" e si offre il nostro cuore e non solo la nostra scienza.

Clinica e didattica

Un'ultima considerazione. Per lungo tempo medici ospedalieri e medici universitari si sono trovati separati in carriere distinte. Come se fossero due modi differenti di vivere il "servizio alla donna", che è proprio della nostra specialità. Oggi si assiste alla tendenza al passaggio dall'una all'altra funzione (perché di funzioni si tratta e non di ruoli) nelle diverse stagioni di vita. Clinica, ricerca, formazione o management prevarranno di volta in volta nella vita di ogni ginecologo. Molti medici ospedalieri hanno doti di tutor e di "formazione", che possono e devono esercitare.

Molti professori universitari hanno capacità cliniche e chirurgiche, mentre considerano burocrazia il management. Chi scrive ha grandi esperienze di tutoring ed è impegnato nell'insegnamento durante e dopo la specializzazione. Molti bravi "didatti" hanno capacità cliniche, ma considerano "burocrazia", il management, oggi principale impegno per il Direttore di dipartimento e di unità operative. Alcuni daranno più spazio all'insegnamento, alla formazione dei più giovani, alla ricerca, alla libera professione nelle varie età della vita, non è quindi detto che si debba fare il ricercatore o il primario per tutta la vita.

Ripetiamo quanto nella Divisione di Ginecologia del Fatebenefratelli da sempre ci è stato insegnato: "non è un bravo chirurgo chi esegue un buon intervento (obbligatorio per ogni specialista), ma chi sa insegnare ad operare bene". La Formazione è la base della vita ospedaliera. Questo comporta anche la intercambiabilità di ruolo e carriera ed è fondamentale soprattutto per l'insegnamento della ostetricia, che non deve selezionare solo attraverso qualche ricerca valorizzata per essere stata descritta in inglese su riviste ad alto impact factor, o dal numero di comunicazioni o scritti di natura scientifica, ma dalla capacità di formare gli altri e soprattutto di considerarsi per tutta la vita un "educando".

* Docente Scuola di Specializzazione Università di Roma "Tor Vergata". Primario Emerito Divisione di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina, Roma

** Ginecologa Dottoranda in Ricerca in Neuropsicoendocrinologia della Riproduzione e Sessualità, Università Tor Vergata, Roma

*** Ginecologa, Dottore in Ricerca in Perinatologia. Docente Laurea Univ. per Ostetriche, Dirigente dell'Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina, Roma.

LORENIL 600 mg

G01AF12 - fenticonazolo nitrato

1 sola capsula vaginale



*così piccola
così efficace*

Dep. AIFA 9 luglio 2007

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. Denominazione del medicinale

LORENIL

G01AF12 - fenticonazolo nitrato

2. Composizione qualitativa e quantitativa

Capsule molli vaginali 600 mg

Ogni capsula molle contiene: fenticonazolo nitrato 600 mg.

3. Forma farmaceutica

Capsule molli vaginali

4. Informazioni cliniche

4.1 Indicazioni terapeutiche

Candidiasi delle mucose genitali (vulvovaginiti, colpiti, fluor infettivo).

4.2 Posologia e modo di somministrazione

Lorenil va applicato 1-2 volte al giorno, secondo il parere del medico, dopo aver lavata ed asciugata la parte interessata.

Capsule molli vaginali:

1 capsula molle vaginale da 600 mg la sera in somministrazione unica. In caso di persistenza della sintomatologia, dopo tre giorni può essere ripetuta una seconda somministrazione.

Le capsule molli vanno introdotte profondamente in vagina fino a livello dei fornici.

4.3 Controindicazioni

Ipersensibilità accertata verso il prodotto.

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso

L'uso, specie se prolungato, dei prodotti per uso topico, può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione. Al momento dell'introduzione endovaginale si può riscontrare una modesta sensazione di bruciore che scompare rapidamente.

4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione

Nessuna conosciuta.

4.6 Gravidanza e allattamento

Benchè l'assorbimento vaginale di fenticonazolo sia piuttosto scarso, si consiglia di non usare il preparato in gravidanza.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari

Nulla da segnalare.

4.8 Effetti indesiderati

Lorenil è generalmente ben tollerato sulle mucose; solo eccezionalmente sono state segnalate lievi e transitorie reazioni eritematose.

In caso di reazioni di ipersensibilità o di sviluppo di microrganismi resistenti, occorre interrompere il trattamento. Lorenil, nelle condizioni d'impiego consigliate, viene solo scarsamente assorbito, per cui possono escludersi ripercussioni di carattere sistemico.

4.9 Sovradosaggio

Non sono noti casi di sovradosaggio.

5. Proprietà farmacologiche

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Lorenil è un antimicotico ad ampio spettro.

In vitro: elevata attività fungistatica e fungicida sui dermatofiti (tutte le specie di Trichophyton, Microsporum, Epidermophyton), sulla Candida albicans e sugli altri agenti delle infezioni micotiche della pelle e delle mucose.

In vivo: guarigione in 7 giorni delle micosi cutanee da dermatofiti e da Candida nella cavia.

Lorenil ha inoltre azione antibatterica sui microrganismi Gram-positivi. Meccanismo d'azione presunto: blocco di enzimi ossidanti con accumulo di perossidi e necrosi della cellula fungina; azione diretta sulla membrana.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Dalle prove di farmacocinetica è risultato un assorbimento del tutto trascurabile per via transcutanea, sia nell'animale che nell'uomo.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

Tossicità acuta:

DL50 topo : os >3000 mg/kg; i.p. = 1276 mg/kg (M), 1265 mg/kg (F);

DL50 ratto : os >3000 mg/kg; s.c. >750 mg/kg; i.p. = 440 mg/kg (M); 309 mg/kg (F).

Tossicità cronica:

40-80-160 mg/kg/die os per 6 mesi nel ratto e nel cane sono stati ben tollerati, salvo manifestazioni di tossicità generale di grado lieve o moderato (nel ratto un aumento del peso del fegato alla dose di 160 mg/kg, comunque senza alterazioni istopatologiche e nel cane un transitorio aumento di SGPT alle dosi di 80 e 160 mg/kg, associate ad un aumento del peso del fegato).

Lorenil non interferisce con le funzioni degli organi sessuali femminili e maschili nè possiede effetti sulle prime fasi della riproduzione. Dagli studi di tossicità riproduttiva è risultato, così come per gli altri imidazolici, un effetto embriofetale che si manifesta soltanto ad alte dosi per os (>20 mg/kg), dosi 20-60 volte superiori a quella assorbita per via vaginale nella donna.

Lorenil non ha mostrato proprietà teratogene nei ratti e nei conigli.

Lorenil non è risultato mutageno in 6 test di mutagenesi.

La tollerabilità di Lorenil è stata soddisfacente nelle cavie e nei conigli. I risultati ottenuti nel maiale nano, la cui cute è morfologicamente e funzionalmente simile a quella umana e generalmente mostra marcata sensibilità a diversi agenti irritanti, erano eccellenti.

Lorenil non ha mostrato alcuna evidenza di sensibilizzazione, fototossicità e fotoallergia.

6. Informazioni farmaceutiche

6.1 Lista degli eccipienti

Capsule molli vaginali 600 mg: paraffina liquida; vaselina bianca; lecitina di soia; gelatina; glicerina; titanio biossido; sodio etilidrossibenzoato; sodio propilidrossibenzoato.

6.2 Incompatibilità

Nessuna nota

6.3 Validità

36 mesi.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione.

Nessuna.

6.5 Natura e capacità del contenitore

1 capsula molle da 600 mg: in blister di PVC/PVDC e alluminio

7. Titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio

EFFIK ITALIA S.p.A.

Cinisello Balsamo (MI)

Licenza: RECORDATI S.p.A.

8. Numero dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio

1 capsula molle vaginale 600 mg AIC n. 028228171

9. Data di prima autorizzazione / rinnovo dell'autorizzazione

1 capsula molle vaginale 600 mg

Prima autorizzazione: 07.08.1992; Rinnovo: 23.02.2005

10. Data di (parziale) revisione del testo

Gennaio 2004

di Valeria Dubini U.O. Ginecologia e Ostetricia (Direttore dott. L. Berti), Nsgd- Asf 10 Firenze

Le donne immigrate e la gravidanza

Nell'ultimo decennio la presenza di immigrati nel nostro Paese è aumentata in maniera esponenziale: nel 2003 l'Istat stimava la presenza di 2.193.000 stranieri (con permesso di soggiorno) nel nostro Paese, con un'incidenza sulla popolazione residente del 4.5%; nella regione Toscana questo dato è ancora superiore (4.9%), con un incremento del 57% rispetto all'anno precedente. È prevedibile che questi numeri continueranno ad aumentare nei prossimi anni anche se forse possiamo immaginare una stabilizzazione dei flussi.

Contrariamente a quanto in un primo momento alcuni avevano pensato, è ormai abbastanza chiaro che i problemi sanitari che riguardano gli immigrati non si iscrivono in prevalenza nell'ambito delle patologie infettive, ma si riferiscono nella grande maggioranza dei casi a questioni che hanno a che fare con la fisiologia.

Tra le prime 10 cause di ricovero, le problematiche legate all'ambito materno-infantile sono in netta prevalenza e costituiscono, nel complesso, oltre il 25% di tutte le degenze. Questo dato concorda con la ben nota teoria del "migrante sano", secondo cui la minore presenza di patologie in questa popolazione rispetto alla nostra è spiegata dal fatto che sono i giovani sani coloro che affrontano il difficile percorso dell'immigrazione. Va inoltre considerato il notevole aumento dei ricongiungimenti familiari avvenuti negli ultimi anni, che ha comportato la realizzazione di progetti familiari e riproduttivi da parte di nuclei maggiormente stabilizzati.

Le donne, che oggi sfiorano il 50% delle presenze, sono più che raddoppiate rispetto al 1990; la fascia di età maggiormente rappresentata è proprio quella tra i 15 e i 44 anni (66%), un periodo che coincide con l'epoca riproduttiva.

In questo scenario, i servizi di ostetricia e ginecologia sono diventati un passaggio obbligato. I nostri reparti, dapprima quasi colti di sorpresa, si sono gradualmente dovuti attrezzare per trovare risposte a problematiche



Il tema dell'immigrazione ha suscitato un acceso dibattito nel nostro Paese ed è stato affrontato da molti punti di vista, ma è solo di recente che anche il mondo medico ha cominciato a dedicarvi maggiore attenzione. Stiamo, infatti, prendendo atto di come negli ultimi anni la nostra realtà si stia modificando, delle nuove problematiche che emergono e di come, in assoluta mancanza di una preparazione specifica, sia necessario acquisire delle conoscenze, valorizzando e interpretando le esperienze già in atto

nuove e per decodificare bisogni fin ora sconosciuti e non sempre comprensibili. L'esperienza di operatori delle Regioni a maggiore spinta migratoria, che negli ultimi anni si sono trovati ad assistere donne immigrate al momento del parto, può costituire un utile fonte di informazioni per chi deve formarsi e adeguarsi alle nuove richieste. Occorre però capacità di mettersi in gioco e la consapevolezza che il saper accogliere ed ascoltare gli altri si traduce anche in un'occasione di arricchimento dei nostri servizi.

Gravidanza e parto

Indubbiamente partorire lontano dal proprio paese di origine, dalla famiglia, in una situazione spesso precaria da un punto di vista abitativo e lavorativo, carenze di supporti psicologici e affettivi, dove clima e alimentazione sono diversi e sono molte le cose che non capisci e non conosci, costituisce una condizione di svantaggio. Per questo l'ambito materno-infantile viene segnalato come terreno di sofferenza sanitaria per gli immigrati.

I dati Istat (riferiti però al 1995) mostrano, infatti, una mortalità

neonatale nella popolazione immigrata dello 0.66% contro lo 0.41% degli italiani. E uno studio nazionale coordinato dalla Società di Perineonatalogia, che coinvolge 28 punti nascita in 24 diverse città italiane e analizza i dati relativi a nati da almeno un genitore straniero (tenendo conto di alcuni indici di "sofferenza", quali mortalità neonatale e grave prematurità), evidenzia una situazione "a rischio" per i bambini stranieri. Anche in letteratura, pur in presenza di dati contrastanti, il partorire in un paese straniero viene generalmente segnalato come condizione di svantaggio.

Per quanto riguarda la Regione Toscana, un'analisi dei dati de-

rivati dai CAP 2001-2004, rileva che le donne immigrate: accedono più tardivamente alla prima visita, anche se comunque entro il primo trimestre; effettuano un numero minore di visite e di ecografie e sono seguite più frequentemente in strutture pubbliche, in particolare consultori (60%); eseguono gli esami del protocollo regionale nell'82% dei casi.

Le gravidanze delle donne straniere sembrano dunque essere meno medicalizzate, anche se con un'incidenza sostanzialmente sovrapponibile di patologia materna grave e un outcome neonatale simile per quanto riguarda l'Apgar alla nascita e il rischio di neonati sottopeso.

In contrasto con dati precedenti, invece, l'analisi di regressione logistica multivariata stratificata per cittadinanza mostra un aumentato rischio per le donne immigrate di andare incontro a un parto pretermine (OR 1.3) e un rischio doppio di natimortalità (OR 2.2).

Un altro aspetto interessante riguarda le modalità del parto e l'incidenza di Tc: i dati di letteratura, proveniente in particolare dal Nordamerica, su questo argomento sono in realtà molto discordanti.

Nella regione Toscana la percentuale di Tc presenta un incremento più ridotto rispetto ad altre zone d'Italia (22.3% nel 1998, 27.5% nel 2004), ma con un'incidenza costantemente minore nel gruppo

delle donne provenienti da Paesi in via di Sviluppo: in effetti la nostra analisi di regressione multivariata mostra, in questo caso, un vantaggio per le donne straniere con un rischio ridotto di avere un Tc (OR 0.79). Analizzando più dettagliatamente i dati è interessante notare come nei vari gruppi etnici l'incidenza di Tc sia del tutto variabile: si va da popolazioni sovrapponibili alla media italiana (albanesi, marocchine), ad altre che se ne discostano in maniera considerevole, per eccesso o per difetto.

Una particolarità della Toscana è quella di accogliere la comunità cinese più numerosa di Italia: e proprio nelle donne cinesi si osserva una percentuale di Tc particolarmente bassa, costantemente inferiore al 10%, che poco si modifica nel tempo (7.6% nel 1998, 8.3% nel 2004). Sul versante opposto troviamo etnie nelle quali la percentuale di Tc

è costantemente superiore alla media regionale, come quella cubana (36.3%), somala (34.7%), nigeriana (42.5%), e srilankese (45.7%).

Non è facile interpretare questi dati: possiamo dire però che tra le straniere

e le italiane non ci sono differenze significative riguardo la parità (primipare: 71% vs 70%), mentre esiste una differenza significativa per quanto riguarda l'età (età media 32 vs 27). In particolare si osserva che nelle donne straniere il parto avviene al di sotto dei 30 anni nel 73% dei casi, nelle donne italiane solo nel 34.9%. Se andiamo ad analizzare la popolazione cinese vediamo che è ancora maggiore la percentuale di donne che partorisce prima dei 30 anni (80.1%). È evidente che l'età rappresenta un fattore fortemente condizionante: infatti, se analizziamo la percentuale di Tc per fasce di età, vediamo che le percentuali sono sostanzialmente sovrapponibili tra i due gruppi, e crescono comunque man mano che cresce l'età; il che fa concludere che la differenza di incidenza complessiva è in realtà data dalla diversa composizione della popolazione. Un aspetto ricavabile dai nostri dati è che mentre per le italiane prevalgono i Tc d'elezione rispetto ai Tc in travaglio (59.5% vs 40.5%), nelle donne immigrate il rapporto si inverte (34% vs 66%).

Gli operatori e i servizi

Il ruolo che i consultori attivi nella nostra Regione hanno svolto e continuano a svolgere in questi anni è particolarmente importante. È proprio grazie a questa rete territoriale che sono andate progressivamente diminuendo le gravidanze senza alcun tipo di accertamento (attualmente il 2-3% contro il 10% di un decennio fa), con un'importante ricaduta positiva anche sulle nostre strutture ospedaliere che non lavorano più in emergenza.

Determinante poi la presenza di mediatori culturali sia a livello territoriale sia, più recentemente, a livello ospedaliero. Il ruolo di questa figura professionale, infatti, non è quella di semplice traduttore: il suo compito, anche e soprattutto, è quello di facilitare la comunicazione, di trasmettere e spiegare le motivazioni e le problematiche delle parti in gioco. Anche noi, probabilmente, abbiamo imparato ad accogliere e a comprendere meglio queste donne; certamente è necessario proseguire su questa strada e per questo è essenziale promuovere una maggior informazione nei nostri ospedali, nelle università e nelle nostre scuole. Inoltre, considerando che l'immigrazione è un fenomeno in continua evoluzione, un Osservatorio epidemiologico in grado di cogliere in tempo reale i cambiamenti, rappresenta uno strumento di fondamentale importanza per affrontare le nuove esigenze.

C'è ancora molto da fare per rendere più "leggibili" le nostre strutture, più comprensibili le nostre regole, più flessibili le abitudini dei nostri reparti. Non c'è dubbio, comunque, che vedere le cose dal punto di vista del più debole aiuta a individuare i punti critici e diventa elemento di crescita per tutta l'organizzazione sanitaria. **Y**

L'incontro con culture diverse dalla nostra ci ha insegnato a "uscire dalle regole", a essere più flessibili, a inventare soluzioni, anche a lavorare con maggiore creatività

Scuola di perfezionamento post-universitaria in chirurgia pelvica
AOGOI

La Scuola di perfezionamento post-universitaria in chirurgia pelvica AOGOI

Qualità e Innovazione: le parole chiave di un Progetto di successo

Sono trascorsi circa due anni dalla nascita della Scuola di Perfezionamento Post-Universitaria in Chirurgia Pelvica tenuta a battesimo a Bologna in occasione dell'81° Congresso Nazionale Sigo.

È quindi tempo di bilanci per questa iniziativa dell'Aogoi che al suo esordio si proponeva di attuare un modello didattico innovativo per la formazione chirurgica in ambito ginecologico. E ci chiediamo se quanto realizzato in questi ventiquattro mesi abbia risposto in maniera soddisfacente alle aspettative degli iscritti alla nostra Associazione. Una delle novità più rilevanti ed innovative della Scuola sono stati i Corsi di Chirurgia Ginecologica su modello animale istituiti e sviluppati a Napoli nel Centro di Biotecnologie della Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "A. Cardarelli". In questo piccolo gioiello, che rappresen-

È più che positivo il bilancio di due anni di attività della Scuola di Perfezionamento Post-Universitaria in Chirurgia pelvica: ben dieci Corsi di training pratico di chirurgia sul modello animale vivente e cinque di

chirurgia laparoscopica e chirurgia laparotomia sono stati organizzati presso il Centro di Biotecnologie della Azienda Ospedaliera Cardarelli di Napoli. Più di cento ginecologi provenienti da tutte le

Regioni italiane hanno fruito della formazione con la formula del modello residenziale. E la continua richiesta di partecipazione ai corsi testimonia la riuscita di questo ambizioso progetto AOGOI



ta ormai una realtà rilevante nel panorama nazionale sia nel campo della ricerca, sia in quello della didattica, sono stati organizzati in questi primi due anni ben dieci Corsi di training pratico di chirurgia sul modello animale vivente. Disponendo di due sale operatorie con cinque postazioni chirurgiche completamente attrezzate per chirurgia *open* e laparoscopica è stato possibile formare dieci ginecologi per Corso in un programma intensivo di tre giorni, con circa 15 ore totali trascorse al tavolo operatorio sotto la guida dei tutor messi a disposizione dalla Aogoi.

In questi primi due anni sono stati portati a termine cinque Corsi di chirurgia laparoscopica e cinque Corsi di chirurgia laparotomica. Più di cento colleghi provenienti da tutte le Regioni di Italia hanno potuto usufruire dei Corsi con la formula del modello residenziale.

Abbiamo chiesto al professor Fabio Sirimarco, Direttore Scientifico dei Corsi presso il Centro di Biotecnologie di Napoli, di tirare le somme su questo biennio di attività della Scuola di perfezionamento.

Professor Sirimarco, in questo biennio di attività della Scuola, quali sono stati gli ostacoli maggiori da superare e quali gli obiettivi raggiunti?

La strutturazione di un programma di training chirurgico sul maiale, la messa a punto di un modello didattico ben standardizzato e l'organizzazione pratica delle tre giornate di Corso al Centro di Biotecnologie ha presentato non poche difficol-

di Carlo Sbiroli

Una ventata d'aria nuova

Negli ultimi due anni c'è stato un alto numero di corsi di aggiornamento in ginecologia nel nostro Paese. Anche se nei primi cinque mesi del 2007 si è registrata una netta riduzione di manifestazioni di questo tipo per la nota protesta della Farmindustria, i numeri rimangono comunque elevati, ma non tutti i corsi hanno riscosso un successo di discenti o hanno corrisposto alle aspettative. In questo ambito, però, qualche corso si è rivelato "imperdibile" per l'impostazione, i contenuti e il modo con cui docenti e discenti sono entrati in sintonia. È questo il caso dei corsi della Scuola di Perfezionamento Post-Universitaria in Chirurgia Pelvi-

Modelli didattici innovativi all'insegna della chiarezza e semplicità. I Corsi attivati dalla Scuola in chirurgia pelvica, fortemente voluta dalla Dirigenza Aogoi due anni fa, rappresentano in tempi di pressapochismo, che non risparmiano nemmeno l'aggiornamento medico-scientifico, una delle poche iniziative pienamente riuscite nel panorama nazionale

ca, che da due anni si svolgono al "Cardarelli" di Napoli. Una realtà ove il direttore scientifico dei Corsi, Fabio Sirimarco, il direttore scientifico del Centro di Biotecnologie, Fulvio Calise, e i docenti, legandosi con empatia alla loro entità culturale, hanno creato un tessuto didattico di grande spessore.

Il cuore della Scuola sta sicuramente nei Corsi di Chirurgia Gi-

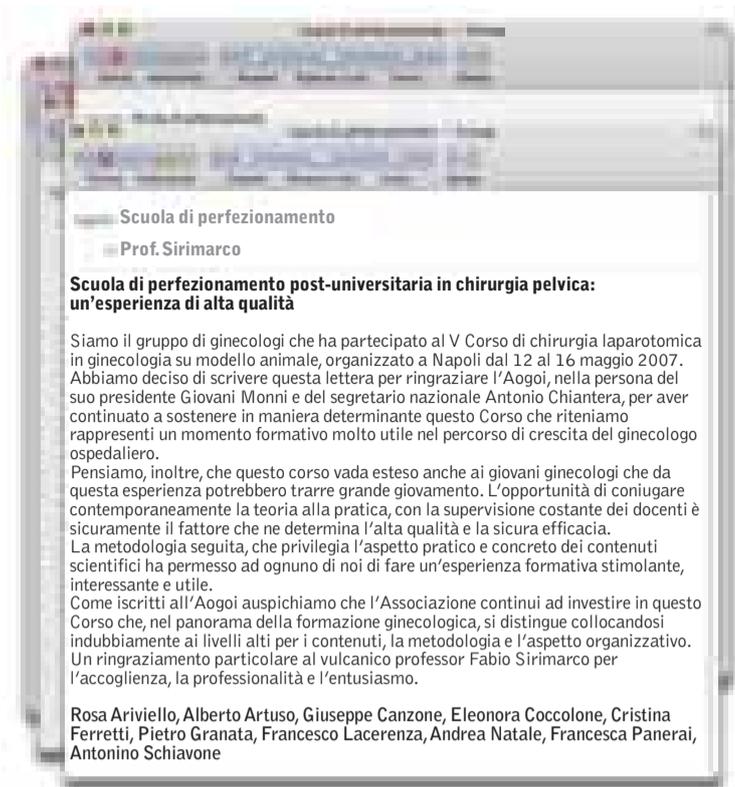
necologica su modello animale vivente, che consente un training didattico-pratico al passo coi tempi. Avendo a disposizione cinque postazioni chirurgiche completamente attrezzate, è stato possibile simulare sul maiale le complicazioni più frequenti (vascolari, urinarie ed intestinali) che si possono verificare soprattutto in chirurgia radicale. Questo ha permesso di

dare ai corsi un taglio di grande semplicità e produrre un lavoro attento, preciso, condotto sotto la continua guida dei tutor. In altri termini, al "Cardarelli" di Napoli si è respirata un'aria nuova, non solo perché sono stati proposti modelli didattici innovativi, ma anche perché le informazioni scientifiche più recenti sono state fornite con chiarezza e semplicità.

Si è trattato di una giusta sfida (in tempi di tanta paccottiglia e di nichilismo) voluta dall'Aogoi due anni fa. Se pensiamo alla pochezza di molte manifestazioni simili sparse per l'Italia, si deve ammettere che la sfida è riuscita pienamente, dando ragione alla Dirigenza Aogoi di que-

Esperienza e capacità didattiche, un confronto continuo e costruttivo docenti-discenti, un approccio quanto più possibile individuale e personalizzato, in un clima informale all'interno di un centro dotato di strutture e attrezzature all'avanguardia. Questi i principali ingredienti dello straordinario successo dei Corsi

gli anni. Sarebbe bello che la tanta sbandierata politica di aggiornamento medico seguisse percorsi simili a questo del "Cardarelli" di Napoli. **Y**



“La costante richiesta di partecipazione che continua a pervenire alla Segreteria nazionale Aogoi rappresenta lo stimolo più forte a continuare sulla strada intrapresa”

Ritenete di aver risposto alle aspettative e in che misura?

Un approccio basato sullo scambio di esperienze in un'atmosfera di confronto continuo e costruttivo tra docenti e discenti ci ha consentito di ricevere dai partecipanti un chiaro feedback in termini di richieste e suggerimenti, dandoci l'opportunità via via nel tempo di migliorare quanto era perfettibile. Il risultato è testimoniato dalla costante richiesta di partecipazione che continua a pervenire alla Segreteria nazionale Aogoi, espressione di alto gradimento per i Corsi. Questo rappresenta per noi tutti un potente stimolo a continuare sulla strada intrapresa.

Quali sono i vostri progetti per il futuro?

È nostra intenzione proseguire nello sforzo di fornire ai colleghi intenzionati a migliorare le proprie abilità chirurgiche l'opportunità di usufruire dell'esperienza e delle capacità didattiche di docenti esperti, in un clima informale all'interno di un centro dotato di strutture e attrezzature all'avanguardia, attraverso un approccio didattico quanto più possibile individuale e personalizzato. **Y**

tà. In particolare, l'esperienza di questi primi due anni ci ha aiutato a personalizzare il training in base al grado di “skilling” dei colleghi che si sono avvicinati nei Corsi di laparoscopia e in quelli dedicati alla gestione delle complicanze, portandoci a elaborare degli sche-

mi personalizzati in grado di soddisfare nella maniera più adeguata le diverse esigenze. Tutto questo è stato possibile grazie alla professionalità e alla dedizione del personale operante nel centro e dei tutor che la Aogoi ha coinvolto per la buona riuscita del progetto.



Fabio Sirimarco, direttore scientifico dei corsi della Scuola di perfezionamento post-universitaria in chirurgia pelvica

Il Centro di Biotecnologie: il fiore all'occhiello dell'A.O.R.N. “Cardarelli” di Napoli

■ Il Centro di Biotecnologie dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale “A. Cardarelli” di Napoli, istituito nel marzo del 2000, svolge attività di ricerca (svilupgate a partire dal 1990) e formazione che riguardano molteplici attività.

Sperimentazione animale. Il Centro è autorizzato dai ministeri della Salute e della Ricerca Scientifica ad utilizzare topi, ratti, conigli, suini, cavie e criceti a fini sperimentali e ad altri fini scientifici. Lo stabulario del Centro ospita circa 5mila animali afferenti a diversi progetti di ricerca attraverso convenzioni con Fondazioni, tra le quali Telethon, e Università. Organizza, inoltre, corsi base e avanzati per l'aggiornamento professionale di Microchirurgia sperimentale sul ratto e Vi-

deolaparoscopia sul maiale, dedicati alla applicazione di metodiche e tecnologie innovative e proposti a specialisti italiani e stranieri, sia da Società scientifiche sia da Aziende (Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani, Società italiana di chirurgia della mano e di chirurgia plastica, Baxter, Serom, Boston Scientific, Nikomed).

Laboratorio di trapianto cellulare per il supporto clinico-metabolico. Presso il Laboratorio viene svolta l'attività di ricerca sul fegato iniziata, dal 1992, prima sul ratto e poi sul maiale. Grazie a questa attività, concernente l'utilizzo di epatociti allo/xenogenici nelle insufficienze epatiche acute e croniche, è stato messo a punto un prototipo di fegato bioartificiale sperimentato, in un trial multi-

centrico autorizzato dal ministero della Salute per la sostituzione temporanea delle funzioni epatiche, su 14 pazienti affetti da insufficienza epatica acuta e destinati a trapianto di fegato.

Il finanziamento ottenuto dal Miur, ha portato all'evoluzione tecnico-ingegneristica del fegato bioartificiale che, sia caricato con epatociti di maiale che di origine umana (questi ultimi provenienti da resezioni epatiche o da fegati scartati per il trapianto d'organo) mostra capacità funzionali osservabili per sette giorni, con la prospettiva futura di usarlo come biosensore cellulare. Dal 2001 il Centro collabora con l'Harvard Medical School di Boston allo studio delle proprietà citoprotettive, anti-infiammatorie ed anti-apopto-

► Segue a pagina 25

Scuola di perfezionamento post-universitaria in chirurgia pelvica
AOGOI

Un training d'eccellenza per la Chirurgia Ginecologica di Giorgio Vittori

Tecniche e tecnologie, clinica e ricerca, didattica e pratica convivono in questo Centro sotto la guida attenta e creativa di Fabio Sirimarco

La chirurgia di questi ultimi anni si è modificata radicalmente e velocemente grazie alle nuove tecnologie di visione, di miniaturizzazione e di robotizzazione. Le nuove tecnologie sono state introdotte nel mercato quasi allo stesso ritmo dei telefonini, dei navigatori satellitari e dei televisori a cristalli liquidi. Se osserviamo i tempi e i ritmi della giornata lavorativa del chirurgo e in particolare del ginecologo, appare evidente che il tempo disponibile per informarsi sull'evoluzione tecnologica è limitato, ma ancor più limitate sono le possibilità di poterla utilizzare. Da molto tempo i ginecologi italiani sono andati in giro per il mondo alla ricerca di sedi ove vedere e provare le ultime novità in campo chirurgico. Oggi la realtà è che il Centro di Biotecnologie dell'Aorn “A. Cardarelli” di Napoli per

originalità, innovatività e qualità ha reso obsoleti molti di questi Centri esteri di training chirurgico. Il fattore chiave dello straordinario successo, sintetizzato nel suo stesso nome, è stato coniugare le nuove tecnologie con le nuove tecniche chirurgiche effettuabili, il rigore scientifico, la possibilità di permettere la maturazione del chirurgo con i giusti tempi ed infine la visione strategica di collocare questa struttura nel cuore pulsante di uno dei centri clinici più grandi e attrezzati di Europa, l'Ospedale Cardarelli. Tecniche e tecnologie, clinica e ricerca, didattica e pratica convivono in questo Centro sotto la guida attenta e creativa di Fabio Sirimarco, e grazie a questa formula vincente evolvono continuamente, allo stesso ritmo dei chirurghi e dei ricercatori che si avvicinano. È quindi il luogo ideale per divenire esperti in chirurgia endoscopica anche avanzata come per l'oncologia e l'endometriosi oppure per la chirurgia tradizionale. La cosa più interessante è che oltre a praticare la chirurgia di oggi, il Centro è la sede appropriata per conoscere e utilizzare la chirurgia del futuro, dalla chirurgia robotica alle applicazioni chirurgiche delle micro e nano tecnologie. Un'occasione da non perdere!

Dalla chirurgia robotica alle applicazioni chirurgiche delle micro e nano tecnologie, il Centro è la sede appropriata per conoscere e utilizzare la chirurgia del futuro



Scuola di perfezionamento post-universitaria in chirurgia pelvica
AOGOI

la Guinea, l'Uganda, l'Afghanistan, il Libano, la Libia ed il Vietnam. Obiettivo delle attività di cooperazione internazionale è la valorizzazione delle competenze, a sostegno del processo di integrazione e cooperazione tra i vari Paesi.

Il Centro di Biotecnologie è inoltre uno dei soggetti attuatori, relativamente all'area tematica "Applicazioni Tecnologico-Industriali di Biomolecole e Biosistemi", del **Centro Regionale di Competenza BioTekNet**, approvato e finanziato dalla Regione Campania, creato con lo scopo di interfacciare il mondo della ricerca e quello delle imprese attraverso l'aggregazione delle risorse scientifiche della Campania. Insieme a Bioteknet e ad altri due Centri di Competenza campani, afferenti alla Seconda Università degli Studi di Napoli, il Centro ha stipulato una convenzione per la realizzazione di un **Polo di Imaging metabolico e strutturale (ImS)** in cui si mettono a disposizione una micro Tac, micro Rmn e varie attrezzature a fini sperimentali. Infine è prevista nel prossimo futuro la realizzazione, nell'ospedale "Cardarelli", di un incubatore di imprese nel settore delle biotecnologie, nell'ottica di rafforzare l'integrazione fra sistema imprenditoriale, Università, Centri di ricerca, strutture ospedaliere e attori della finanza, consentendo di localizzare in Campania i laboratori di ricerca e sviluppo di qualificati operatori nazionali ed internazionali del settore. **Y**

► tiche di nuove molecole. Sono stati realizzati, su animali di grossa taglia, tre modelli che mimano l'inevitabile danno provocato dall'ischemia e dalla successiva ri-perfusione durante le procedure di espanto e impianto d'organo.

Ipertermia Maligna. Il Centro di Biotecnologie è uno dei tre centri attivi in Italia per lo studio e la diagnosi dell'ipertermia maligna, sindrome scatenata, nei soggetti suscettibili, da farmaci utilizzati in anestesia. Presso il Centro si eseguono sia il test diagnostico su biopsia muscolare che la ricerca genetica.

Documentazione Biomedica. Presso il Centro è inoltre attivo un servizio di documentazione biomedica che, attraverso la consultazione di banche-dati è in grado di eseguire ricerche bibliografiche ed approfondimenti sulla letteratura scientifica mondiale.



Calendario Corsi 2008

- **Corsi Laparoscopia**
24- 25- 26- 27 febbraio 2008
18- 19- 20- 21 maggio 2008
13- 14- 15- 16 luglio 2008
23- 24- 25- 26 novembre 2008
- **Corsi Laparotomia**
27- 28- 29- 30 gennaio 2008
21- 22- 23- 24 aprile 2008
22- 23- 24- 25 giugno 2008
14- 15- 16- 17 settembre 2008
- **III Corso di Oncologia Ginecologica**
7-8 marzo 2008



Vescica Iperattiva asciutta o bagnata

Vesiker[®]
solifenacina succinato 5mg
G04BD08

Cambiate le prospettive al vostro paziente.



astellas
Leading Light for Life

di Paolo d'Agostino, Dipartimento di Scienze Giuridiche, Università degli Studi di Torino

Far entrare la scienza nelle aule giudiziarie

Lo strumento esiste già: con fatica e impegno da parte degli organi direttivi e dei suoi legali, la Aogoi ha avuto il riconoscimento della legittimazione processuale a partecipare ai giudizi dei colleghi. Solo un'associazione medico-scientifica di specialità come l'Aogoi può dare garanzia di effettiva rappresentatività dell'intera categoria specialistica nella sua interezza e complessità, ponendosi come interlocutore nell'individuazione di Ctu esperti nelle singole complicanze

L'inadeguatezza delle norme giuridiche

Il primo problema da affrontare in materia di responsabilità professionale medica riguarda le regole giuridiche utilizzabili qualora si verifichi un danno. Le norme giuridiche che la disciplinano sono sempre le stesse da più di settant'anni: norme da tutti giudicate insufficienti e inadeguate a fronteggiare un fenomeno così delicato e particolare.

Come dice un famoso giudice esperto della materia "come si può giudicare un medico con le stesse regole che usiamo per giudicare un accoltellatore?"

A fronte di tale inadeguatezza, sono state presentate diverse proposte di riforma, tutte rimaste senza alcuna eco. D'altronde, solo una radicale riforma delle norme di riferimento esistenti - civili, penali e amministrative - o la creazione di un sotto-sistema giuridico ad hoc, potrebbero fornire risposta alle esigenze: tutte soluzioni che richiedono una stabilità, una lungimiranza e una sensibilità politica ad oggi inesistente.

Chiunque proponga soluzioni settoriali (o strumenti arbitrari) o cerchi di riproporre una dialettica sull'argomento nella speranza di stimolare la sensibilità politica (purtroppo sorda), o non conosce la complessità tipica di questa materia oppure è mosso da altre finalità (pre-elettorali, per esempio).

I precedenti giurisprudenziali

Non dipendendo da una modifica normativa, il costante aggravamento della situazione è imputabile esclusivamente al succedersi di sentenze negative per la classe medica. Si pensi, ad esempio, al "consenso informato": la norma di riferimento (art. 50 del codice penale) è del 1930, e solo il succedersi di sentenze di condanna hanno trasformato un foglietto sottoscritto all'accettazione dell'ospedale in un documento più simile a un trattato di chirurgia

Norme giuridiche di settant'anni fa, sentenze negative che fanno giurisprudenza, incarichi peritali affidati a medici noti nelle sole aule giudiziarie (e assolutamente ignoti nelle aule scientifiche), mancanza di un monitoraggio serio sugli avventi avversi in medicina, linciaggio mediatico. Sono questi i principali problemi che un collega coinvolto in una vicenda giudiziaria per responsabilità professionale si trova a dover fronteggiare



ginecologica i cui requisiti giuridici richiesti dalla giurisprudenza sono così incerti e vaghi da esporre sempre, e comunque, il chirurgo ad eccezioni meramente formali sul suo operato.

Questo significa che bisogna temere i precedenti giurisprudenziali. Se un ginecologo bolognese subisce una sentenza di condanna, questa si riverbererà immediatamente (in quanto "precedente giurisprudenziale") sulla futura valutazione dell'attività svolta dal collega campano o piemontese.

Da queste prime considerazioni emergono due fondamentali

conseguenze:

- la tutela della responsabilità professionale in ginecologia significa la tutela del futuro della professionalità di tutti i ginecologi - ogni singolo ginecologo (il più giovane o il più inesperto) può con il proprio comportamento favorire il formarsi di un precedente giurisprudenziale che inciderà direttamente sull'attività professionale svolta da tutti i colleghi. In poche parole, "il problema del singolo ginecologo è il problema di tutti i ginecologi!" In questo quadro, solo l'Aogoi (e nessun altro) può avere la titolarità e l'autorevolezza di porsi qua-

le unica rappresentante degli interessi dell'intera categoria; solo l'Aogoi può "accendere la luce" sul fenomeno della responsabilità professionale in ginecologia aiutando ogni singolo collega coinvolto in vicende giudiziarie e, per il tramite di questo, proteggere gli interessi e la professionalità dei ginecologi italiani! Un'azione che la Aogoi non può delegare a nessuno. Ma non basta.

I Consulenti Tecnici di Ufficio (CTU) e i Consulenti Tecnici di Parte (CTP)

Il coinvolgimento di un gineco-

logo in una vicenda giudiziaria è fondato su una consulenza peritale (Ctp) svolta in favore di un paziente da un collega (medico-legale e/o ginecologo) e la soluzione della vicenda giudiziaria dipenderà dalla valutazione che verrà fatta da un altro collega incaricato dal Giudice in qualità di Consulente Tecnico di Ufficio (Ctu). In altre parole: se un ginecologo è nei guai lo deve ad un collega, e se uscirà da quei guai lo dovrà ad un altro collega.

Magistrati, avvocati, non sanno nulla di ginecologia. Tutto viene deciso esclusivamente in ambito ginecologico con regole definite dalla stessa scienza specialistica. Il comportamento di un ginecologo verrà o meno qualificato come colposo solo sulla base delle regole definite dalla scienza ginecologica: solo queste potranno definire se quanto realizzato potrà essere connotato da "negligenza, impudenza o imperizia" o se è stato posto in essere nella "inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline" (art. 43 del codice penale). Un accertamento che verrà realizzato da un collega (medico-legale e/o pediatra) nell'ambito di una consulenza tecnica (di parte o di ufficio che sia).

In questo quadro, è fondamentale che chi viene chiamato a valutare il comportamento di un ginecologo abbia non solo la relativa specializzazione ma anche una esperienza diretta nella specifica complicanza in cui si è in concreto verificato il danno che si intende giudicare. Gli uffici giudiziari italiani devono rendersi conto di quante e quali siano la difficoltà esistenti nel valutare il comportamento di uno specialista, smettendo di dare incarichi peritali a medici noti nelle sole aule giudiziarie e assolutamente ignoti nelle aule scientifiche e professionali. Alcuni pensano di trovare risposta al problema affidandosi ad organi multidisciplinari (ad esempio, la Commissione permanente di specialità) composti da singoli specialisti, a volte in rappresentanza di società scientifiche, altre a titolo meramente personale e, tramite queste, offrire collaborazione alla magistratura nella individuazione di un consulente tecnico adeguato. In realtà, solo le società medico-scientifiche di specialità - in particolare la Aogoi - possono dare garanzia di effettiva (oggettiva e impersonale) rappresentatività dell'intera categoria specialistica nella sua interezza e, soprattutto, nella sua complessità.

Un compito che la Aogoi non può delegare a nessuno

È evidente che solo l'Aogoi può conoscere i nominativi dei colleghi a livello nazionale più esperti in una determinata complicanza e può garantire al Magistrato la massima chiarezza (e trasparenza) sull'attività di consulenza svolta.

A riprova della giustezza di tali considerazioni, si consideri che molte fra le più grandi società specialistiche italiane hanno de-

Solo l'Aogoi può avere la titolarità e l'autorevolezza di porsi come unica rappresentante degli interessi della categoria. Solo l'Aogoi può garantire al Magistrato la massima chiarezza (e trasparenza) sull'attività di consulenza svolta

ciso di fronteggiare autonomamente tale fenomeno costituendo al proprio interno un apposito Comitato tecnico-scientifico per lo studio della responsabilità professionale finalizzato alla collaborazione sia con i soci in difficoltà (fornendo loro i nominativi dei colleghi più esperti da utilizzare come consulenti di parte), sia con gli uffici giudiziari italiani quali interlocutori di garanzia e di qualità nella individuazione di consulenti tecnici di ufficio esperti nelle singole complicanze. D'altronde, come a tutti è noto, il problema più difficile è far entrare la scienza ginecologica nelle aule giudiziarie. Ma non basta.

Non solo le società medico-scientifiche sono le uniche a poter rappresentare la specialità, ma hanno anche la possibilità di intervenire nei singoli processi in aiuto dei colleghi in difficoltà aiutandoli, per le ragioni suddette, in una concreta e favorevole soluzione della vicenda giudiziaria.

A quale fine intervenire dopo? Dopo quindici anni, con una sentenza passata in giudicato? Solo nei casi in cui vi è un'assoluzione? Solo quando sia "palese la malafede della parte attrice e/o nei casi di consulenza redatta a spregio della verità scientifica, in cui è manifesto il danno arrecato al sanitario"? Se è palese la malafede, occorre fare causa anche al magistrato oltre che al perito ignorante (o in malafede)? Chi fa causa al magistrato e al perito: il medico assolto? E nei casi in cui la palese malafede o lo spregio scientifico determinano la condanna del medico? Quest'ultimo rimane solo?

Se c'è palese "malafede della parte attrice" o vi è una attività peritale realizzata in "spregio della verità scientifica" è evidente che vi deve essere un coinvolgimento anche degli organi requirenti (altrimenti la malafede non può essere tanto "palese"): come si può pensare che un medico da solo fronteggerà tale sistema facendo causa?

In realtà, le ragioni suindicate evidenziano che non è possibile "porre condizioni" nella difesa della verità scientifica. Occorre fare subito qualcosa, impedendo la formazione di precedenti giurisprudenziali negativi piuttosto che reagire dopo tanti anni a conclusione di una fase processuale in cui il danno si è già riverberato su tutti ("è manifesto il danno arrecato al sanitario").

Lo strumento esiste già. Con fatica e impegno da parte degli organi direttivi e dei suoi legali, la Aogoi ha avuto il riconoscimento della legittimazione processuale a partecipare ai giudizi dei colleghi.

L'Osservatorio nazionale sugli eventi avversi in ginecologia e ostetricia

In Italia manca un monitoraggio serio sugli eventi avversi in medicina. Nemmeno le imprese di assicurazione o i loro organi rappresentativi sono in possesso di tali dati. Questo significa che tutti (tutti: compresi gli assicuratori nella definizione dei costi delle polizze) fondano le loro valutazioni (anche economiche) del fenomeno esclusivamente sulla singola esperienza personale (le vicende conosciute in ragione della propria professione) o su quanto riportato dai media.

Per far fronte a tale situazione la Aogoi ha costituito un apposito Osservatorio nazionale sugli eventi avversi in ginecologia e ostetricia che - grazie ad un sistema assicurativo centralizzato - raccoglierà i dati relativi ai sinistri riguardanti, di anno in anno, i seimila iscritti. In questo modo, nel medio periodo, la Aogoi sarà in grado di conoscere il proprio rischio, prologo indispensabile per avere un valido, efficiente ed economicamente vantaggioso, rapporto con le imprese di assicurazione.

Magistrati, avvocati, non sanno nulla di ginecologia. Tutto viene deciso esclusivamente in ambito ginecologico con regole definite dalla stessa scienza specialistica

I Media e i numeri della responsabilità professionale

Tornando ai media, è evidente che i frequenti articoli fondati su numeri apodittici, "fazziosi" (se non "falsi") determinano un allarme nei lettori e, contemporaneamente, incrementano nel mercato assicurativo il discredito nei confronti della sanità: è risaputo che ormai solo gli stranieri (peraltro, pochi!) partecipano alle gare assicurative degli ospedali italiani. Ma perché succede? Perché in Italia la responsabilità professionale medica fa notizia, va in prima pagina, fa vendere? Molti (avvocati, magistrati, professionisti del-

la malpractice medica) la utilizzano per garantirsi una visibilità che con altri temi (vedi l'ambiente) non potrebbero mai ottenere. Anche su questo punto manca chiarezza. Si pensi, ad esempio, al caso degli articoli che qualche mese fa hanno riportato il dato dei "90 morti al giorno per errori sanitari": un fatto così eclatante che ha indotto la AMAMI a presentare una denuncia alla Procura della Repubblica per "procurato allarme" nei confronti di chi ha diffuso i dati falsi sui morti per errore medico.

Allo stesso tempo, però, analizzando il sito istituzionale della stessa AMAMI si evidenzia come sia importante l'attività mediatica per questa associazione: 87 articoli solo nel 2007! Tralasciando ogni considerazione sul fatto che tutti gli articoli (e i video) presenti sono esclusivamente incentrati su dichiarazioni fatte dal solo Presidente, basta scorrerli uno ad uno per rilevare, con estrema evidenza, quale sia il fascino dei numeri inattendibili - un fascino che colpisce tutti. Basta leggere gli articoli: sono tutti (direttamente o indirettamente) fondati sui dati allarmistici; sugli stessi dati inattendibili di cui si è fatto cenno. Eppure le conseguenze di questo comportamento sono note: ha ragione lo stesso Presidente della AMAMI quando nell'articolo su "Il Giorno" del 4 marzo 2007 afferma: "Questa continua pioggia di dati crea confusione e incertezza nei cittadini, da un lato; dall'altro, è propedeutica a infiniti aumenti dei premi di polizza Rct per i medici: un aumento del 600%: unico dato reale". Già!

Concludendo, pur nel rispetto del lavoro sino ad oggi svolto, risulta opportuno ridefinire l'orientamento della Aogoi nei confronti del problema della responsabilità professionale in ginecologia e ostetricia, facendo ancora "un passo avanti" a favore dei propri iscritti, ponendosi quale unico interlocutore nei confronti di tutti i soggetti coinvolti (colleghi, pazienti e uffici giudiziari) al fine di garantire a tutti che - attraverso il suo serio e costante monitoraggio di ciò che accade ogni anno in Italia - impedirà il perpetrarsi di inutili aggressioni o di sentenze ingiuste o scientificamente infondate. ■

IL CORSIVO di Carlo Sbiroli



Perché continuare ad amare AMAMI?

Il professor Paolo D'Agostino interviene su un argomento molto importante. Le sue articolate riflessioni in tema di responsabilità professionale strettamente connessa all'ostetricia e ginecologia convergono, in estrema sintesi, su un punto: l'opportunità che l'Aogoi si ponga quale unico rappresentante degli interessi dell'intera categoria, a garanzia non solo dei ginecologi italiani ma anche degli altri soggetti coinvolti (pazienti, uffici giudiziari). Si tratta di un argomento molto attuale, su cui spesso si è discusso all'interno dell'Aogoi e frequentemente si è scritto sulle pagine di questo giornale. Non sempre però il dibattito su questi temi è stato sereno. Come spesso accade in queste circostanze ci sono state anche delle prese di posizione estreme, che hanno finito col creare disagio e confusione.

Provo ad essere chiaro. Alcuni anni fa la scelta di aderire ad AMAMI si basava sull'idea che l'unione con altre associazioni specialistiche mediche avrebbe conferito all'Aogoi una maggiore forza a livello politico: uniti, pensavamo, si fa massa d'urto. A questa decisione contribuì, in quegli anni, la paura dei tribunali, la paura di non essere difesi bene. In altri termini, il perno attorno al quale doveva ruotare AMAMI era quello di costituire un nocciolo duro, centralizzato, in grado di fornire le linee-guida, una linea di condotta nei confronti soprattutto del mondo giudiziario e politico.

Nella realtà le cose non sono andate proprio in questo modo. Pian piano si è constatato che AMAMI è diventata più un nome, o se volete, un marchio, che un'organizzazione. Questo, probabilmente, è avvenuto per eccesso di protagonismo e per scelte, non proprio oculate, degli obiettivi da perseguire.

Oggi AMAMI non corrisponde più alle nostre aspettative. I suoi numeri non funzionano più perché si è appiattita su vecchi discorsi e su obiettivi difficilmente raggiungibili. A questo si aggiunga che i dati che presenta sono spesso poco credibili, perché non si basano su casistiche facilmente verificabili attraverso un osservatorio degli eventi avversi.

L'Aogoi non è stata a guardare. A più riprese ha lanciato l'allarme e discusso con i responsabili nel tentativo di cambiare le cose. Ma, constatato che in definitiva si trattava di un discorso tra sordi e che gli obiettivi non coincidevano, ha provveduto ad agire in modo

"Oggi AMAMI non corrisponde più alle nostre aspettative. I suoi numeri non funzionano più perché si è appiattita su vecchi discorsi e su obiettivi difficilmente raggiungibili"

autonomo. Anzitutto ha cercato di affrontare le problematiche medico-legali con un approccio moderno e di promuovere tra i suoi soci una cultura su questi temi. Lo ha fatto attraverso l'organizzazione di congressi, meeting e la pubblicazione di riviste sull'argomento, coinvolgendo a più riprese i politici, ma anche il mondo dei tribunali e gli avvocati. Recentemente poi ha fornito un'ulteriore copertura assicurativa gratuita ai propri

associati, perché si è resa conto che in troppe Aziende ospedaliere ancor oggi i medici non sono adeguatamente tutelati per le conseguenze di possibili errori professionali. Un'iniziativa come questa, il cui costo è stato enorme per l'Aogoi, sarebbe sicuramente costata molto meno se fosse stata proposta da AMAMI a tutte le società mediche specialistiche. Un'ultima considerazione. L'esperienza accumulata in questi anni ha fatto capire che in tema di difesa legale del medico non è necessario fare gruppo. Si deve convenire sul fatto che creare organizzazioni associative con branche diverse della medicina finisce col determinare processi di de-specializzazione indotti dalla globalizzazione e dal relativismo culturale conseguente. In altri termini, non c'è bisogno del sostegno del gruppo, perché le competenze sono diverse, soprattutto in un'epoca in cui le superspecializzazioni rivestono un'importanza determinante all'interno di una stessa specializzazione. È evidente, ad esempio (tanto per rimanere in campo ginecologico), che il danno procurato durante un intervento di chirurgia radicale sarà valutato con qualche difficoltà da un ginecologo che s'interessa di endocrinologia. Non mi viene in mente una situazione che al giorno d'oggi possa essere valutata con precisione da medici che s'interessano di altri settori, e men che meno da medici di altre branche mediche. Sono convinto che oggi non vi sia società medica scientifica che non concordi su questo punto.

E allora cosa significa tutto questo? Significa isolarsi? Diventare anime perse, senza punti di riferimento, che navigano come naufraghi nel mare della malasanità italiana? O piuttosto significa ritrovare la titolarità e l'autorevolezza di porsi come massimi esperti in presenza di problemi giurisprudenziali ostetrici e ginecologici? Questo è un ruolo che l'Aogoi deve certamente far suo e che non può delegare a nessuno.

di Carmine Gigli

SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.

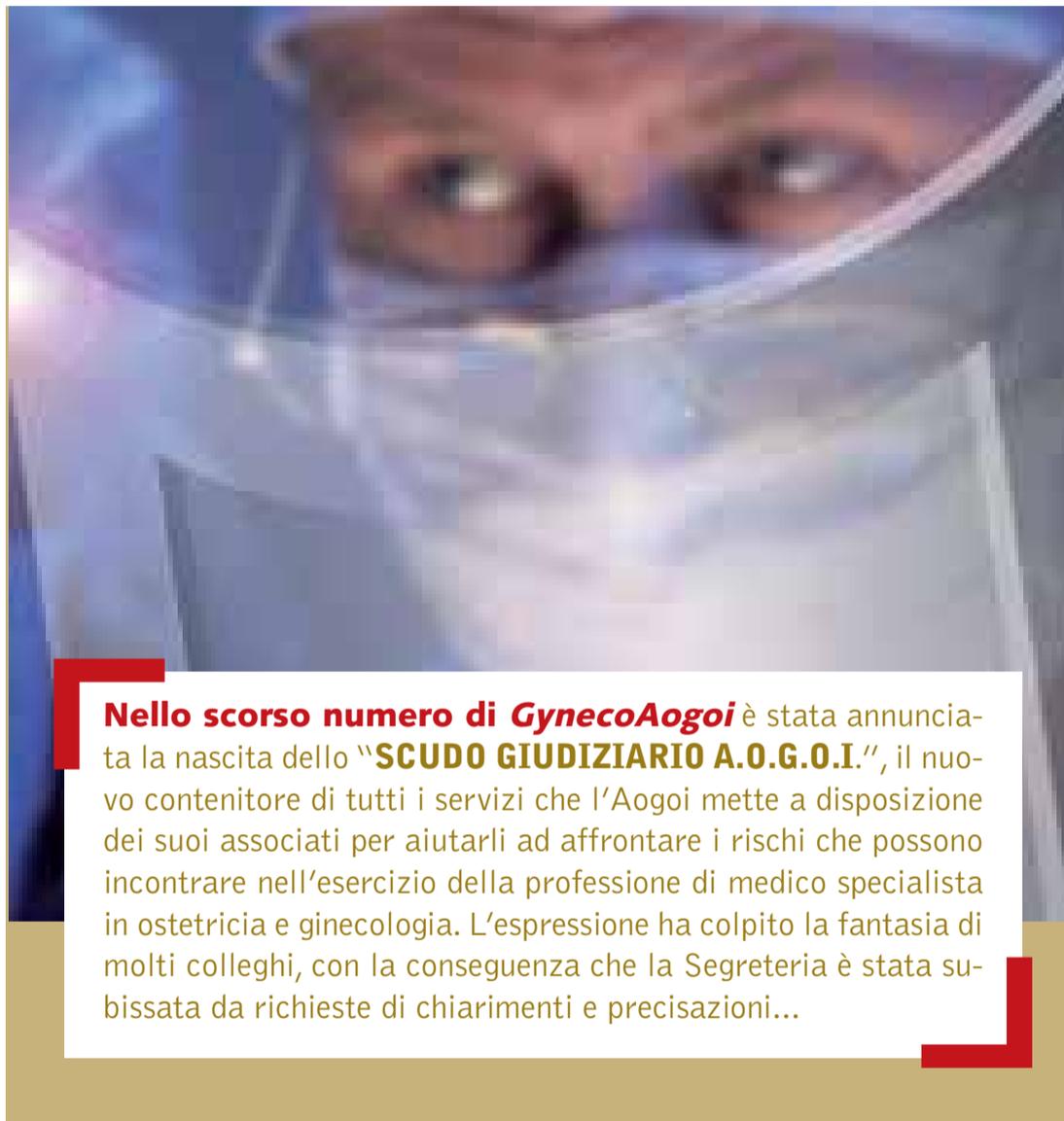
■ Ecco, in sostanza, in cosa consiste lo "SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.". Si tratta di un pacchetto di servizi che insieme costituiscono un vero e proprio scudo protettivo costruito dall'Aogoi per tutelare i suoi associati. Il principio ispiratore di questa iniziativa può riassumersi nel motto cui facciamo riferimento da anni: "Tutela e Prevenzione". "L'obiettivo è appunto quello di tutelare la serenità del medico, affinché possa operare senza il timore di restare solo e indifeso nel caso dovesse trovarsi coinvolto in un contenzioso medico-legale. Nello stesso tempo, ci proponiamo di promuovere la sicurezza del paziente, favorendo l'aggiornamento del medico e indirizzando la sua formazione alla prevenzione del rischio". In pratica vogliamo sostenere il diritto del paziente a un adeguato indennizzo, nel caso in cui l'errore del medico dovesse comportare l'insorgenza di un danno.

LO "SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I." COMPRENDE:

- Polizza Convenzione "Protezione legale" A.O.G.O.I.
- Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I.
- M.A.M.M.A. AOGOI
- Aggiornamento medico-legale, attraverso il sito www.ginecologiaforense.it
- Corsi di Risk management

Polizza Convenzione "Protezione legale" per A.O.G.O.I.

È attiva dal 2002 e rimborsa le spese sostenute nei procedimenti penali per la difesa dell'associato Aogoi e dei familiari che collaborano con lui. Inoltre, rimborsa le spese che il socio potrebbe sostenere per ottenere il risarcimento di danni a persona e/o a cose, subiti per fatti illeciti di terzi (massimale di Euro 25.000,00 per evento). L'assicurazione vale anche a tutela del rapporto di



Nello scorso numero di GynecoAogoi è stata annunciata la nascita dello "SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.", il nuovo contenitore di tutti i servizi che l'Aogoi mette a disposizione dei suoi associati per aiutarli ad affrontare i rischi che possono incontrare nell'esercizio della professione di medico specialista in ostetricia e ginecologia. L'espressione ha colpito la fantasia di molti colleghi, con la conseguenza che la Segreteria è stata subissata da richieste di chiarimenti e precisazioni...

lavoro, per sostenere controversie individuali relative al rapporto di lavoro dipendente o in convenzione con enti del Servizio sanitario nazionale o con privati e laddove previsto, anche in sede amministrativa compresi i ricorsi al TAR (massimale di Euro 5.000,00 per evento) (vedi riquadro).

Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I.

Questa Assicurazione opera in "secondo rischio", fino alla concorrenza di Euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno e per ciascun assicurato e si applica:

A. Ai medici dipendenti a rapporto esclusivo o che svolgono

libera professione intramoenia

La polizza opera in eccedenza ai massimali garantiti dalle polizze di primo rischio stipulate dall'Azienda o personali del socio. Qualora risultasse una inoperatività, insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali di dette polizze, l'Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I. opera in primo rischio, così pure in caso di rivalsa per colpa grave da parte dell'Ente.

B. Ai liberi professionisti o nello svolgimento di libera professione extramoenia

Opera con le stesse garanzie ma in eccedenza ai massimali garantiti dalla polizza di primo rischio stipulata dal socio, che dovrà prevedere un massimale

minimo di Euro 1.500.000,00, il cui costo resta a carico dell'associato (vedi riquadro).

M.A.M.M.A. AOGOI

La definizione "MAMMA AOGOI" è entrata nel linguaggio comune dei soci Aogoi, ma non tutti sanno che si tratta di un acronimo (Movement Against Medical Malpractice and Accident), che ho ottenuto forzando un po' la definizione inglese, per un atto di omaggio al Segretario nazionale Antonio Chiantera, il quale non si stanca mai di ripetere che "l'AOGOI è come la mamma". "MAMMA AOGOI" è un servizio riservato ai soci Aogoi che si trovano coinvolti in un contenzioso medico-legale per motivi professionali o che han-

Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Copertura della responsabilità civile per fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale e nella conduzione del relativo studio.

PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di Dipendente compresa attività intramoenia, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa nonché di professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici.

ESCLUSIONI

- A. I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione, salvo la tolleranza di 10 giorni;
- B. fatti e circostanze già note al momento della stipulazione del contratto che possano far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno e/o richieste di risarcimento già note all'Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- C. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti

no dei conflitti con l'Azienda di appartenenza, sempre per motivi di lavoro. Ogni associato costretto ad affrontare uno di questi problemi può contattare il servizio "MAMMA AOGOI": un collega gli fornirà un parere in breve tempo e, se è il caso, lo contatterà per chiarire aspetti particolari del problema o per dare un sostegno psicologico, da collega a collega.

Nei casi più complessi, viene fornito anche il parere di uno dei legali dell'Associazione o di un esperto del ramo. L'apprezzamento dei soci per questo servizio è testimoniato dai numeri. In meno di 3 anni di vita "MAMMA AOGOI" ha affrontato oltre 350 problemi sottoposti dagli associati, men-

colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di copertura.

La Polizza opera in eccedenza ai massimali garantiti dalle polizze di primo rischio sottoscritte dall'Assicurato o da terzi in favore dell'Assicurato medesimo. Esclusivamente in caso di inoperatività, insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali di primo rischio nonché in caso di rivalsa da parte dell'ente, la presente Polizza. Convenzione opererà in primo rischio con un massimale di Euro 1.000.000,00.

AVVERTENZE IMPORTANTI!

- A. Ogni richiesta di risarcimento, inviata da un legale, ovvero personalmente dal danneggiato, ovvero da associazioni che tutelano i diritti dei pazienti, ed altresì dall'Ente o dall'Azienda (lettera con cui vi si mette al corrente della richiesta di risarcimento inviata alla struttura sanitaria e relativa ad attività svolte da voi), deve essere tempestivamente denunciata.
- B. Ai sensi dell'art. 1910 c.c. "Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri...". Il medico, anche se dipendente, è tenuto ad adempiere tale prescrizione.

Per attivare la polizza, in caso di sinistro, è necessario che il socio Aogoi faccia denuncia scritta, entro 10 giorni da quando è venuto a conoscenza dell'evento. La denuncia redatta su un modulo scaricabile dai siti www.aogoi.it, www.ginecologiaforense.it e www.fesmed.it, deve essere inviata allo "Studio Bolton e Associati Srl, Via Sicilia, 125 - 00187 Roma, con la documentazione richiesta. Sugli stessi siti si potrà consultare la polizza in versione integrale.

tre, nello stesso periodo, solo 70 colleghi hanno preferito affrontare il loro problema attraverso altre vie.

Il sito www.ginecologiaforense.it
Questo sito è la porta di accesso a tutti i servizi che compon-

gono lo "SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I.". Rappresenta inoltre lo strumento per curare l'aggiornamento medico-legale dei soci Aogoi, per discutere delle problematiche di maggior interesse professionale e per documentarsi sulle sentenze che riguardano la nostra specialità.

Corsi di Risk Management

Il programma dell'Aogoi per la gestione del rischio clinico, grazie anche alla collaborazione di una nota ditta farmaceutica, ha già visto due edizioni del corso itinerante "Risk Management in Sanità". Si tratta di un corso propedeutico alla formazione di futuri "risk manager", particolarmente orientati ai rischi specifici che presenta la professione dello specialista in ostetricia e ginecologia nelle strutture sanitarie. Un nucleo di docenti partecipa a tutte le edizioni e a loro si affiancano dei prestigiosi esperti, residenti nella regione dove si svolge il corso. In tal modo è possibile beneficiare delle esperienze di magistrati, direttori generali, specialisti in medicina legale e di clinical risk manager - tutti radicati nel territorio di provenienza dei partecipanti e conoscitori delle realtà locali. La possibilità di discutere con i docenti, anche fuori dall'aula e persino durante i momenti conviviali, è certamente una delle caratteristiche vincenti di questi corsi. L'interesse testimoniato dai partecipanti ha portato alla programmazione di altre sei edizioni di questo corso nel 2007.

È chiaro che si tratta di iniziative integrate tra loro, per questo motivo vanno a far parte di un unico programma, per il quale il nome "SCUDO GIUDIZIARIO A.O.G.O.I." ci è sembrato essere il più adatto. Certamente è un programma di importante tutela per i soci dell'Aogoi, anche se comporta un notevole onere economico per la nostra Associazione. Onere che almeno per quest'anno non graverà sulla quota associativa, per la quale non sono previsti aumenti. **Y**

Il sito web

www.ginecologiaforense.it

www.ginecologiaforense.it

L'accesso a questo sito è riservato ai soci Aogoi. In occasione del primo accesso, il socio dovrà registrarsi utilizzando il "codice personale di accesso", fornito a tutti gli associati, successivamente potrà entrare con la propria password direttamente nell'area riservata. All'interno di questo sito troverete le notizie di maggior interesse in materia di ginecologia forense (news), un archivio delle sentenze che riguardano più da vicino lo specialista ostetrico ginecologo (sentenze) e potrete leggere le risposte degli esperti alle domande più frequenti poste dai soci (f.a.q.). È inoltre possibile leggere gli articoli della rivista "Ginecologia Forense", partecipare ai forum di discussione sugli argomenti più scottanti della professione (forum), aggiornare i vostri dati personali perché l'Aogoi possa continuare a inviarvi le sue riviste anche se cambiate domicilio o posto di lavoro (informazioni personali). Da questo sito si può richiedere on line l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI" ed anche scaricare il modulo a disposizione di coloro che preferiscono richiedere via fax l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI". Troverete inoltre i moduli da inviare via fax, per attivare le polizze assicurative riservate ai soci Aogoi: "Polizza Convenzione Protezione legale per AOGOI" e "Assicurazione della Responsabilità Civile degli Associati A.O.G.O.I.", oltre ai testi dei contratti di queste due assicurazioni nel formato integrale.

Polizza Convenzione "Protezione legale" per AOGOI

■ L'assicurazione vale per i casi assicurativi relativi all'esercizio della professione medica indicata in polizza, per:

- 1) Sostenere la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni. Le garanzie operano anche per l'impiego di apparecchi diagnostici e terapeutici in genere, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 25 - Esclusioni - lettera c).
- 2) Difesa penale per reato colposo e doloso compresi quelli derivanti da consenso imperfetto o contravvenzionale dell'Assicurato e dei familiari che collaborano con lui. Nell'ipotesi di procedimento penale per delitto doloso la garanzia viene prestata purché le persone assicurate vengano prosciolte o assolte con decisione passata in giudicato, fermo restando l'obbligo per l'Assicurato di denunciare il sinistro nel momento in cui ha inizio il procedimento penale. In tali ipotesi la Compagnia rimborserà le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato. Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa.
- 3) Sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persona e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi.
- 4) L'assicurazione vale anche, a tutela del rapporto di lavoro, limitatamente ed esclusivamente per: sostenere controversie individuali relative al rapporto di lavoro dipendente o in convenzione con enti del Servizio sanitario nazionale o con privati. A parziale deroga dell'Art. 25 - Esclusioni - lettera b), la garanzia opera, laddove previsto, anche in sede amministrativa (ricorsi al TAR).

La Società, alle condizioni della presente polizza e nei limiti del massimale convenuto, assicura la Protezione Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati in polizza. Tali oneri sono:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo
- le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata dalla Società ai sensi dell'Art. 13 comma 4
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con la Società ai sensi dell'Art. 13 comma 5
- le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale)
- le spese di giustizia.

MASSIMALE:

- relativamente alle garanzie 1), 2) e 3) il massimale viene fissato in **Euro 25.000,00 per evento, senza limite per anno assicurativo;**
- relativamente alla garanzia 4) il massimale viene fissato in **Euro 5.000,00 per evento, senza limite per anno assicurativo.**

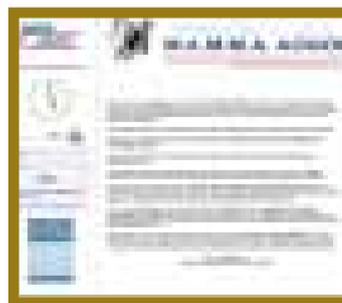
Per attivare la polizza, in caso di sinistro, il socio Aogoi deve immediatamente denunciare alla Società qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza. In ogni caso deve fare pervenire alla Direzione Generale della Società notizia di ogni atto a lui notificato, entro 10 (dieci) giorni dalla data della notifica stessa. La denuncia redatta su un modulo scaricabile dai siti www.aogoi.it, www.ginecologiaforense.it e www.fesmed.it, deve essere inviata Ge.As. Srl, Viale delle Milizie 16, 00192 Roma .

SERVIZIO "M.A.M.M.A. AOGOI"

Movement Against Medical Malpractice and Accident

L'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI", può essere richiesta:

1. On line, dal sito www.ginecologiaforense.it, oppure attraverso il sito www.aogoi.it. In occasione del primo accesso, il socio dovrà registrarsi utilizzando il "codice personale di accesso", fornito a tutti gli associati Aogoi, successivamente potrà entrare con la propria password direttamente nell'area riservata. Attivando l'icona "help-desk per le tue richieste on line", potrà compilare il modulo con l'aiuto della procedura gui-



data e inviarlo direttamente alla Segreteria nazionale Aogoi. Eventuali documenti forniti dal socio o prodotti dagli esperti, verranno depositati in un "Repository per-

sonale" in rete, alla quale solo il socio potrà accedere.

2. Il modulo di attivazione del servizio di assistenza potrà essere compilato anche su carta, ritagliandolo da una delle riviste pubblicate dall'Aogoi, oppure scaricandolo dal sito www.ginecologiaforense.it e inoltrandolo via fax alla Segreteria Nazionale.
3. È prevista anche un'attivazione telefonica del servizio di assistenza "M.A.M.M.A. AOGOI", chiamando la Segreteria nazionale Aogoi (tel. 02 29525380)

Corsi di Risk Management

Edizioni programmate del corso itinerante "Risk Management in Sanità":

28-29 settembre 2007	Belgirate (VB)
26-27 ottobre 2007	Portofino vetta (GE)
9-10 novembre 2007	Ponzano Veneto (TV)
16-17 novembre 2007	Taormina (ME)
7-8 dicembre 2007	Sorrento (NA)
14-15 dicembre 2007	Spoleto (PG)

di Claudio Crescini, Segretario Regionale Aogoi Lombardia

Un silenzio assordante

Non è la prima volta che un malcapitato medico incorso in un errore, o coinvolto in una vicenda giudiziaria legata alla professione, si trovi solo difronte al linciaggio mediatico. Solo, nel silenzio assordante della nostra categoria e di chi riveste incarichi ufficiali o di responsabilità nella sanità. Non succede così per altre categorie di lavoratori

Il caso dell'intervento di aborto selettivo che per errore ha determinato la perdita del gemello sano, accaduto al San Paolo di Milano, ampiamente riportato dalla stampa, soprattutto lombarda, ha sollevato un dibattito quasi esclusivamente imperniato sulla richiesta di modifica della legge 194/78.

La collega ginecologa incorsa nell'errore è stata esposta quasi ad un pubblico linciaggio sulla stampa e ne è stato persino pubblicato nome e cognome.

Tranne una lodevole e coraggiosa dichiarazione ufficiale di so-

stegno alla collega da parte della presidenza di una società scientifica, per il resto si è sentito solo un silenzio assordante da parte della nostra categoria e di chi riveste incarichi ufficiali o di responsabilità nella sanità lombarda. Non è la prima volta. Quando un malcapitato medico incorre in un errore o viene coinvolto in una vicenda giudiziaria legata alla professione, rimane solo davanti alla lapidazione dei media che lo gettano in pasto alla pubblica opinione che ha così un capro espiatorio su cui sfogare tutto il suo malessere

verso un sistema sanitario che sarà anche il secondo al mondo per equità e gratuità, ma che ha aree di inefficienza da deficit gestionali impressionanti (basti pensare alla migrazione interregionale sud-nord dei pazienti, alle liste d'attesa, alla carenza di una adeguata assistenza domiciliare postdimissione e via elencando).

Il medico che sbaglia, o si suppone abbia sbagliato, rimane così esposto al pubblico ludibrio in attesa che un nuovo episodio di malasanità lo sostituisca sulle pagine dei giornali. Non succede così per altre categorie di lavoratori. Penso per esempio agli agenti di pubblica sicurezza, carabinieri e poliziotti. Anch'essi nello svolgimento della propria attività possono inevitabilmente incorrere in errori, talvolta, anche se involontariamente, causando il ferimento o la morte di



E il medico rimane solo a ricordare che il nostro riferimento non è Ippocrate, ma San Sebastiano

un cittadino. Ebbene, in questo caso scatta immediatamente una difesa d'ufficio, un riconoscimento delle virtù e delle doti del soggetto incriminato e una raffica di dichiarazioni di sicura innocenza da parte di tutta l'istituzione a cui appartiene. Nel caso dei carabinieri sono immediate le dichiarazioni di solidarietà, di comprensione e ricerca di attenuanti e giustificazioni da parte di tutta la gerarchia, dal comandante locale fino al generale, esponenti politici, giornali e così via.

Per i medici tutta un'altra musica. Nessuno ne prende le difese, tacciono i direttori di unità complessa, il direttore generale, se interpellato dalla stampa, cerca di dimostrare l'estraneità del proprio operato e della struttura ospedaliera da lui diretta da quanto accaduto al medico, l'assessorato alla Sanità delle regioni chiede punizioni esemplari e promette provvedimenti spesso inutili, l'Ordine dei medici tace. E il medico rimane solo a ricordare che il nostro riferimento non è Ippocrate, ma San Sebastiano. **Y**



M.A.M.M.A AOGOI

Movement Against Medical Malpractice and accident
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

WWW.GINECOLOGIAFORENSE.IT

Questo modulo può essere utilizzato per richiedere l'assistenza di "M.A.M.M.A. AOGOI". Dopo averlo compilato, dovete ritaglierlo ed inoltrarlo alla Segreteria nazionale AOGOI, via G. Abamonti, 1 - 20129 Milano, per posta, oppure via fax (02.29525521). In maniera più semplice, potrete compilare il modulo "on line", andando al sito



www.ginecologiaforense.it, nel settore "Help-desk", sotto l'icona "Help-desk on line", dove troverete un percorso guidato che vi aiuterà a compilare correttamente la richiesta di assistenza. E anche possibile telefonare alla Segreteria nazionale AOGOI (tel. 02.29525380) ed esporre a voce il problema.

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

TIPO evento sanitario avverso atti della magistratura contenzioso amministrativo

EVENTO

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

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

DESCRIZIONE

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza richiesto

CONTATTO telefono e-mail fax mobile *Indicare la modalità con cui si preferisce essere contattati*

CONSENSO il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni generali di funzionamento del servizio di "tutela legale" pubblicate sul sito www.aogoi.it e sulla rivista dell'associazione "Gynecoagoi"

data _____ il socio _____

Responsabilità professionale medica in Europa

Sistemi giuridici a confronto

Il Forum internazionale, organizzato dal Senato della Repubblica, si terrà il prossimo 2 ottobre a Roma

All'organizzazione del Forum ha contribuito in maniera determinante l'Aogoi, come si può facilmente comprendere scorrendo l'elenco dei partecipanti. In realtà, questa manifestazione è stata fortemente voluta dal Segretario nazionale dell'Aogoi Antonio Chiantera, per portare all'attenzione dei Senatori della Repubblica la disparità di trattamento che devono sopportare i medici italiani, se vengono messi a confronto con i colleghi degli altri Paesi europei.

Di questo Forum vi forniremo una cronaca dettagliata nel prossimo numero di GynecoAogoi. Intanto, sappiate che andremo a testimoniare in questa sede prestigiosa il vostro malessere, per essere costretti ad esercitare la nostra professione nelle attuali circostanze.

Andremo a dire che oggi i medici italiani, quando commettono un errore, vengono sottoposti a processi penali con il rischio della prigione, vengono condannati a risarcire indennizzi per cifre che non guadagnano in tutta la loro vita lavorativa, vengono licenziati dalle Aziende dove hanno lavorato

per anni, vengono espulsi dall'ordine professionale, perdendo la possibilità di svolgere l'unica professione che conoscono. Andremo a dire che nonostante questo, gli errori non diminuiscono mentre, i "programmi di risk-management", previsti dal Contratto di lavoro e tante volte promessi, non decollano



nelle Aziende del Servizio sanitario. Andremo a dire che in troppe Aziende non viene rispettato il dovere contrattuale di garantire un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile dei medici, e tanto meno viene prevista la copertura assicurativa per la "colpa grave". Anzi, in alcuni casi non viene neanche stipulata la polizza generale aziendale.

Andremo a dire che i direttori generali, invece di farsi carico dei contenziosi, si preoccupano soprattutto di prendere le distanze con quanto è avvenuto, di promettere ai media che ci saranno punizioni esemplari ed in alcuni casi, di licenziare i medici coinvolti, addirittura ancora prima che si accerti l'esatto andamento dei fatti.

Andremo a dire che la società affida ai medici la tutela del bene supremo della salute dei cittadini, ma la legislazione attuale non mostra nessuna comprensione per gli errori che i medici possono commettere, perseguendoli con norme del codice penale che non tengono conto della loro funzione sociale e che non fanno distinzione fra chi usa il bisturi per salvare una vita e chi usa la lama per scopi del tutto differenti.

Questo ed altro andremo a dire ai Senatori della Repubblica, nella speranza che in un'Europa Unita i medici italiani possano essere trattati con la stessa dignità che viene riservata ai colleghi delle altre nazioni.

Carmine Gigli

Partecipanti, relatori e moderatori

F. Marini - Presidente del Senato della Repubblica
L. Turco - Ministro della Salute
I. Marino - Presidente XII Commissione permanente Igiene e Sanità del Senato
P. Pisicchio - Presidente II Commissione permanente Giustizia della Camera dei Deputati
A. Tomassini - Presidente Commissione Parlamentare d'inchiesta sull'efficienza e l'efficacia del SSN
A. Finocchiaro - Presidente Gruppo Parlamentare "L'Ulivo"
C. Cursi - V. Presidente XII Commissione permanente Igiene e Sanità del Senato
S. Aleo - Professore Facoltà di Giurisprudenza - Università degli Studi di Catania
A. Bianco - Presidente FNOMCeO (Federazione nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri)
P. D'Agostino - Cattedra di Diritto Penale - Università di Torino
L. Del Sasso - Presidente SIOT (Soc. Italiana Ortopedia e Traumatologia)
E. Deutsch - Germania - Università di Göttingen
W. Dunlop - Inghilterra - Presidente EBCOG

(European Board and College of the Obstetrics and Gynecology)
I. Frongillo - Sostituto Procuratore presso la Procura di Napoli
C. Gigli - Presidente Fesmed (Federazione sindacale medici dirigenti)
E. Leo - Direttore Struttura Complessa di chirurgia presso l'Istituto Tumori di Milano
M. Maisto - Consulente Legislativo e Public Affairs
A. Marra - Presidente di Sezione Corte d'Appello di Milano
G. Melotti - Presidente A.C.O.I. (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani)
G. Monni - Presidente AOGOI
D. Palmieri - Studio Legale Moshì e Associati, Milano
I. Pidevall Borrell - Delegato AEDS (Asociación Española de Derecho Sanitario)
B. Popovic - Slovenia - Consulente legale della Federazione Europea dei Medici Dirigenti
G. Valea - Consigliere Sezione Civile Corte d'Appello di Catanzaro
Y. Ville - Francia - Primario di oncologia ginecologica e ostetricia, Parigi
 Al forum prenderanno parte:
G. Benagiano - Ordinario di Ginecologia, Università degli Studi La Sapienza, Roma

A. Castellano - Direttore U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Civ. "S. Paolo", Civitavecchia RM
A. Chiantera - Segretario Nazionale AOGOI
V. Cirese - Avvocato specializzato in Diritto Amministrativo, Tributario, Internazionale e del Lavoro
G. Ettore - Direttore U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale "Garibaldi-Nesima", Catania
N. Natale - Vice Presidente SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia)
C. Sbiroli - Past President AOGOI
F. Sirimarco - Direttore U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale "Caldarelli", Napoli
G. Scalera - Membro VII Commissione Permanente Istruzione Pubblica, Beni Culturali della Camera dei Deputati
R. Tersigni - Presidente C.I.C. - Collegio Italiano dei Chirurghi
P. Todaro - Colonnello Medico, Capo Dipartimento di Patologia Urologica e Ginecologica, Policlinico Militare di Roma
P. F. Tropea - Membro UPIGO (Unione Professionale Internazionale des gynécologues et Obstétriciens)
G. Vittori - Primario di Ginecologia, Ospedale San Carlo di Roma

In evidenza

Perché votare è importante

di Nicola Natale

Martedì 16 ottobre, alle ore 16, si svolgerà, nel contesto del Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agugi di Napoli, l'Assemblea annuale Aogoi cui seguirà, alle ore 18, l'Assemblea annuale Sigo

Si tratta di un avvenimento annuale, cui siamo sempre chiamati a partecipare per dare un segno evidente della nostra adesione a una Associazione e ad una Società che rappresentano i ginecologi in sede nazionale e internazionale. Sicuramente la collocazione di ciascuno di noi nel panorama nazionale e internazionale è il risultato del lavoro svolto in ambito scientifico e clinico, ma, singolarmente, non siamo in grado di incidere più di tanto sulla realtà ginecologica politica o di realizzare fatti di portata nazionale o mondiale, come quello che ci stiamo accingendo a concretizzare con il congresso mondiale del 2012.

È l'apporto di tutte le nostre in-

telligenze, le nostre capacità, le nostre conoscenze messe insieme che permette di superare l'intelligenza, la capacità, la conoscenza di ciascuno di noi, che permette l'attuazione di progetti che singolarmente non potremmo realizzare, che permette di incidere sulla evoluzione scientifica, clinica, politica, sindacale generale. Lo abbiamo visto in tante occasioni. E se la Aogoi oggi è in grado di parlare ed essere ascoltata, di proporre e realizzare, di fare scommesse apparentemente folli e di vincerle è grazie all'apporto di ogni piccolo granello che ciascuno di noi può dare. Questo lavoro deve essere quotidiano e svolto personalmente e in gruppi, più o meno numerosi, ma l'Assemblea è il luogo in cui tutto ciò si esprime con la massima evidenza e si amalgama in una unica espressione. Il momento assembleare è l'espressione più forte della democrazia, è il momento di condivisione dei progetti, dei programmi, dei risultati. È il momento in cui ciascuno di noi è chiamato a partecipare in modo evidente e attivo al lavoro di tutti. Lo strumento che ci viene dato è la discussione e il voto in cui riassumiamo e

rendiamo evidente il nostro giudizio sull'operato svolto e sulle proposte avanzate da alcuni che nel frattempo hanno lavorato con l'intento di potenziare e far vivere la Associazione.

Queste premesse ci servono per introdurci al tema dell'articolo. A Napoli l'Assemblea della Federazione Sigo dovrà scegliere il nuovo Direttivo, identificare le strategie per portare al migliore dei risultati possibili il congresso Mondiale e scegliere la sede del Congresso per l'anno 2010. La preparazione di questa Assemblea ha portato alla ribalta problematiche che sembravano assopite. Gli ultimi tre anni hanno visto il Direttivo Sigo superare alcune fasi difficili, con aperte discussioni, ma con desiderio di collaborazione e di superamento delle difficoltà; da alcuni mesi però questo clima è stato alterato e la tranquillità ha ceduto il passo ad animosità e contrapposizioni.

Il lavoro proficuo svolto dai membri ospedalieri della Sigo, e i con-

seguenti successi, corrono il rischio di essere sviliti per far emergere antiche logiche che si credevano superate. Dobbiamo perciò riaffermare con decisione la necessità di creare il corretto equilibrio tra le diverse anime della ginecologia italiana e far sì che nella Federazione ognuna di esse occupi il posto che le compete.

Il numero, le capacità e l'attività sono i valori che costituiscono i titoli per definire i ruoli (ovvero compiti). Di fronte a questa realtà diventa indispensabile che tutti partecipino alla Assemblea Aogoi per discutere le proposte e condividere le scelte che i ginecologi ospedalieri presenteranno nel-

IN EVIDENZA

la successiva Assemblea Sigo e, ancor più importante, direi fondamentale, che TUTTI siano presenti alla Assemblea Sigo per sostenere la ginecologia ospedaliera e le sue scelte, che TUTTI siano presenti per sostenere il nuovo Direttivo Sigo che sarà per la terza volta a direzione ospedaliera, che TUTTI siano presenti a rivendicare il ruolo svolto dagli ospedalieri nel contesto mondiale. Desidero sottolineare in modo particolare il momento elettorale del

nuovo direttivo Sigo. Esso per la terza volta nella storia ultracentennale della Federazione sarà a guida ospedaliera dopo le positive presidenze di Giambanco e Imparato. Visto lo Statuto, io non posso candidarmi (e non so se ne avrei avuto i titoli, i meriti e le capacità), avendo già partecipato a due Consigli consecutivi, ma il mio appoggio incondizionato e forte sarà a chi la Aogoi riterrà opportuno candidare. Io mi auguro che numerosissimi vorrete condividere con me questo appoggio affinché il prossimo triennio Sigo rappresenti una fase memorabile nella storia della ginecologia italiana.

Qualora fosse realmente impossibile partecipare di persona, consegnate almeno la vostra delega perché altri possano rappresentarvi. Questa presenza diventerà concreta con il voto che andremo ad esprimere e, visti i numeri dei presenti, in proprio o per delega (se gli ospedalieri sapranno rispondere), potrebbe richiedere il sacrificio di prolungare la presenza in Aula anche fino a tarda sera (consumando la cena in loco). Prepariamoci quindi a manifestare alla Mostra d'Oltremare la compattezza e la decisione che ci contraddistinguono, senza manifestare segni di inesistente sudditanza o di indifferenza.

Pier Francesco Tropea

L'errore medico nella contraccezione ormonale

Negli ultimi decenni in tutti i Paesi industrializzati del mondo si è affermata una politica demografica il cui obiettivo primario è la riduzione della natalità, al fine di evitare il sovrappopolamento della popolazione e quindi l'incidenza di insostenibili costi sociali. A livello del nucleo familiare, si è venuta così affermando l'esigenza del ricorso a una contraccezione che nella pillola anticoncezionale ha riconosciuto lo strumento più idoneo sotto il profilo dell'efficacia contraccettiva e della praticità d'uso.

In realtà, il ricorso da parte della coppia a un severo controllo delle nascite riconosce motivazioni ben più ampie, prima fra tutte quella di considerare la nascita di un figlio come un evento non casuale ma programmato, nell'ottica di una procreazione pienamente responsabile. Peraltro il concetto della procreazione libera e consapevole ha assunto in questi ultimi anni una sua precisa configurazione nella valorizzazione degli articoli 2 e 13 della Costituzione Italiana che stabiliscono rispettivamente la garanzia dei diritti dell'uomo e l'invulnerabilità della libertà personale.

È indubbio dunque che la procreazione rappresenta oggi un diritto inalienabile della persona che va esercitato nell'ambito della libertà dell'individuo, della cui personalità costituisce una parte preminente.

L'esercizio della contraccezione è da considerare pertanto l'espressione più significativa della libertà personale, come tale finalizzata ad una scelta della coppia meditata e consapevole nei riguardi della procreazione.

Quanto premesso consente di comprendere il significato di una richiesta indirizzata al medico di un mezzo contraccettivo, il cui fallimento impegna la responsabilità del sanitario in termini di diligenza, perizia e prudenza rispetto alla domanda avanzata dalla donna non desiderosa di prole.

In brevi termini, il ginecologo può essere chiamato giudizialmente a rispondere nei casi in cui la prestazione sanitaria, finalizzata all'obiettivo dell'ottenimento di una contraccezione,

La prescrizione di un farmaco errato rispetto all'indicazione terapeutica richiesta può comportare per il sanitario l'attribuzione di una colpa professionale, con conseguenze rilevanti anche sotto il profilo del risarcimento economico nei confronti del paziente danneggiato

fallisca nei suoi intenti a causa di una documentata imperizia o negligenza del Medico.

Fino ad oggi la Giurisprudenza, nei pochi casi noti in letteratura, si è occupata di tale problematica limitatamente al fallimento di un intervento di sterilizzazione tubarica o di vasectomia, evenienze nelle quali il Medico è chiamato a rispondere, non soltanto di mancato adempimento di una obbligazione di mezzi (tradizionalmente richiesta in ambito sanitario), ma anche per non aver adempiuto a quella obbligazione di risultato che, nell'obiettivo dell'intervento chirurgico, doveva essere necessariamente raggiunto.

In altre circostanze i giudici sono stati chiamati a pronunciarsi sul fallimento di un'interruzione di gravidanza, la cui conseguenza, rappresentata dalla prosecuzione di una gestazione indesiderata, ha comportato la ri-

La nascita non desiderata, o comunque non programmata, di un figlio come conseguenza di un fallito trattamento contraccettivo farmacologico può comportare per la coppia un danno, patrimoniale ed esistenziale, risarcibile

chiesta di un risarcimento in termini economici, corrispondente alle spese sostenute per il mantenimento fino alla maggiore età di un figlio non programmato dalla coppia.

Non risultano invece precedenti casistici giurisprudenziali concernenti l'evento di una gravidanza indesiderata come conseguenza di un fallito trattamento contraccettivo farmacologico, per cui appare di estremo interesse la conoscenza di una pronuncia di merito (Trib. Monza, 19 aprile 2005) nella quale vie-

ne affrontata tale problematica, con particolare riferimento all'ipotesi di un danno risarcibile subito dalla coppia.

Nel caso di cui ci occupiamo, alla richiesta della prescrizione di un contraccettivo ormonale, avanzata da una giovane coppia che desiderava procrastinare un concepimento programmando in epoca successiva, il medico di fiducia aveva creduto di ottemperare somministrando un farmaco ormonale di tipo sequenziale, tradizionalmente adoperato per la terapia sostitutiva della menopausa.

All'instaurarsi di una gravidanza, sopravvenuta in corso di trattamento dopo qualche mese rispetto all'inizio della terapia suddetta, faceva seguito la citazione in giudizio del medico con la richiesta di un risarcimento del danno conseguente all'avvenuta gravidanza non programmata. Un primo dato da sottolineare in ordine al caso oggetto di contenzioso giudiziario è relativo all'affermazione di un inadempimento contrattuale configurabile nella prestazione sanitaria del medico, nel momento in cui quest'ultimo ha prescritto alla paziente un farmaco errato rispetto all'indicazione tera-

peutica richiesta. Non vi è dubbio infatti che un preparato ormonale facente parte della categoria delle sostanze finalizzate al trattamento farmacologico della sindrome menopausale non possiede un'azione contraccettiva, sebbene i costituenti di tale prodotto siano spesso simili a quelli presenti nella classica pillola anticoncezionale. Pertanto, l'errata indicazione medica configura un inadempimento del sanitario titolare della prescrizione, secondo quanto previsto dall'art. 1218 C.C. lad-

dove viene statuito che "il debitore che non esegue esattamente la prestazione è tenuto al risarcimento del danno".

Sulla base di tale affermazione di principio, rimane da definire il tipo di danno che subisce la coppia in conseguenza dell'instaurarsi di una gravidanza indesiderata e conseguentemente l'entità del risarcimento attribuibile da parte del giudice.

In prima istanza va considerato il danno patrimoniale che la coppia subisce dovendo provvedere al mantenimento di un figlio non programmato, spesso a causa di contingenti problemi economici. Pur essendo condivisibile la tesi, sostenuta autorevolmente in sede giudiziaria (Tribunale di Milano, 20 ottobre 1997), dell'inopportunità di considerare la nascita di una nuova vita solo in termini economici, svuotandone il profondo significato morale ed affettivo, è pur vero che la nascita di un figlio comporta in seno al ménage coniugale un onere finanziario non irrilevante, ragion per cui la programmazione delle nascite da parte della coppia costituisce una scelta consapevole dettata da precise esigenze di tipo economico. Pertanto alla coppia costretta, a causa di un errore medico, a far fronte ad una gravidanza indesiderata, va riconosciuto un danno patrimoniale, purché documentato rispetto alle ridotte possibilità economiche della coppia stessa, e ciò in relazione alla necessità per il giudice di quantificare il danno sotto forma di costi necessari al mantenimento del figlio non programmato.

Un secondo elemento di rilevante interesse nel caso in esame riguarda la possibilità di comprovare l'incidenza di un danno non patrimoniale, nella fattispecie configurabile come danno cosiddetto esistenziale.

Sulla definizione di questa tipologia di danno è ormai pacifico considerare come tale il pregiudizio che l'individuo subisce nel caso in cui si verifichi una lesione di valori costituzionalmente garantiti inerenti alla persona, il che conduce ad un impedimento alla realizzazione della personalità dell'individuo stesso. Dopo la nota sentenza della Corte di Cassazione n. 8827 dell'anno

2003, è stata riconosciuta l'esistenza del danno non patrimoniale e quindi la sua risarcibilità al di là delle limitazioni poste dall'art. 2059 C.C. che ne condizionano l'ammissibilità alla dimostrazione di un fatto illecito integrante un reato.

In termini più chiari, si può affermare, secondo le autorevoli pronunce della Cassazione più sopra richiamate (n. 8827 e 8828 del maggio 2003) e della Corte Costituzionale (n. 233 del luglio 2003) che, ove un fatto doloso o colposo conduca ad una lesione di beni costituzionalmente protetti con conseguente danno non patrimoniale, è dovuto un risarcimento di tale danno indipendentemente dalla sussistenza di un reato.

Nel caso specifico, il danno esistenziale può essere riconosciuto, non soltanto sotto il profilo della lesione del diritto dei coniugi a decidere autonomamente e in piena libertà se e quando concepire, ma anche in relazione alle gravi limitazioni alla vita di relazione subite dalla coppia in conseguenza dell'instaurarsi di una gravidanza non desiderata e comunque non programmata.

Se la coppia che affronta l'esperienza di una gravidanza indesiderata è molto giovane, il danno esistenziale, a parere dei Giudici, è ancor meglio evidenziabile e quindi dimostrabile, in quanto le responsabilità morali e materiali che incombono sulla coppia consapevole di affrontare una gravidanza non voluta inducono molto spesso una condizione di disagio psicologico, di stress e di mutamento nello stile di vita che si identifica agevolmente nella figura del danno esistenziale.

Tale danno deve essere riconosciuto, oltre che alla madre del nascituro, anche al padre in via diretta (e non riflessa), in quanto il pregiudizio "esistenziale" conseguente alla nascita indesiderata di un figlio si riverbera su entrambi i coniugi e non soltanto sulla gestante, secondo quanto stabilito dalla Corte di Cassazione n. 12195 del dicembre 1998, quest'ultima pronuncia essendo riferita alla nascita di un figlio malformato.

Tuttavia, nel caso in oggetto, il Tribunale di Monza ha ritenuto di riconoscere alla madre un risarcimento economico di entità maggiore rispetto a quello attribuito al padre del nascituro, in quanto la mamma subisce un peso più gravoso del coniuge per l'accudimento del figlio, con conseguente, maggior disagio in termini di fatica fisica e di stress. La pronuncia in oggetto assume, a nostro giudizio, una particolare rilevanza, poiché dimostra quale importanza va assegnata alla semplice prescrizione medica, la cui errata compilazione può comportare per il sanitario l'attribuzione di una colpa professionale, con conseguenze assai rilevanti anche sotto il profilo del risarcimento economico nei confronti del paziente danneggiato. ■

di Maurizio Orlandella, Presidente AGITE, Vicepresidente SMIC

Territorio e Ospedale: una nuova alleanza per una nuova stagione

È con enorme piacere che inauguro uno spazio periodico su *GynecoAogoi*, per la ginecologia territoriale, "l'altro campo" per chi esercita giornalmente in ospedale. Da troppo tempo separati e scarsamente collaboranti, stiamo, ormai da più di un anno, lavorando insieme. Le attuali sfide culturali e professionali potranno essere vinte solo se, insieme, riusciremo ad imporre all'agenda politica del Paese tutte le questioni inerenti la Salute Riproduttiva (SR), in modo da indirizzare le risorse verso gli standard di qualità cui aspiriamo. Ciò è vero sia per i territoriali, spesso sottoposti a veri trattamenti demotivanti, senza un contesto definito e certo di progetti (esistenti, ma non compiuti), sia per gli ospedalieri, sempre più vessati da rischi professionali e richieste di risarcimenti ormai senza controllo, tutti noi, comunque, sottoposti a dirigenze e a una politica senza una precisa visione d'insieme.

È necessario sviluppare al massimo il confronto, favorendo una conoscenza reciproca, lavorando per una formazione comune finalizzata al coordinamento (territorio ↔ ospedale) e a proposte condivise da sottoporre, come tecnici, al mondo della politica. Per questo sono in atto un ampio raggio di iniziative, volte a riposizionare i ginecologi territoriali, con: la partecipazione a commissioni ministeriali, un rinnovato rapporto con l'Istituto Superiore di Sanità, nuove relazioni sindacali, le Commissioni di Parità, la più importante Società di Medici di Medicina Generale e di Ginecologia. Nei due riquadri illustriamo brevemente gli argomenti che verranno approfonditi a Napoli nel corso dei Simposi della SMIC e di AGITE e nei prossimi numeri di *GynecoAogoi* e del nostro bollettino.

Per molti di noi, che hanno lavorato a lungo per le esistenti associazioni consultoriali o extra-ospedaliere, era ed è fondamentale la valorizzazione della specificità territoriale, ma l'approccio

Per troppo tempo separati, territorio e ospedale, AGITE e AOGOI, da oltre un anno stanno lavorando insieme sul terreno della Ginecologia e Ostetricia Medico Preventiva. Al servizio della salute della donna, dall'adolescenza alla terza età

Associazione dei Ginecologi Territoriali (AGITE) Cosa vogliamo

Giovanni Fattorini
Vicepresidente AGITE

AGITE associa i professionisti che esercitano un ruolo pubblico di ginecologo del territorio nei consultori familiari, negli ambulatori polispecialistici e nelle future Case della salute o che, esercitando in ambito ambulatoriale privato, condividono mission e obiettivi della sanità pubblica.

AGITE nasce dalla volontà diffusa di dare spazio e valore al ruolo della ginecologia territoriale, al fine di promuovere, nell'ambito dei diversi sistemi sanitari regionali, in un generale clima di sottovalutazione del ruolo della prevenzione, quel difficile percorso di integrazione ospedale-territorio. Questo rappresenta un punto cardine nella erogazione di cure di quali-

tà, dove sia rispettato il giusto equilibrio fra le funzioni, preventive e curative, della professione medica. AGITE intende ridefinire le specificità, le competenze, le professionalità, della "Ginecologia e Ostetricia Medico-Preventiva" che, nell'ambito della scuola di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, riteniamo debbano trovare uno spazio apposito di formazione. AGITE si impegna a raccogliere e integrare il contributo attivo di tutti i colleghi intenzionati a superare egoismi e primogeniture, che hanno segnato i già compiuti tentativi associativi che, non avendo espresso adeguatamente le peculiarità della ginecologia consultoriale e ambulatoriale, hanno contribuito a rendere "invisibili" i ginecologi territoriali. AGITE entra pertanto nel panorama associati-

vo ginecologico, proponendo una nuova strategia basata sulla consapevolezza che la ginecologia territoriale debba giocare un ruolo decisivo nella integrazione fra le aree della medicina ospedaliera, della medicina generale e fra le varie professionalità che si occupano della salute riproduttiva e della donna. Esempio di questa importante strategia è l'aver costituito insieme ad AOGOI e SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), la SMIC, la Società Medica Italiana per la Contraccezione. Il lavoro comune è più faticoso del previsto, necessariamente lento, ma affascinante ed efficace. Un passo stabilito assieme, ancorché piccolo, è determinante perché indica rotte comuni piuttosto che direzioni e obiettivi diversi. "Contraccezione Sexualità Salute Riproduttiva", organo della SMIC e unica rivista multiprofessionale del settore, viene inviata a circa 13 mila medici, una grande agorà sani-

ta. Il primo numero ha trattato i rischi e benefici della contraccezione ormonale in relazione al rischio oncologico, argomento segnalato a settembre anche dalla stampa nazionale e sulle prospettive future della contraccezione maschile. Il secondo numero è una monografia sulla interruzione volontaria di gravidanza. Per concludere, riteniamo di aver creato le premesse per far fronte alle esigenze legittime di tantissimi colleghi, che richiedono servizi, tutela di professionalità e di carriera. Con il lavoro sommerso di questi ultimi 6 mesi, ci stiamo impegnando a garantire a "noi associati AGITE", servizi corrispondenti al nostro ruolo e una piattaforma comune di dialogo, per scelte concordate con i colleghi medici di famiglia e i ginecologi di tutte le strutture e realtà operanti per lo stesso obiettivo: fornire servizi adeguati e di qualità per la Salute Riproduttiva.

alleanza tra i medici, che a vario titolo tutelano la salute riproduttiva, passa necessariamente attraverso il riconoscimento dei diversi ruoli. Per motivi di interessi e aspettative personali, opportunità, possibilità, capacità, aspettative ideali, c'è chi è diventato un ginecologo consultoriale, chi primario ospedaliero, chi ginecologo privato. Non a tutti è opportuno chiedere tutto, dal tenere un corso di educazione sessuale ad eseguire una Whertheim. La ricchezza di aspetti specifica della S.R., tra psicologia, genere, sessualità, relazione, capacità chirurgiche, intuito clinico, visione e capacità organizzativa, ecc., permette di scegliere un ruolo con una visuale diversa nello scenario medico, preventivo, chirurgico. Se a ognuno è

richiesta la massima professionalità e conoscenza in dettaglio di argomenti completamente diversi, c'è tutto lo spazio per il ri-

I Servizi di AGITE

La federazione ad AOGOI apre ai ginecologi dei consultori e degli ambulatori pubblici e privati il mondo dei servizi già conosciuti dai colleghi ospedalieri, con modalità che verranno descritte in dettaglio da Nicola Natale, coordinatore AOGOI-AGITE, sul prossimo numero di *GynecoAogoi*. I soci riceveranno i bollettini bimestrali, "Contraccezione Sexualità Salute Riproduttiva", organo della SMIC, a cui i soci AGITE sono automaticamente iscritti, e tutta l'editoria della AOGOI. Altra sinergia, per chi aderisce anche individualmente alla affiliazione con AOGOI, è l'assicurazione di secondo rischio e colpa grave per un milione di euro, con un premio di 180 euro. È in corso di definizione una convenzione come assicurazione di primo rischio, specifica per i ginecologi territoriali che lavorano anche o solo nelle realtà private, con esclusione di parti e interventi ginecologici maggiori. I premi saranno correlati alle prestazioni professionali effettuate e ai rischi professionali correlati.

Le iniziative politiche

AGITE è già, in pochi mesi di lavoro oscuro, l'unica associazione di ginecologi territoriali che partecipa con propri dirigenti alle Commissioni del ministero della Salute, che ha approvato in Consiglio di Presidenza il "Piano per Azioni per la Salute della Donna e del Bambino" del ministero della Salute, e si è impegnata a introdurre i progetti, che il Piano prevede, nei suoi Corsi di Formazione. È stata l'unica associazione di ginecologi territoriali presente al Convegno per i Consultori organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, che si è tenuto al CNR di Roma il 4 e 5 giugno scorso, a cui ha contribuito attivamente con l'elaborazione di proposte inserite nei "7 punti di Roma" (anagrafe dei consultori, verifica dello stato di attuazione del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), specie per l'integrazione tra I e II livello; conferenza biennale nazionale sui consultori familiari (CF); istituzione di un gruppo interregionale sui CF all'interno della Commissione Salute della conferenza Stato-Regioni; la valorizzazione delle esperienze realizzate nei trent'anni di attività dei CF e delle attività). Le richieste sono state in quella sede illustrate al Ministro Turco.

Y

di Carlo Maria Stigliano Direttore U.O. Ginecologia preventiva dell'Asl 2 - Castrovillari (CS)

Vaccino quadrivalente antipapillomavirus umano Come interpretare i dati di efficacia profilattica

■ La disponibilità di un vaccino specifico per l'HPV ha aperto la strada a una possibile prevenzione primaria del carcinoma della cervice, da affiancare alle attuali politiche di screening. Alla luce del rilevante background scientifico degli studi pubblicati sul nuovo vaccino quadrivalente, con dati di follow-up fino a cinque anni dall'inizio della vaccinazione, è ora di crescente interesse per il ginecologo poter interpretare e tradurre nella pratica clinica i dati raccolti

Il vaccino quadrivalente, come emerso dai dati di letteratura, si è dimostrato un'efficace profilassi nella popolazione analizzata negli studi clinici per le lesioni a rischio o anche più gravi del collo dell'utero e di altre lesioni precancerose genitali o per i condilomi, con risultati fino al 100% di efficacia nella popolazione secondo protocollo (PP) (1,2,3).

Il rilevante background scientifico degli studi pubblicati favorisce questa interpretazione in quanto la popolazione arruolata e poi analizzata negli studi è realmente assimilabile alla popolazione generale di giovani donne.

Tutta la popolazione arruolata è stata analizzata con diversi approcci analitici, per offrire più chiavi di lettura ai dati relativi alla nuova vaccinazione antipapillomavirus.

Sono da considerare il razionale profilattico (e non terapeutico) di questo vaccino, la prevalenza dei tipi di HPV vaccinali nella popolazione generale e la storia naturale delle conseguenze della persistenza infettiva.

In primis quindi deve essere assolutamente dimostrata – come richiesto dagli organismi di controllo – l'efficacia profilattica, nei confronti di *endpoint* di inequivocabile valore per la patologia neoplastica del collo dell'utero. Non meno importante è valutare l'efficacia preventiva in situazioni meno "controllate" di quanto avviene in uno studio clinico; quindi con soggetti che non seguano sempre con regolarità i controlli ginecologici suggeriti o che non rispettino perfettamente le modalità, sia come numero di dosi sia come intervallo consigliato nell'assumere le dosi di vaccino. La popolazione che è stata arruolata negli studi clinici sul Gardasil non è stata esclusa dalla partecipazione ai trial sulla base di uno screening prevaccinale (sierologia e/o DNA-positività). Analizzare tutte le donne arruolate, indi-

pendentemente dalla positività o meno (sierologica e/o a DNA virale) da tipi vaccinali o addirittura da altri tipi virali di HPV, significa valutare quale impatto ci si può attendere, iniziando la pratica della vaccinazione oggi, ossia nell'attuale situazione di circolazione dell'HPV, di infezioni e/o malattie già presenti nelle fasce di età oggetto della vaccinazione, suggerendo un possibile trend di effetto nella popolazione negli anni a venire. La domanda di come trasferire nell'attività pratica del ginecologo i risultati dello studio clinico controllato e randomizzato e di cosa possiamo attenderci da tale applicazione nel futuro, è appunto "questione quotidiana".

I dati nella "real life"

Il vaccino quadrivalente è stato



L'Emea, e quindi l'Agenzia Italiana del Farmaco, hanno recentemente autorizzato un vaccino quadrivalente che previene le lesioni causate da HPV 16, 18, 6 e 11, questi ultimi due responsabili del 90% circa dei condilomi genitali. Inoltre, è in corso di valutazione un vaccino bivalente per la prevenzione delle lesioni causate da HPV 16 e 18.

In questo contesto il ministero della Salute ha recentemente approvato – primo in Europa – un piano per la vaccinazione pubblica contro il virus HPV in una prospettiva di prevenzione diffusa del cervicocarcinoma.

L'Aifa, con Determinazione 28 febbraio 2007 (G.U. n. 52 del 3 marzo 2007), ha deliberato il regime di rimborsabilità e il prezzo di vendita del vaccino anti-HPV Gardasil®. Il vaccino è stato classificato in classe H-RR e ne è stata prevista la dispensazione attraverso il Ssn e la gratuità per le bambine nel corso del dodicesimo anno di vita.

autorizzato per la prevenzione della displasia di alto grado del collo dell'utero (CIN 2/3), del carcinoma del collo dell'utero, delle lesioni displastiche di alto grado della vulva (VIN 2/3) e delle lesioni genitali esterne (condilomi acuminati) causate dal Papillomavirus Umano (HPV) tipi 6, 11, 16 e 18 e tali indicazioni sono state date proprio sulla base dei dati di efficacia in donne di età compresa tra i 16 e 26 anni.

Il ginecologo che tratta quotidianamente donne in questa fascia di età sa che in questa popolazione troverà sia donne non sessualmente attive, sia giovani donne che hanno già iniziato l'attività sessuale.

In Italia l'età media del primo rapporto nella popolazione femminile è di 17,9 anni solo 4 gio-

vani donne (1/5) hanno il primo rapporto in età inferiore ai 16 anni (5). Dai dati di letteratura, a seguito dell'inizio dell'attività sessuale si riscontra positività al Dna dell'HPV nel corso dei successivi 48 mesi (4 anni!) nel 50-60% di giovani donne di 18-20 anni circa (6). Inoltre, nella nostra pratica clinica quotidianamente incontriamo una popolazione di pazienti non sempre "complianti" in maniera rigorosa con le nostre prescrizioni, soprattutto nel caso di terapie di lunga durata o di controlli/pratiche mediche che debbano essere ripetute a distanza di tempo. Nella realtà potremmo incontrare donne che necessitano di una flessibilità sul regime vaccinale o che non rispettano gli intervalli tra le dosi da noi prescritti, oppure non eseguono i controlli regolari consigliati dal ginecologo curante.

Già nel riassunto delle caratteristiche del prodotto troviamo un aiuto per una certa flessibilità di applicazione, in quanto la seconda dose può essere somministrata almeno 1 mese dopo la prima, e la terza dose almeno 3 mesi dopo la seconda, e comunque tutte e tre le dosi devono essere somministrate entro il periodo di 1 anno.

Ma disponiamo di dati rigorosi che ci dicano cosa avviene somministrando il vaccino a questa popolazione non così ideale come quella di uno studio clinico che segue scrupolosamente un protocollo?

Nell'analisi dei risultati degli studi clinici relativi al vaccino l'analisi dedicata alla popolazione "sensibile ma non ristretta" è quella che simula maggiormente questa popolazione "reale" di giovani donne sessualmente attive. Sono infatti giovani donne sessualmente attive, non ancora venute a contatto con i tipi di HPV contenuti nel vaccino, ma solo entro 1 mese dalla prima dose, che potevano anche non avere assunto tutte le dosi di vaccino ed effettuato violazioni delle "regole" del protocollo (vedi Tabella 1).

I risultati ottenuti in tale popolazione sono quindi quelli che maggiormente si avvicinano alla pratica quotidiana del ginecologo.

La popolazione generale

Un ulteriore interrogativo riguarda l'impatto conseguente all'applicazione di una metodica di prevenzione primaria quale un vaccino per la prevenzione di lesioni/patologie che si sviluppano in tempi più o meno lunghi a seconda della lesione: (brevi per i condilomi genitali o le lesioni cervicali iniziali quali una CIN1; medi per lesioni re-

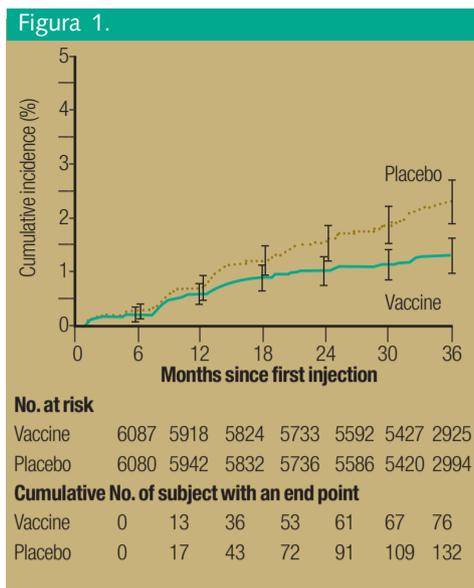
almente a rischio e più lunghi per il cancro del collo dell'utero, o anche vulvare francamente invasivo) su una popolazione in cui il virus circola con una certa prevalenza.

Per rispondere a tale interrogativo, sulla scorta della storia naturale di tali patologie, bisognerà sicuramente attendere una copertura elevata della popolazione nonché un congruo numero di anni. Tuttavia, la letteratura e la ricerca ci possono suggerire delle preliminari risposte. Stime fatte da organismi internazionali quale lo Iarc (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro) verosimilmente ipotizzano una riduzione complessiva delle patologie da Hpv da tipi ad alto rischio oncogeno inseriti nel vaccino, quale quella illustrata nella *Figura 4*. Applicando tale percentuale di riduzione ai dati epidemiologici attualmente presenti in Italia, possiamo ipotizzare nel tempo una riduzione dei casi di cancro del collo dell'utero di circa 2.500 casi sui 3.500 stimati dalle statistiche nazionali (Airt), 8.400 casi di CIN 2/3 rispetto ai 14.700 casi stimati dal GISCI (7), 11.330 L-SIL rispetto alle 47.000 stimate e così via. Questa stima considera la parte relativa alla sola prevenzione primaria; integrando le due metodiche preventive (primaria, cioè il vaccino, e la secondaria, lo screening mediante Pap test) le stime di riduzione saranno ancora maggiori e soprattutto si evidenzieranno in tempi più brevi (8,9).

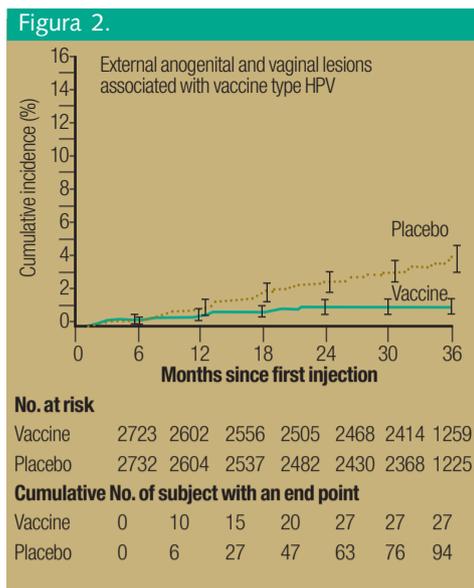
Inoltre, alcune analisi particolari eseguite nei già citati studi clinici con il vaccino quadrivalente, riferendosi alla popolazione chiamata ITT (Intention To Treat) possono suggerirci come evolverà nel tempo un tale impatto.

Tale popolazione è pari al 100% delle donne arruolate, non "screenate" prima di eseguire la vaccinazione. È composta quindi da donne libere da infezione (naive), ma anche da giovani donne già positive, a livello basale, per i tipi di Hpv vaccinali o addirittura con lesioni in atto. Le donne già positive non possono essere considerate tuttavia del tutto "sensibili" all'azione di un vaccino preventivo (e non terapeutico), per le caratteristiche intrinseche del meccanismo d'azione profilattico del vaccino stesso.

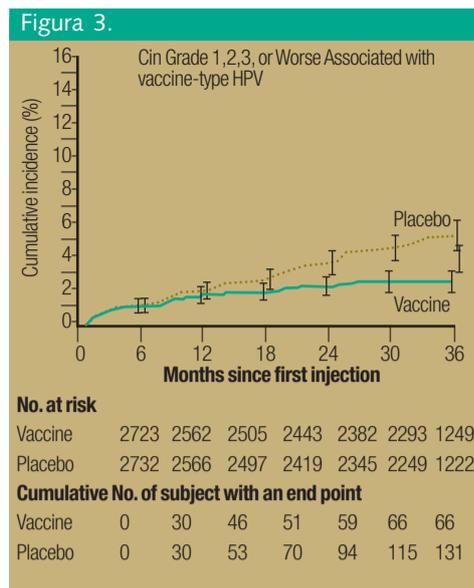
Tale analisi quindi più che dare una valutazione di "efficacia", come generalmente si intende in un studio clinico controllato e randomizzato (acronimo in inglese "RCT"), è funzionale alla valutazione del tipo di impatto che possiamo attenderci, applicando tale metodica preventiva nella popolazione generale, os-



Tempo di sviluppo di lesioni cervicali di alto grado (CIN2/3, AIS) associate a tipi HPV 16,18 popolazione ITT



Tempo di sviluppo di lesioni genitali esterne da tipi HPV 6,11,16,18 popolazione ITT



Tempo di sviluppo di lesioni cervicali (CIN ogni grado) da HPV tipi 6,11,16,18 popolazione ITT

sia nella quale si ha una certa prevalenza di Hpv vaccinali e una certa percentuale di positività e malattia nella popolazione valutata.

Come trasferire nell'attività pratica del ginecologo i risultati dello studio clinico controllato e randomizzato e cosa possiamo attenderci da tale applicazione nel futuro è una "questione quotidiana"

Negli studi citati (20.583 soggetti complessivamente) (3), al basale (ossia nel momento in cui inizio ad applicare la pratica vaccinale) sono state prese in considerazione giovani donne, di cui circa il 10-12% (a seconda dei diversi studi) aveva già lesioni citologiche (SIL) di vario grado e che risultano positive a uno o più tipi vaccinali in analisi nel 20-27% dei casi, con solo lo 0,1-0,2% circa di donne positive a tutti e quattro i tipi vaccinali (1,2,3).

I dati presenti in letteratura sulla prevalenza dell'infezione da HPV in Italia nella popolazione,

riguardano donne di età compresa tra 17 e 70 anni, con una prevalenza del 7-16% (10-14). Nelle donne con diagnosi di citologia anormale la prevalenza di Hpv sale invece al 35% (15) per arrivare al 96% in caso di diagnosi di displasia severa o oltre (CIN2+) (16).

Considerando che la popolazione studiata nei trial clinici del vaccino quadrivalente ha eseguito non solo i test per la valutazione del DNA virale ma anche indagini sierologiche al livello

iniziale per definire una positività ai tipi vaccinali, possiamo considerare che la prevalenza riscontrata sicuramente non è inferiore a quella di una popolazione italiana di pari età e caratteristiche.

Purtroppo non è possibile comparare la percentuale di lesioni citologiche presente nella popolazione degli studi con analogo popolazione italiana, poiché il programma di screening organizzato per il cancro del collo dell'utero in Italia coinvolge le fasce di età di popolazione femminile dai 25 ai 64 anni, e quindi non ci sono dati nazionali cer-

ti di prevalenza/incidenza delle lesioni citologiche in donne sotto i 25 anni. Analizzando quindi l'effetto nel tempo dell'applicazione di una metodica di prevenzione primaria in una popolazione "generale" di 16-26 anni (vedi *Figura 1* estratta da *FUTURE II*) a 36 mesi, si evidenzia come gli effetti sull'incidenza di lesioni precancerose (CIN 2/3) da tipi di HPV contenuti nel vaccino si iniziano ad evidenziare in un tempo relativamente breve rispetto alla storia naturale della malattia. La linea relativa ai casi nella popolazione che ha assunto placebo e che ha effettuato regolari controlli citologici ogni 12 mesi continua a sali-

re, mentre la popolazione vaccinata mostra un chiaro appiattimento di tale curva.

Ancora più interessante la curva relativa allo studio *FUTURE I* sull'efficacia profilattica sulle lesioni genitali esterne (*Figura 2*) o su CIN di ogni grado (*Figura 3*).

Il risultato dell'analisi ITT riporta un'efficacia preventiva nella popolazione generale verso le lesioni genitali esterne (la maggioranza condilomi genitali) del 73% e verso le CIN di ogni grado del 55%.

Come atteso, considerando che i tempi di estrinsecazione delle lesioni condilomatose (e delle CIN 1) sono molto più brevi ri-

Figura 4. Fraction of cervical lesions prevented by HPV 16/18 vaccine in Europe and approximate number prevented per year in Italy (assuming no protection against other types)

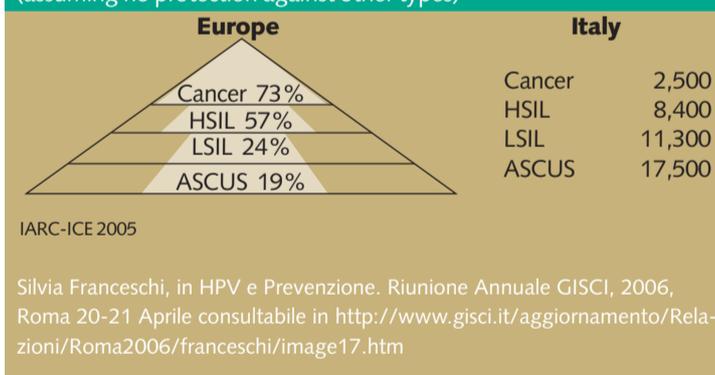


Tabella 1. Risultati degli studi clinici con GARDASIL (1,2,3)

STUDI	Endpoint	Popolazione per Protocollo			Popolazione Sensibile non ristretta		
		Gardasil Casi* (n)	Placebo Casi* (n)	Efficacia (95%IC)	Gardasil Casi* (n)	Placebo Casi* (n)	Efficacia (95%IC)
FUTURE 1	Lesioni genitali esterne (condilomi genitali, VIN e VaIN) e sul carcinoma vulvare e vaginale da tipi 6,11,16,18 di HPV	0 (n=2261)	60 (n=2279)	100% (94-100)	4 (n=2667)	81 (n=2684)	95% (87-99)
FUTURE 1	CIN, AIS e carcinoma cervicale da tipi 6,11,16,18 di HPV	0 (n=2241)	65 (n=2258)	100% (94-100)	2 (n=2667)	89 (n=2684)	98% (92-100)
FUTURE 2	CIN 2/3 o AIS (adenocarcinoma in situ) o carcinoma cervicale invasivo correlato a HPV 16, 18	1** (n=5305)	42 (n=5260)	98% (86-100)	3 (n=5865)	62 (n=5863)	95% (85-99)
Combinata	CIN 2/3, o adenocarcinoma in situ o cancro cervicale, correlate a HPV 16-18	1** (n=8579)	85 (n=8550)	99% (93-100)	3 (n=9729)	121 (n=9737)	98% (93-100)

Follow up medio a tre anni dalla prima dose.

* Definizione di caso: diagnosi consensuale dal panel di patologi della presenza di un evento descritto come end point con HPV - DNA da tipo vaccinale riscontrato in sezione istologica adiacente nella stessa biopsia.

** Il caso presente nel gruppo vaccino (lo stesso dello studio *FUTURE II*) era relativo ad un soggetto positivo al tipo 52 al basale e successivamente in cinque campioni prelevati sia alla diagnosi che al successivo trattamento (LEEP) e risultato positivo al tipo 16 solo nel campione prelevato al momento della diagnosi ma non in quelli del successivo trattamento

spetto ai tempi di sviluppo di CIN 2/3, assistiamo ad un plaufonamento ancora più evidente e a una "distanza" maggiore tra i punti finali delle curve tra i due gruppi (vaccinate verso non vaccinate). L'analisi ITT di fatto dimostra come i benefici preventivi del vaccino quadrivalente saranno sempre più evidenti con il passare del tempo nella popolazione generale, e non solo nella popolazione degli studi clinici, come anche affermato in alcune "proiezioni" fatte dallo IARC adattate alla situazione italiana (Figura 4).

Conclusioni

La vaccinazione anti-HPV rappresenta, oltre che un'importante occasione di prevenzione individuale, soprattutto una rilevante opportunità per l'intera comunità. La possibilità che nel nostro Paese, seppure in un periodo non breve, vi sia una drastica riduzione dei casi di cervico-carcinoma derivante dalla campagna di vaccinazione e dal prosieguo dello screening mediante Pap-test costituisce sicuramente un obiettivo rilevante per la nostra

ginecologia. È tuttavia importante sottolineare che l'uso di un vaccino specifico consente di ridimensionare anche l'incidenza di patologie conseguenti a lesioni sia di basso che di alto grado a carico della cervice uterina. Ciò porterà grandi benefici innanzitutto alle donne sia in termini di morbilità che di disagio personale e sociale, ma anche un grande risparmio di risorse finanziarie per il Servizio sanitario, considerati i costi dei numerosi trattamenti per queste patologie. L'efficacia del vaccino, anche nei confronti della condilomatosi genitale, è un altro elemento rilevante di farmaco-economia che consentirà in futuro di destinare le notevoli risorse economiche oggi indirizzate al trattamento di questa pur benigna patologia ad altri importanti aspetti organizzativi e clinici nell'ambito della ostetricia e ginecologia. L'eventuale estensione della vaccinazione anche a fasce di età superiori a quella delle dodicenni di oggi costituisce elemento di discussione: gli studi effettuati e quelli in corso sembrano avvalorare la tesi se-

condo cui anche quote di popolazione già sessualmente attive potrebbero giovare della vaccinazione, considerando l'elevata probabilità che l'eventuale pregressa infezione non riguardi tutti i tipi di HPV verso i quali il vaccino è attivo: ciò comporterebbe comunque una riduzione importante del rischio di malattia senza peraltro produrre alterazioni delle capacità di risposta immunitaria. È dunque questa la sfida che il ginecologo "pratico" deve affrontare già oggi: accrescere la sensibilità della popolazione femminile nei confronti della prevenzione del cervico-carcinoma con il duplice obiettivo, da un lato, evitare che un'incontrollata diffusione di informazioni sulle opportunità offerte dal vaccino contro l'HPV porti ad una riduzione dell'adesione allo screening con il Pap test (elemento irrinunciabile ancora per decenni della prevenzione), dall'altro, favorire l'informazione corretta e completa sul vaccino che rappresenta il più efficace strumento di prevenzione primaria nei confronti di una severa malattia come il cervico-carcinoma. In tale contesto, l'approccio al vaccino può rappresentare anche un'eccellente opportunità per promuovere tra gli adolescenti una cultura della prevenzione contro le malattie sessualmente trasmesse.

Per saperne di più

1. Garland S, Sattler C, Barr E, Koutsky LA et al. Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent Anogenital Disease. NEJM 2007;356:1928-43
2. Future II study group. Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent High-Grade Cervical Lesion. New England Journal of Medicine 2007;356:1915-27
3. Future II Study Group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particles vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3 and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomised clinical trials. The Lancet 2007;369:1861-8
4. Censis. I comportamenti sessuali degli italiani: falsi miti e nuove normalità. Fondazione Censis 2000; pag 1-15
5. Indagine SIP. Rapporto annuale sulle abitudini sessuali degli adolescenti, 2006
6. Winer RL, Lee S-K, Hughes JP et al. Genital human papillomavirus infection: Incidence and risk factors in a cohort of female university students. Am J Epidemiol. 2003; 157:218-226
7. Silvia Franceschi in HPV e Prevenzione per Riunione Annuale GISCI, Roma 20-21 aprile 2006, consultabile in <http://www.gisci.it/aggiornamento/Relazioni/Roma2006/franceschi/image16.htm>.
8. Elbasha EH et al. Emergine Infect Dis 2007 ; Volume 13, Number 1,1-14
9. Barnabas RV et al. PLoS Med 2006; 3(e138): 624-632
10. Ronco G, Ghisetti V, Segnan N, Sniijders JFP, Gillio-Tos A, Meijer CJLM, Merletti F, Franceschi S. Prevalence of human papillomavirus infection in women in Turin, Italy. European Journal of Cancer ANNO ? 41:297-305
11. De Francesco MA, Gargiulo F, Schreiber C, Ciravolo G, Salinaro F, Manca N. Detection and genotyping of Human papillomavirus in cervical samples from Italian patients. J Med Virol 2005;75:588-592
12. Centurioni MG, Puppo A, Merlo DF, Pasciocco G, Cusimano ER, Sirito R, Gustavino CA. Prevalence of human papillomavirus cervical infection in an Italian asymptomatic population. BMC Infectious diseases 2005;5:77
13. Salfa MC, Bocci C, Lillo F, Brunini de Sousa SM, Barbero M, Stayton C, Suligoi B. Epidemiologia dell'infezione cervico-vaginale da Human Papillomavirus (HPV) in donne afferenti ad un programma organizzato per la prevenzione del cervicocarcinoma. Abstract accettato alla IX Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica - Parma 13-15 ottobre 2005
14. Verteramo R, Pierangeli A, Calzolari E et al. Direct Sequencing of HPV DNA detected in gynecologic outpatients in Rome, Italy. Microbes and Infection 2006 (in corso di stampa)
15. Rassa M, Bertoloni G, Mengoli C, Peron A, Benedetti P, Palù G. HPV genotype prevalence in cervical specimens with abnormal cytology: a report from north-east Italy. Scandinavian Journal of Infectious Diseases 2005; 37(6-7): 476-81
16. Carozzi FM, Confortini M, Cecchini S et al. Triage with Human Papillomavirus testing of women with cytologic abnormalities prompting referral for colposcopy assessment. Cancer 2005; 105:2-7

Falle ascoltare il suo bambino.

Con **AngelSounds** la mamma ascolta il battito cardiaco del suo bambino e ritrova la serenità.



AngelSounds, già dalla dodicesima settimana, permette di ascoltare e tenere sotto controllo il battito cardiaco e i movimenti del feto.

Prodotto da un'azienda specializzata in doppler professionali, **AngelSounds** è in grado di sfruttare l'effetto **Doppler** anche a intensità estremamente bassa. Questa sofisticata tecnologia

permette di ascoltare in maniera inconfondibile il battito del cuore del bambino, che i genitori potranno registrare e riascoltare anche dopo la sua nascita.

AngelSounds è uno strumento facile da usare e sicuro: è certificato in conformità con tutte le norme europee vigenti.

www.angelsounds.it

prezzo al pubblico 82 euro

CONVENZIONI SPECIALI PER MEDICI ED OSTETRICHE



1. **INDOSSARE LE CUFFIETTE**



2. **APPLICARE IL GEL E MUOVERE LENTAMENTE ANGELSOUNDS FINO A SENTIRE IL BATTITO CARDIACO DEL BAMBINO**



DISPONIBILE ANCHE VERDE

Per informazioni e ordini

800020055

BATTERIA E GEL INCLUSI NELLA CONFEZIONE 2 ANNI DI GARANZIA

TEL. 0549 941496 - FAX 0549 976456

DISTRIBUITO DA HSD S.R.L. VIA C. CANTÙ, 149 - 47891 DOGANA (RSM)

Recordati rinnova il suo impegno in ginecologia e sponsorizza un sito ricco di aggiornamenti scientifici e contenuti sempre nuovi e interessanti. Una vera e propria testata giornalistica con un taglio fresco e professionale. Un valido aiuto a portata di mouse.



**Da oggi i ginecologi hanno uno strumento in più.
www.candidamente.it**



sostanza attiva, il fenticonazolo ha inoltre dimostrato di essere l'unico derivato imidazolico in grado di bloccare la secrezione delle proteinasi dell'acido aspartico, uno dei principali fattori di virulenza della Candida.

Studi clinici

Diversi studi dimostrano l'efficacia e la buona tollerabilità di questa sostanza. La valutazione clinica si basa su 20 studi pubblicati per un totale di circa 1700 pazienti affette da Candida, Trichomonas e vaginosi batterica. La valutazione di questi studi evidenzia che la terapia con fenticonazolo porta alla guarigione microbiologica, accompagnata dalla scomparsa dei sintomi, nel 70-90 per cento dei casi trattati.

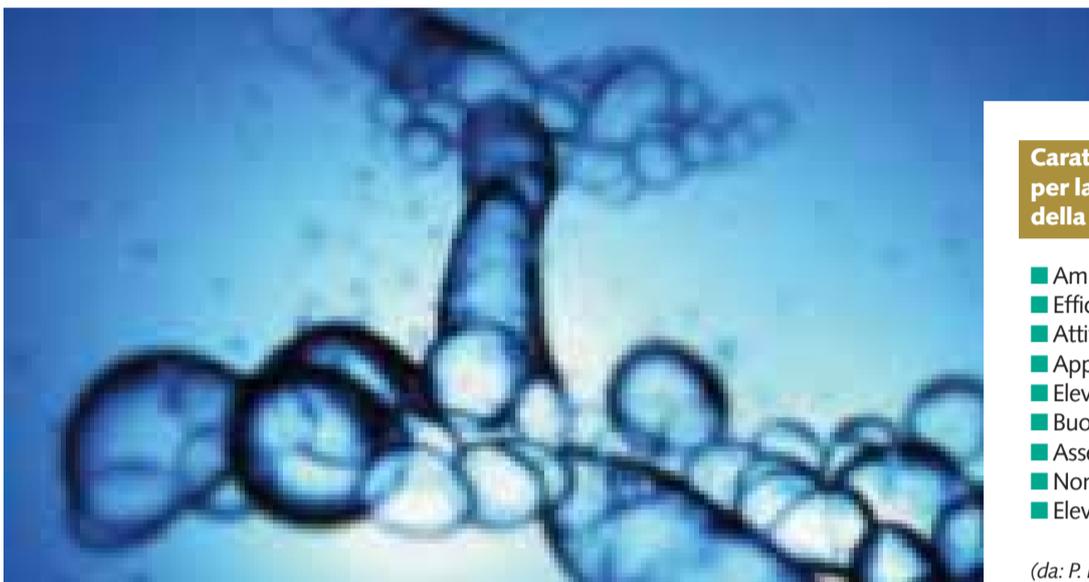
di Antonio Chiantera

Un efficace presidio per la terapia della candidosi vulvo-vaginale

La candidosi vulvovaginale è un'infezione che si riscontra spesso nelle donne in età fertile ed è uno dei motivi di frequente consultazione ginecologica. Si calcola che il 75 per cento delle donne abbia sofferto almeno una volta nella vita di una forma di vulvovaginite da Candida o Trichomonas o di vaginosi batterica. Le vulvovaginiti più frequenti sono quelle da Candida.

I segni dell'infezione sono l'eritema vaginale e la dermatite vulvare, mentre dal punto di vista dei sintomi le pazienti lamentano prurito, bruciore, dispareunia e aumento della secrezione. Il diabete mellito, la gravidanza e una recente terapia antibiotica costituiscono fattori di rischio; altri fattori predisponenti sono le abitudini igieniche errate o gli indumenti intimi troppo stretti o sintetici.

Il microrganismo patogeno responsabile dell'infezione è spesso la Candida albicans; si tratta, come è noto, di un microrganismo dotato di diverse forme adattative che gli consentono la sopravvivenza nella forma non patogena. Possiede tuttavia diversi fattori di virulenza, che danno luogo a infezioni spesso difficili da trattare. Quest'infezione è estremamente complessa, soprattutto per la sua alta probabilità di recidiva. Infatti, circa la metà delle donne che hanno sofferto di un episodio di vaginite da Candida va incontro a una recidiva e un 5 per cento di esse presenta una malattia ri-



Candida albicans al microscopio

Un valido aiuto a portata di mouse

Recordati, il gruppo farmaceutico europeo impegnato nella scoperta, nello sviluppo e nella vendita di prodotti ad alto valore aggiunto, rinnova il suo impegno in ginecologia e sponsorizza un

sito ricco di aggiornamenti scientifici e contenuti sempre nuovi e interessanti: www.candidamente.it. Uno strumento utile e completo con un'area aperta al pubblico e un'area riservata ai medici in cui trovare contenuti di alto interesse per il proprio aggiornamento, con un taglio fresco e giornalistico.

corrente ad andamento cronico. Ciò rende assolutamente necessaria una drastica e corretta terapia anche del partner, per evitare l'effetto ping-pong. Il controllo dell'infezione si attua generalmente con agenti

fungini topici in quanto questa terapia, rispetto alla sistemica, ha il vantaggio di presentare un minor numero di eventi avversi a fronte di un'ottima efficacia. Gli antimicotici del gruppo degli imidazolici sono utilizzati in

ginecologia da molto tempo per il trattamento delle micosi in ginecologia e negli ultimi vent'anni sono state messe a disposizione degli specialisti diverse sostanze. Si tratta di una classe di farmaci che si è dimostrata efficace, ben tollerata e ben accettata dalle pazienti.

Tra queste formulazioni, il fenticonazolo risulta una delle più interessanti perché risponde pienamente alle caratteristiche di farmaco ideale per questa patologia, in quanto presenta un ampio spettro d'azione, è efficace a basse dosi e risulta ben tollerato. Le caratteristiche "ideali" di un farmaco per la terapia della candidosi vulvo-vaginale sono sintetizzate nel riquadro. Nella preparazione 1000 mg di

Nella maggioranza degli studi comparativi il fenticonazolo ha dimostrato pari o maggiore efficacia rispetto a quella dei farmaci topici di controllo, con la caratteristica di una più rapida risoluzione dei sintomi ed eradicazione dell'agente patogeno (24-48 dopo una o due applicazioni)

Note bibliografiche

- Belaisch J. Contracept Fertil Sex 1996
- Fontana C et al. Current Therapeutic Res 1990
- Novelli A et al. Journal of Chemotherapy 1991
- Periti P et al. Farmaci e Terapia 2000
- Veronese M. Arzneimittel Forschung 1981

Caratteristiche di un farmaco ideale per la terapia della candidosi vulvo-vaginale

- Ampio spettro d'azione
- Efficacia a basse concentrazioni
- Attività fungicida
- Applicazione topica
- Elevata affinità per lo strato corneo
- Buona tollerabilità
- Assenza di sensibilizzazione
- Non promuove chemioresistenza
- Elevata compliance

(da: P. Periti et al, Farmaci e Terapia, 2000, mod)

World Association of Perinatal Medicine (WAPM)

Associazione Mondiale di Medicina Perinatale

Nel corso dell'8° Congresso Internazionale WAPM, che si è svolto a Firenze dal 9 al 13 settembre scorso, alla presenza di oltre 2000 partecipanti, è stato eletto il nuovo Board della World Association of Perinatal Medicine per il biennio 2007-2009 così composto:

Presidente Frank A. Chervenak (New York)	(Atene) Bernat Serra (Barcellona)	(Perugia) Giovanni Monni (Cagliari)	(Bucarest) Robert Brent (Wilmington)
Membri dell'Executive Board Ahmed Badreldeen (Doha)	Charles Meijinge (Dodoma)	Hiroshi Nishida (Tokyo)	Teresa Neto (Lisbona)
Ana Bianchi (Montevideo)	Corazon Yabes-Almirante (Manila)	Kypros Nicolaides (Londra)	Tony Duan (Shanghai)
Anton Mikhailov (San Pietroburgo)	Daniel Skupski (New York)	Marta Szymankiewicz (Poznan)	Valeria Varadi (Budapest)
Aris Antsaklis	Eberhard Merz (Francoforte)	Milan Stanojevic (Zagabria)	Yves Ville (Parigi)
	Gian Carlo Di Renzo	Moshe Mazor (Haifa)	Zehra N. Kavak (Istanbul)
		Radau Vladareanu	

Medaglia d'argento al Merito della Salute Pubblica per Giovanni Adinolfi

Siamo lieti di dare l'annuncio dell'alto riconoscimento conferito al collega Giovanni Adinolfi, già medaglia d'oro Aogoi e Socio onorario Sigo. La Medaglia d'argento al Merito della Salute Pubblica gli è stata conferita dal Ministro della Salute con la seguente motivazione: "Durante ed oltre un

cinquantennio di intensa attività espletata anche in campo internazionale quale Docente universitario, Primario ospedaliero e Direttore di Scuola Ostetrica, ha contribuito al progresso delle scienze ginecologiche e al miglioramento dell'assistenza nel campo dell'Ostetricia e della Ginecologia".

CREAFERTI

La risposta nutrizionale al problema dell'infertilità dell'uomo e della donna

CREAFERTI *Man*



CREAFERTI *Lady*



FLACONI DA 120 CAPSULE DA 1G/CD

BREVETTI DEPOSITATI: B02006A000544 (brevetto italiano) relativo alla loro preparazione industriale. PCT/IB2007/002046 (brevetto mondiale) relativo alla loro preparazione industriale. MACAVIS® relativo alla selezione, estrazione e miscelazione dei diversi ecotipi di Lepidium Meyenii in esso contenuta.

TENORE DEGLI INGREDIENTI	Per 100 g	Per dose giornaliera	%RDA
MACAVIS®	80 g	3,2 g	-
L-Arginina alfa-chetoglutarato	6 g	240 mg	-
Zinco	563 mg	22,52 mg	150%
Vitamina E	375 mg	15 mg	150%
Manganese	125 mg	5 mg	50%
Selenio	2,06 mg	82,4 mg	150%

MACAVIS®

- agisce attivando e regolarizzando la produzione ormonale (regolazione dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Gonadi)
- gli "isotiocianati" aumentano la potenza sessuale
- migliora la vascolarizzazione dei "corpi cavernosi"
- stimola la produzione e maturazione degli spermatozoi

VITAMINA E

- previene i processi di ossidazione dei Radicali Liberi
- ritarda l'invecchiamento cellulare
- coopera contro l'infertilità
- migliora il rendimento sessuale

ZINCO (ZN)

- presenta una forte azione antiossidante
- ritarda l'invecchiamento cellulare
- neutralizza gli effetti delle radiazioni ionizzanti
- favorisce la sintesi di RNA - DNA
- aumenta la virilità

MANGANESE (MN)

- presenta una forte azione antiossidante
- agisce come "attivatore" di molti enzimi
- contribuisce a mantenere costante la produzione degli ormoni sessuali

SELENIO (SE)

- presenta una forte azione antiossidante
- svolge un'azione strettamente collegata alla Vit. E
- ritarda l'invecchiamento cellulare
- aumenta la fertilità

ARGININA (L-Arginina Alfa-Chetoglutarato)

- è una fonte molto importante di "NO" (Idrossido di Azoto)
- aumenta la vascolarizzazione dei corpi cavernosi
- aumenta il numero e la maturazione degli spermatozoi

AZIONI DEI COMPONENTI

TENORE DEGLI INGREDIENTI	Per 100 g	Per dose giornaliera	%RDA
MACAVIS®	86 g	3,44 g	-
Zinco	563 mg	22,52 mg	150%
Vitamina E	375 mg	15 mg	150%
Manganese	125 mg	5 mg	50%
Acido Folico	7,5 mg	300 mcg	150%
Selenio	2,06 mg	82,4 mg	150%

MACAVIS®

- rende efficace la maturazione dei follicoli
- regolarizza l'ovulazione
- prepara l'endometrio per l'annidamento dell'embrione
- regolarizza la produzione ormonale
- regolarizza l'asse Ipotalamo-ipofisi-ovaio

VITAMINA E

- previene i processi di ossidazione dei Radicali Liberi
- ritarda l'invecchiamento cellulare
- coopera contro l'infertilità
- migliora il rendimento sessuale

ZINCO (ZN)

- presenta una forte azione antiossidante
- ritarda l'invecchiamento cellulare
- neutralizza gli effetti delle radiazioni ionizzanti
- favorisce la sintesi di RNA - DNA

MANGANESE (MN)

- presenta una forte azione antiossidante
- agisce come "attivatore" di molti enzimi
- contribuisce a mantenere costante la produzione degli ormoni sessuali

SELENIO (SE)

- presenta una forte azione antiossidante
- svolge un'azione strettamente collegata alla Vit. E
- ritarda l'invecchiamento cellulare
- aumenta la fertilità

ACIDO FOLICO

- è fondamentale per l'assorbimento del ferro
- promuove la normale funzione dei Globuli Rossi
- partecipa al buon funzionamento degli organi sessuali
- regolarizza il ciclo mestruale

Distribuito in tutte le farmacie da:

NOTIFICATO MINISTERO DELLA SALUTE

CREA  FARMA

CREAFARMA S.r.l. - Strada Massilina, 74
Serravalle - Repubblica di San Marino
Tel 0549/970172 - Fax 0549/910282
creafarma.creaferiti@alice.it - www.creaferiti.it

di Antonio Chiantera

Un valido supporto nei casi di infertilità e difficoltà riproduttiva

Il problema dell'infertilità e della difficoltà riproduttiva nelle coppie italiane sono in forte aumento anche a causa dell'influenza di diversi fattori etiologici quali ad esempio:

- inquinamento ambientale
- fumo
- abitudini alimentari
- fattori psico-emozionali.

Di interesse, al fine di correggere gli effetti negativi di questi fattori, può essere la possibilità di poter integrare l'alimentazione di tutte le coppie che vogliono avere un figlio e, soprattutto, di quelle che presentano problemi legati alla sfera riproduttiva e che iniziano un "percorso assistito" o che sono già definite "coppie subfertili idiopatiche". A tale scopo, ad oggi, sembrano non esistere prodotti naturali specifici indicati per tali problematiche.

Il Creaferti è stato quindi studiato per dare un valido contributo in questo senso. I problemi della sfera riproduttiva riguardano entrambi i partner, pressoché con la stessa percentuale; il Creaferti è specifico per l'uomo nel Creaferti *Man* e specifico per la donna nel Creaferti *Lady*.

Nella formulazione di questi due integratori, la parte più importante è rappresentata da un estratto brevettato standardizzato attivo di sei ecotipi di *Lepidium Meyenii* denominato "Macavis", coadiuvato da una forte concentrazione di sostanze antiossidanti.

Diversi studi clinici hanno valutato le potenzialità e l'effetto della supplementazione con *Lepidium Meyenii*.

Il nuovo e promettente integratore alimentare Creaferti presenta numerose potenzialità che si possono così riassumere:

- aumentata energia, fisica e mentale
- modulatore della sfera riproduttiva
- elevate qualità nutrizionali
- antiossidante
- antinvecchiamento.

Diversi studi evidenziano come i composti con attività antiossidante presentino un comportamento sinergico nella loro capacità radical scavenging, come si

Il prodotto, nelle due formulazioni *Lady* e *Man*, è un valido supporto alimentare "complementare", utile a favorire le migliori condizioni fisiologiche per tutte le coppie infertili o che si preparano ad avere un figlio



L'Aogoi, in virtù di un'analisi attenta del prodotto, valutandone le reali potenzialità, ha pianificato una campagna di studio su questo interessante integratore

verifica in quelli presenti nella formulazione Creaferti.

Le attività del *Lepidium Meyenii* a livello della sfera sessuale e riproduttiva sono documentate da un suo uso tradizionale consolidato e in gran parte confermato dalla moderna letteratura scientifica.

L'azione più studiata risulta essere la capacità di regolare significativamente gli effetti della cascata ormonale dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi e quindi della sfera riproduttiva. Molto interessanti a questo proposito sono le conclusioni di un trial in cui Ruiz-Luna e collaboratori (2005) hanno dimostrato come nei ratti femmina la somministrazione di *Lepidium Meyenii*, pur non aumentando il numero dei siti d'impianto, comporta un au-

mento significativo del numero di nati vivi, con un'azione di tipo progestinico. Allo stesso meccanismo d'azione è probabile ascrivere l'aumento delle dimensioni uterine in ratti femmina ovariectomizzati e sottoposti a somministrazione di *Lepidium Meyenii*. Numerose sono inoltre le pubblicazioni scientifiche (Gonzales 2001, 2002, 2005) che riportano l'effetto positivo del *Lepidium Meyenii* sulla spermatogenesi portando un forte aumento del volume seminale, della quantità di sperma per eiaculazione e della aumentata motilità degli spermatozoi. È stata dimostrata anche un'importante azione regolatrice sull'attività e sulla massa della prostata (Gonzales 2007).

Tutti gli effetti verificatisi tramite l'assunzione di *Lepidium Meyenii* non sono comunque mediati da modificazioni dei livelli ormonali FSH, LH, PRL, T, E2 (Gonzales 2001). Il *Lepidium Meyenii* non esplica la propria azione solo sulla

sfera riproduttiva, ma anche su quella cognitiva e sul tono dell'umore, offrendo una forte aumentata energia sessuale, fisica e mentale (Gonzales 2002). Probabilmente questi effetti sono dovuti alla presenza di flavonoidi quali "quercitina e antocianina" come dimostrato da Robidio e collaboratori (2006)

Il ruolo antiossidante

Nel Creaferti *Lady* e nel *Man*, oltre all'azione nutrizionale completa del Macavis, va segnalata l'attività positiva di numerose sostanze antiossidanti aggiunte alla formulazione Macavis quali Vitamina C, Vitamina E, selenio, zinco, manganese, L-arginina alfa-chetoglutarato.

Le sostanze ossidanti, definite comunemente radicali liberi, sono molecole molto instabili e altamente reattive, che diventano "stabili" acquisendo elettroni da molecole come acidi nucleici, lipidi, proteine e carboidrati, innescando così un meccanismo a cascata di reazioni tali che comportano danni cellulari e, infine, patologie.

Per quanto riguarda la sfera riproduttiva femminile i radicali liberi prevalentemente sono formati da specie reattive all'ossi-

geno (ROS) implicati, insieme all'ossido nitrico (NO), alle prostaglandine (PG) e al vascular endothelial grow factor (VEGF) in diversi processi tra cui l'ovulazione e l'impianto.

I ROS sembrano giocare un ruolo importante nella patogenesi pre-eclampsia. Sembra, infatti, che essi possano indurre una maggior espressione dei recettori delle citochine nel trofoblasto, nelle cellule endometriali e nelle cellule muscolari lisce dei vasi. Nell'endometriosi, patologia sempre più frequente nelle giovani donne, con gravi ripercussioni sulla fertilità i ROS hanno un ruolo importante almeno nel mantenimento del processo. A livello dei siti endometriosi, infatti, i macrofagi rilasciano citochine (TNF alfa) che inducono uno stress ossidativo importante.

Lo stress ossidativo influisce anche sulla fertilità maschile. Gli spermatozoi, infatti, hanno una membrana cellulare ricca di acidi grassi polinsaturi, sensibili all'attacco da parte di radicali liberi. L'eccessiva presenza di questi nel liquido seminale può essere dovuta a fenomeni flogistici a livello delle vie urogenitali, o a fattori d'inquinamento ambientale quale fumo, pesticidi, radiazioni ionizzanti, ma anche ad un deficit dell'attività antiossidativa endogena. Tutto questo può anche sfociare in alterata morfologia degli spermatozoi, ridotta motilità, immaturità, mutazioni ed anomalie cromosomiche.

Alla luce di quanto descritto appare importantissimo un apporto corretto di elementi antiossidanti specifici come nella formulazione Creaferti.

L'utilizzo del Creaferti *Lady* e *Man* potrebbe essere considerato quindi un valido supporto alimentare "complementare" per tutte le coppie che vogliono procreare, in particolare come primo approccio in caso di difficoltà nella riproduzione l'assunzione del prodotto può essere utile a favorire le migliori condizioni fisiologiche necessarie a tale finalità.

L'Aogoi, in virtù di un'analisi attenta del prodotto, valutandone le reali potenzialità di supporto a tutte le coppie infertili o che si preparano ad avere un figlio, ha messo in essere una campagna di studio su questo interessante integratore che prevede momenti diversi d'impegno scientifico, al fine di valutare il ruolo dell'utilizzo della formulazione Creaferti sulla sterilità di coppia.

Sono convinto che avremo la possibilità di essere protagonisti attivi, come specialisti chiamati a risolvere queste problematiche e partecipare a questa interessante iniziativa aperta a valutare l'utilizzazione del Creaferti come terapia innovativa, non convenzionale, che comunque vanta tutte le caratteristiche della sperimentazione scientifica e che vedrà poi la realizzazione finale di una pubblicazione. Y

► Da pagina 15

Verso un Collegio italiano di ginecologi?

di Carlo Sbiroli

sitario dal collegio di ginecologi. Una linea rossa che potrebbe spostarsi a favore di quest'ultimo con l'istituzione degli ospedali d'insegnamento, come ampiamente si discute in questo numero di *GynecoAogoi*. Oggi la società civile chiede specialisti preparati, costantemente aggiornati, sicuri e che siano competitivi con i colleghi degli altri Paesi europei. Per questo sono fondamentali i valori o, per meglio dire, i criteri di formazione, di preparazione clinica, del modo di organizzare il presente e il futuro compatibili con le radici di identità e di cultura del mondo a cui si appartiene. Le scuole di specializzazione universitarie sono in grado attualmente di rispondere a tutte que-

ste esigenze? Come si può operare per raggiungere questi obiettivi? Anzitutto sono convinto che si debbano superare alcuni egoismi e il modo molto

Un Collegio di ginecologi, figlio naturale e moderno dell'Aogoi, distinto dal mondo universitario in cui possano confluire, con pari dignità, ospedalieri ed extraospedalieri

personale di condurre le strategie delle diverse associazioni. Serve buon senso, sapersi porre degli obiettivi raggiungibili,

soprattutto in considerazione degli appuntamenti importanti dei prossimi quattro anni a livello nazionale e internazionale. Vi è un'altra insidia che credo sia tra le più difficili da affrontare: vorranno tutti comandare. Servirà per questo una grande capacità di mediazione e, possibilmente, la figura di un garante riconosciuto da tutti per valore e competenza. Ma questo fa parte già delle fasi successive. Ora quello che dobbiamo fare è agire, in modo che un simile progetto venga preso subito in considerazione e accettato da molti. Soprattutto dobbiamo evitare che s'inizi con una quadriglia: tu fai un passo indietro, io faccio un passo avanti e il ballo procede fra inchini e piroette. Non funziona così. Bisogna essere subito operativi. L'Aogoi si faccia promotrice di questa grande ed importante iniziativa: cominci a unire le forze, perché divisi non si va da nessuna parte. **Y**

► Da pagina 5

Il contributo Aogoi alle grandi sfide della professione

di Giovanni Monni

l'impianto per non rischiare parti plurimi), al divieto della diagnosi pre-impianto nonostante poi sia possibile l'aborto terapeutico fino al quinto mese di gravidanza. Sono tutti aspetti che con ogni probabilità saranno chiamati ad approfondire e affrontare. Così come dovremo affrontare il problema posto con sempre maggiore frequenza dai prematurissimi. Le moderne tecnologie consentono infatti di mantenere in vita neonati che hanno avuto una gestazione di 23-25 settimane, sia pure con difficoltà gravissime tanto per il bambino che per la madre. Il nostro ruolo di orientamento verso le donne che si affidano alle nostre cure ci impone di affrontare questo nodo della modernità con un serio approfondimento.

Tutti noi sperimentiamo nel nostro agire quotidiano come la sanità oggi vada sempre di più ad intrecciarsi con l'etica, chiamandoci in causa non solo come medici e specialisti, ma anche come uomini. Ma sappiamo anche che, allo stesso tempo, il grande progresso tecnologico e scientifico - certamente positivo - rischia di allontanare progressivamente il medico dalla paziente, svuotando il rapporto da quella componente di intimità e fiducia che è fondamentale, base insostituibile di ogni attività diagnostica e terapeutica. Sono queste le sfide che rendono questo momento tanto delicato per la nostra professione, sul piano scientifico, clinico ed etico: non tiriamoci indietro.

► Da pagina 5

ultimora

una donna che due anni fa aveva chiesto di poter eseguire la diagnosi preimpianto prima di procedere con le tecniche di fecondazione in vitro perché portatrice di beta-talassemia. In precedenza la donna si era sottoposta alla procedura di Pma e aveva abortito, dopo 11 settimane, perché aveva scoperto che il feto era malato di talassemia. Fatto ricorso nuovamente alla procedura di Pma, grazie alla quale si era ottenuta la formazione di un nuovo embrione, la coppia aveva quindi richiesto la diagnosi preimpianto, e al rifiuto del sanitario, non aveva accettato l'impianto "al buio", anche in considerazione della pregressa esperienza che aveva gettato la donna in uno stato di grave prostrazione sfociata poi in una sindrome ansioso-depressiva protrattasi nel tempo. Ora, la sentenza del giudice Maria Grazia Cabitza, accolta la domanda proposta dai coniugi, ordina all'Ospedale Microcitemico di Cagliari e al primario del Servizio di ostetricia e ginecologia della stessa struttura, Giovanni Monni, di eseguire la Pdg sull'embrione destinato ad essere trasferito in utero. E solo se si constaterà che è sano, si procederà all'impianto e alla gravidanza. La notizia della sentenza arriva in queste ore, mentre la nostra rivista è già in chiusura. Per questo non ci è possibile un adeguato approfondimento, che comunque verrà realizzato sul prossimo numero di *GynecoAogoi*. Si tratta, infatti, di una pronuncia di grande rilevanza, che spezza una contraddizione della legge che l'Aogoi ha sempre evidenziato: il divieto della diagnosi preimpianto nonostante sia poi possibile l'aborto terapeutico fino al quinto mese di gravidanza.

La questione della liceità della Pdg è controversa in quanto il disposto normativo non è del tutto chiaro. Manca, infatti, nella legge un divieto espresso e il problema è complicato dal fatto che la stessa legge contiene una norma (l'art. 14) che riconosce alla coppia il diritto di essere informata sul numero e sullo stato di salute degli embrioni prodotti e destinati al trasferimento in utero. Le linee guida ministeriali viceversa stabiliscono che "ogni indagine relativa alla salute degli embrioni creati in vitro, ai sensi dell'art. 14 comma 5, dovrà essere di tipo osservazionale". La sentenza del giudice di Cagliari produce pertanto una disapplicazione non della legge ma delle linee guida, norme di carattere amministrativo, ritenute dunque illegittime in quanto in contrasto con la legge. Inoltre, il Giudice ha voluto sottolineare un'altra norma costituzionale: il diritto all'informazione sulla salute su cui si incentra il principio dell'uguaglianza. Se una donna gravida può eseguire la diagnosi prenatale invasiva (Villocentesi e Amniocentesi) per conoscere lo stato di salute del feto non si comprende perché non debba ricevere la stessa informazione una donna che ha concepito un figlio in vitro, essendo l'impianto in utero ritenuto un vero e proprio trattamento sanitario. Lo scopo di entrambe le tecniche, in vitro e in gravidanza, non è quello dell'aborto ma quello di informare la donna sullo stato di salute che è un diritto assolutamente tutelato dalla Costituzione.

Infine va detto che per quanto riguarda la Corte Costituzionale, cui lo stesso Tribunale aveva sottoposto la questione già nel 2005, questa non ha mai preso posizione, ritenendo (sentenza n. 396 del 9 novembre 2006) inammissibile per un vizio di forma l'istanza del Tribunale di Cagliari e rinviando così la decisione al giudice di Cagliari o altro giudice.

Il testo integrale della sentenza e una sintesi elaborata da esperti in materia sono disponibili sul www.aogoi.it

► Da pagina 3

Editoriale di Giovanni Monni

DONNA e AMBIENTE Destini incrociati



Vorrei soffermarmi però su alcuni dei temi trattati all'interno, per l'interesse che rivestono per la nostra vita associativa e per il dibattito che credo susciteranno in seno alla categoria.

Innanzitutto **Il perchè di un voto**. Nell'articolo **In evidenza** il Direttivo Aogoi si rivolge a tutti gli iscritti spiegando le ragioni per cui nel corso dell'Assemblea annuale Sigo, che avrà luogo il 16 ottobre, successivamente all'annuale assemblea Aogoi, le elezioni del Presidente e del Direttivo Sigo avverranno, molto probabilmente, con votazione a scrutinio segreto e non per acclamazione come di tradizione. La speranza è che ciò non accada e che i "dissidi" possano essere superati e ricomposti prima dello svolgimento del congresso, anche se in questo momento appare poco probabile. L'invito, forte, rivolto a tutti i soci è dunque di essere presenti all'assemblea Sigo per sostenere con il proprio voto, personalmente o tramite delega, il nuovo direttivo Sigo che per la terza volta sarà a guida ospedaliera, per "puntellare" la ginecologia ospedaliera e le sue scelte, rivendicando il ruolo svolto dagli ospedalieri nel contesto mondiale.

E ancora, la proposta (dirompente) illustrata da Carlo Sbiroli nel suo articolo **Verso un collegio italiano di ginecologi?**, di creare un "nuovo soggetto ginecologico" - figlio naturale dell'Aogoi - che comprenda le diverse anime non universitarie della ginecologia, "con più forza per tutelare meglio i propri iscritti anche in settori non strettamente ospedalieri e per incidere nei processi decisionali e nelle riforme che ci attendono nel prossimo futuro". Si tratta di un grande progetto politico-socio-sanitario, il cui nome, certo non definitivo ma che ben riflette la ragione sociale, è: Collegio italiano di ginecologi.

Gli ospedali d'insegnamento, i "futuri luoghi della didattica medica, ove la preparazione teorica è immediatamente embricata nell'attività pratica con un rapporto docente-discente diretto e capillare" sono al centro del contributo del sottosegretario alla Salute Serafino Zucchelli. Ebbene, per realizzare in seno alle nostre strutture quel "modello integrato di insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza, recuperando il ruolo formativo del Ssn e mettendo in discussione la autoreferenziale superiorità culturale delle Università nella formazione postlaurea" l'Aogoi si impegnerà a fondo nel prossimo triennio di presidenza Sigo.

Lo **SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI**, l'insieme di servizi che la nostra Associazione ha messo in campo per tutelare i suoi iscritti, di cui la nuova convenzione appena stipulata con i Lyod's ne costituisce il fulcro, è illustrato dettagliatamente da Carmine Gigli. Questa polizza contro i rischi professionali - gratuita per tutti i soci Aogoi - offre dei grandi vantaggi assicurativi, non solo sotto il profilo della tutela ma anche del risparmio. È un'iniziativa di valore (a cui anche i media nazionali hanno dato risalto), che ha richiesto uno sforzo senza precedenti nella storia della nostra Associazione, anche in termini economici, e di cui andiamo fieri perché crediamo di aver dato un contributo nel campo spinoso della responsabilità professionale. Sempre sul tema della responsabilità professionale va segnalato il **Forum sulla "Responsabilità Professionale Medica in Europa Sistemi Giuridici a Confronto"**, organizzato dal Senato della Repubblica, con il contributo determinante dell'Aogoi; si tratta di un evento importante, cui prenderanno parte figure di spicco del mondo istituzionale, medico e giuridico italiano ed europeo e a cui dedicheremo un ampio approfondimento sul prossimo numero del nostro giornale.

Da ultimo, ma solo perché inserita in **Ultimora**, l'importante notizia sul "sì" alla diagnosi genetica preimpianto del Tribunale di Cagliari - una pronuncia di grande rilevanza, che spezza una contraddizione della legge che l'Aogoi ha sempre evidenziato: il divieto della diagnosi preimpianto nonostante sia poi possibile l'aborto terapeutico fino al quinto mese di gravidanza. Un "sì" che nonostante le polemiche mi conforta, sia sotto il profilo umano che professionale.

Infine, un saluto a tutti voi con i miei auguri di Buon congresso.

Dall'esperienza



© 2006 F&B Torre Lazur McCann Healthcare Milano

- **Secchezza vaginale - 94%***
- **Prurito e bruciore - 96%***
- **Rapporti dolorosi - 88%***

Euclointima^{gel}

Intimità serena senza età

Euclointima è un dispositivo medico innovativo formulato con **componenti ad azione integrata** per contrastare la secchezza vaginale e/o prevenire ed attenuare le irritazioni vaginali. L'**acido ialuronico ed il carbopol** formano un gel con proprietà equivalenti a quelle del muco vaginale: **Euclointima** ha una viscosità adeguata a garantire un'elevata aderenza alle mucose così da poter idratare, lenire e proteggere a lungo, senza peraltro provocare fastidiose perdite. Durante il rapporto sessuale **Euclointima** acquista, invece, le caratteristiche di un gel fluido atto a garantire un elevato grado di lubrificazione. L'**estratto di Padina pavonica** stimola la produzione di glicosaminoglicani con conseguente miglioramento del metabolismo e della tonicità delle mucose. L'**acido lattico** mantiene il pH fisiologico, fondamentale per prevenire le infezioni, mentre il **ricinoleato di zinco** cattura le sostanze maleodoranti bloccando gli odori sgradevoli. L'ottimale tollerabilità di **Euclointima** è stata clinicamente dimostrata in studi condotti su 90 donne. **Euclointima** è idonea all'uso con i profilattici.



Dispositivo medico
con 8 applicatori monouso

* Donne con totale scomparsa del disturbo.

Boselli F. Valutazione di efficacia di un gel intimo a base di ricinoleato di zinco nel trattamento della secchezza vaginale: studi preliminari. Pifarotti P. Valutazione della tollerabilità e gradevolezza di un gel lubrificante umettante vaginale, mediante test clinico d'uso.

DISPONIBILE IN FARMACIA

**Il primo ed unico cerotto
a base di testosterone
che aumenta il desiderio
sessuale femminile***

Intrinsa

(Cerotto transdermico a base di testosterone)

Risveglia il desiderio

DEPOSITATO PRESSO L'AIFA IL 24/07/2007. INT002607
Medicinale soggetto a prescrizione medica classe C costo euro 55

*Indicato nel trattamento del Disturbo da Desiderio Sessuale Ipoattivo (HSDD) nelle donne sottoposte ad isterectomia ed ovariectomia bilaterale (in menopausa chirurgica) in terapia estrogenica concomitante.

In due studi clinici a cui hanno partecipato oltre 1000 donne in menopausa chirurgica, affette da HSDD, a 6 mesi.

Referenze: Simon J et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90:5226-5233.
Buster J et al. *Obstet Gynecol* 2005; 105:944-952.
Derogatis L et al. *J Sex Marital Ther.* 2004; 30:25-36.



Per maggiori informazioni: www.intrinsa.it

Procter & Gamble
PHARMACEUTICALS