

# G Y N E C O

ORGANO  
UFFICIALE  
DELL'ASSOCIAZIONE  
OSTETRICI  
GINECOLOGI  
OSPEDALIERI  
ITALIANI

## AOGOI

Fermiamo ogni discriminazione e violenza

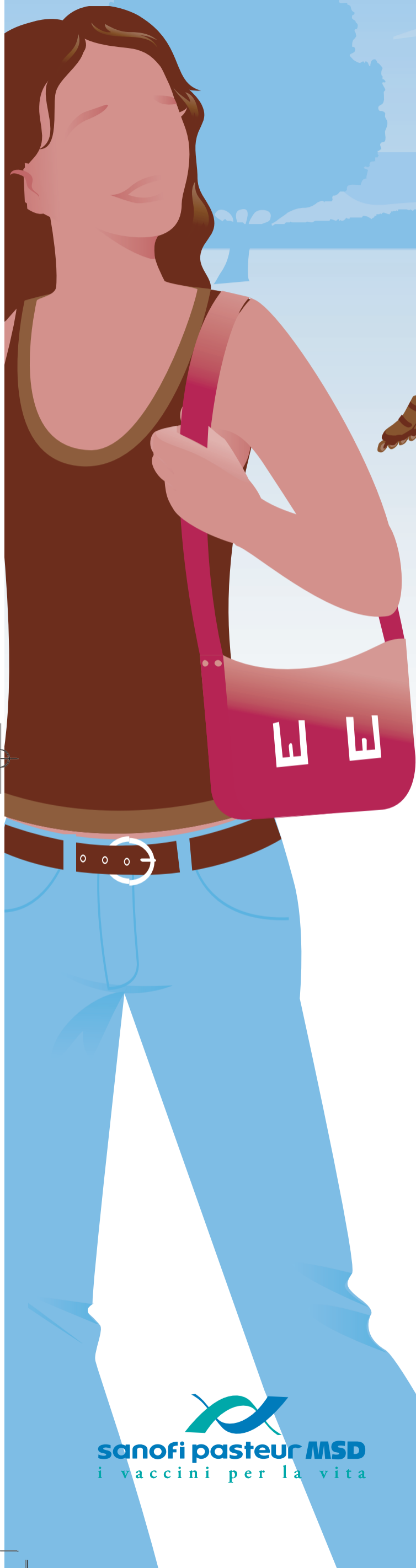
# La salute delle donne è una risorsa preziosa

■ **La salute è buona, ma non per tutti**  
Nord-Sud, uomini-donne, status sociali:  
le "forbici" della salute in due indagini  
sulla sanità italiana

■ **Un convegno "Alla salute delle donne"**  
A Napoli presentati il Piano di Azioni  
del ministro Turco e il nuovo libro dell'Aogoi  
sulla violenza contro le donne

■ **Donne: stop a ogni forma  
di disuguaglianza**  
Le iniziative italiane e internazionali  
nell'Anno europeo delle Pari Opportunità

2  
2007



## È ARRIVATO GARDASIL IL PRIMO VACCINO IN GRADO DI PREVENIRE IL CANCRO DEL COLLO DELL'UTERO

- **Prima del cancro del collo dell'utero**, GARDASIL previene le CIN 2/3 ed ha un'efficacia comprovata contro le CIN 1\*
- **Oltre il collo dell'utero**, GARDASIL può prevenire i condilomi genitali e le VIN 2/3\*

Patologie correlate ai tipi 6, 11, 16 e 18 di Papillomavirus Umano

Per la protezione degli adolescenti e delle giovani donne\*

**I BENEFICI DEI 4 TIPI DI PAPILOMAVIRUS UMANO  
PRIMA DEL CANCRO DEL COLLO DELL'UTERO  
E OLTRE IL COLLO DELL'UTERO**

\* Riassunto delle caratteristiche del prodotto

  
**sanofi pasteur MSD**  
i vaccini per la vita

  
**GARDASIL®**  
Vaccino del Papillomavirus Umano  
Tipi 6, 11, 16, 18  
Ricombinante, adsorbito

## Editoriale

## Più spessore e visibilità

Con le 9 mila copie dell'ultimo numero di *GynecoAogoi* abbiamo raggiunto la quasi totalità dei ginecologi italiani. In tre anni il nostro giornale ha cambiato veste grafica due volte e quasi raddoppiato il numero delle pagine.

Il restyling di un giornale è sempre un azzardo, soprattutto se ben accetto. Quasi una scommessa. È infatti necessario misurarsi con le abitudini consolidate e superare le perplessità di chi dovrà abituarsi a un nuovo amico che lo accompagnerà in una parte della sua vita professionale.

Dietro questa nuova impostazione del giornale c'è lo sforzo collettivo dell'intera Aogoi per rendere sempre più fertile il terreno di dibattito sui piccoli e grandi temi della nostra professione, ma anche per portarli all'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica. Il presupposto di tutto ciò è mantenere costante il colloquio con i soci, mettendo a disposizione un forum in cui discutere i problemi della sanità italiana, in generale, e della ginecologia in particolare.

Sempre più spesso i media diffondono notizie che ci toccano da vicino (negli ultimi mesi i riflettori sono stati puntati sugli episodi drammatici verificatisi in alcuni ospedali della Toscana): una pubblicazione mensile, come è *GynecoAogoi*, non può proporsi di contrastare l'informazione quotidiana, ma può fornire ai suoi lettori gli argomenti, le informazioni e le riflessioni che fanno da sfondo ai singoli episodi.

Su questo numero proponiamo due importanti indagini sulla salute degli italiani: un tema strategico perché rappresenta il termometro del funzionamento del Ssn e quindi della nostra attività medica che, chiamata a confrontarsi con le scarse risorse del sistema, a volte è costretta a compiere veri e propri miracoli.

Parleremo poi della salute della donna: la Festa internazionale della donna dell'8 marzo, quest'anno celebrata all'insegna dell'"Anno europeo delle Pari Opportunità per tutti", ha visto numerose iniziative contro le discriminazioni di genere e per la promozione della salute femminile *tout court*.

► Segue a pagina 29



**Giovanni Monni**  
Presidente AOGOI

## Indice numero 2 - 2007

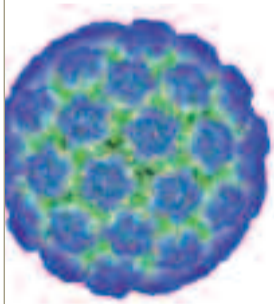


## Pagina 16

Aperta la nuova campagna Aogoi per le iscrizioni 2007

## Iscriviti!

Nella homepage del sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it) le modalità e la scheda di iscrizione



## Attualità

- 4 **Rapporto Osservasalute 2006: la salute degli italiani e delle Regioni**
- 6 **Pianeta Sanità: la parola ai cittadini / Indagine multiscopo dell'Istat**  
a cura di Alessia Romano
- 7 **Parola d'ordine: ripartire dalle donne**  
di Ester Maragò
- 8 **"Violenza contro le donne: compiti e obblighi del ginecologo"**  
**Il nuovo libro dell'Aogoi**  
di Valeria Dubini
- 9 **La salute sessuale e riproduttiva delle donne immigrate in Italia**  
di Serena Donati e Angela Spinelli
- 10 **"La violenza sulle donne non ha più scuse"**  
di Arianna Alberti
- 13 **Comunicare correttamente è "salutare", non solo per i pazienti**  
di Antonio Onorato Succu
- 13 **Notizie "fresche" di stampa: un cimitero per i feti abortiti**  
di Claudio Crescini

## Professione

- 15 **Che differenza c'è tra un primario ospedaliero e uno yogurt?**  
di Carlo Sbiroli
- 18 **La colpa professionale nell'attività chirurgica in équipe**  
di Pier Francesco Tropea
- 19 **Tre buoni motivi per una giornata di sciopero nazionale**  
**La Fesmed a fianco degli ex specializzandi**  
di Carmine Gigli
- 21 **La vescica iperattiva: un problema emergente**  
di Mauro Garaventa
- 23 **La campagna Aogoi per la prevenzione delle infezioni vaginali e delle vulviti allergiche**  
a cura di Valeria Dubini e Fabio Parazzini

## Aggiornamenti

- 24 **Vaccinazione anti-HPV, un futuro più sereno per la donna**  
di Paolo Scollo ed Emilio Lomeo
- 26 **Secchezza vaginale, quando una corretta igiene non basta**  
di G. Bonomo, I. Chiacchio, A. Chiantera

## Rubriche

- 27 **Lettere / Mondo • 29 Libri / Mondo • 30 Congressi**

## READER SATISFACTION SURVEY

Rispondi a 13 domande per aiutarci a migliorare *GynecoAogoi*  
Il questionario di gradimento è disponibile sul sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)

**G Y N E C O**  
AOGOI

NUMERO 2 - 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

## Coordinamento editoriale

Arianna Alberti  
email: [gynecoaogoi@hcom.it](mailto: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

Annuo: € 26 Prezzo singola copia: € 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.

46) Art. 1, comma 1, DCB Ancona  
Finito di stampare: marzo 2007  
Tiratura 9.000 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

**NELLE PAGINE DI ATTUALITÀ** Due indagini sulla salute: | **OSSERVASALUTE** La salute degli italiani e la performance dei servizi sanitari regionali post Devolution. | **PIANETA SANITÀ** Ssn, un terzo degli italiani ne è soddisfatto ma le "forbici" della salute si ampliano: Nord-Sud, uomini-donne, status sociali le differenze che contano. | A Napoli una giornata "ALLA SALUTE DELLE DONNE". Presentato il libro Aogoi contro la violenza sulle donne. | **IMMIGRATE** e salute | **VIOLENZA** I numeri e le iniziative italiane e comunitarie nell'Anno europeo delle Pari Opportunità. Commissione ONU: la priorità quest'anno sono le ragazze/bambine

## Rapporto Osservasalute 2006

# La salute degli italiani e delle Regioni

Una popolazione italiana in buona salute e un Ssn mediamente buono in confronto agli altri Paesi europei. Stazionarie, invece, se non acuite, le variazioni regionali sia rispetto alla diffusione di alcuni fattori di rischio e stili di vita, sia riguardo gli aspetti legati alla programmazione e all'organizzazione dei servizi sanitari



**V**icini ma non abbastanza, così la salute e la qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane" è il titolo scelto per presentare alla stampa i risultati della quarta edizione del "Rapporto Osservasalute 2006" lo scorso febbraio, presso il Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma. "La vicinanza, e implicitamente la distanza, cui si fa riferimento, ha spiegato il prof. Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, sono le direttrici lungo le quali si gioca il successo e si misurano le inevitabili difficoltà del processo della devolution, cioè della prossimità tra istituzioni e cittadini". Il quadro che emerge dal rapporto è sostanzialmente quello di una popolazione in buona salute e, soprattutto per quei dati dove è possibile fare un confronto rispetto agli altri Paesi eu-

ropei, di un Sistema sanitario nazionale mediamente buono. Pur tuttavia permangono o tendenzialmente paiono acuirsi le differenze regionali, sia per quanto riguarda la diffusione di alcuni fattori di rischio e stili di vita, sia riguardo gli aspetti legati alla programmazione e all'organizzazione di servizi sanitari. I dati positivi che "avvicinano" le varie regioni riguardano la sopravvivenza. L'Italia è tra i paesi più longevi del mondo tanto per gli uomini quanto per le donne: al 2004, la speranza di vita alla nascita, mostra l'ormai noto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, con un'aspettativa di vita mediamente di 6 anni più elevata per le prime rispetto ai secondi (83,7 anni per le donne contro i 77,7 per gli uomini). Sul fronte degli stili di vita si aggravano invece alcuni fattori di rischio, fumo e obesità su tutti. I dati del 2006 confermano il progressivo decremento della

prevalenza dei fumatori, ma il fumo rimane un'abitudine ancora molto diffusa in particolare tra i più giovani. Sul fronte del sovrappeso, solo poco più di metà della popolazione italiana ha un peso normale, il 42,6/o è in sovrappeso e, rispetto al rapporto dello scorso anno, gli obesi sono aumentati dall'8,5 al 9% della popolazione, in particolare nelle Regioni meridionali. A eccezione della Sardegna e del Molise, tutte le Regioni del Sud presentano, ad esempio, tassi standardizzati di mortalità per diabete mellito considerevolmente superiori rispetto alla media nazionale" e un progressivo avvicinamento ai dati delle Regioni del Nord, ma su un fronte negativo. Le malattie tumorali vedono un progressivo avvicinamento epidemiologico delle Regioni del Sud tradizionalmente meno colpite, rispetto a quelle del Nord. Tra le cause principali, a fianco dell'inadeguato contrasto al tabagismo, la

progressiva sostituzione della dieta mediterranea con una dieta più "nordica" associata a un maggior rischio oncologico". Differenze notevoli inoltre permangono sul fronte della diffusione dei programmi di screening per la prevenzione secondaria dei tumori, in particolare della cervice uterina, della mammella e del colon-retto, con alcune Regioni del Sud ancora terribilmente in ritardo nella attivazione di programmi di questo tipo.

### Check-up della devolution in sanità

La progressiva devoluzione delle competenze del Ssn ha favorito lo sviluppo di modelli istituzionali e organizzativi molto differenti tra le Regioni italiane. "Particolarmente rilevante è lo svantaggio accumulato da alcune Regioni, soprattutto meridionali, nella riorganizzazione dei propri servizi, sia ospedalieri che territoriali - ha afferma-

## VI edizione

### Osservasalute 2006

■ 453 pagine di analisi di dati sulla salute e la qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane frutto del lavoro di oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano che collaborano con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, con sede presso l'Università Cattolica di Roma, e che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero della Salute, Istat. Obiettivo del Rapporto, che fornisce annualmente i risultati del check-up della devolution in sanità, è di evidenziare le aree di eccellenza della sanità pubblica che possano essere d'esempio di realtà organizzative e strumento di valutazione comparativa. A questa quarta edizione di Osservasalute hanno collaborato anche Caritas e Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap). Direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane è Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma.

to Gianfranco Damiani, membro della Segreteria scientifica dell'Osservatorio. Emblematico è, ad esempio, lo squilibrio Nord-Sud per i servizi per le fasce di popolazione più fragili, anziani e disabili fisici e psichici in primis. Per questi ultimi, ad esempio le persone assistite, sia con interventi educativo-assistenziali, sia dai centri diurni, sono nel Nord-Est circa 10 volte quelle assistite nel Sud e nelle Isole".

Anche riguardo lo stato di salute dei sistemi sanitari delle Regioni italiane emergono dal Rapporto distanze e differenze di approccio. A fronte di una spesa sanitaria complessivamente in aumento dell'8% tra il 2005 e il 2006 le Regioni continuano ad avere performance economico-finanziarie fortemente eterogenee. La maggior parte delle Regioni del Nord sembra ormai aver raggiunto l'equilibrio strutturale. A fronte di situazioni di squilibrio strutturale palese, sancite dai provvedimenti di affiancamento intervenuti durante il 2006 (vedi Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Liguria), i casi positivi di alcune Regioni del Sud come la Basilicata e la Puglia dimostrano ancora una volta che i buoni risultati derivano dall'adozione di politiche di riequilibrio attivate grazie alla mobilitazione massiccia di tutte le competenze professionali disponibili per l'organizzazione e la programmazione sanitaria a supporto di scelte politiche difficili ma risolutive. La devoluzione delle responsabilità nel campo della sanità è stata assunta in modo diverso da Regione a Regione. Sul fronte delle scelte organizzative, grazie alla collaborazione con il ministero della Salute, il Rapporto quest'anno ha preso in esame il processo di dipartimentalizzazione ospedaliera per monitorare i cambiamenti in corso. Dall'osservazione di 1.800 dipartimenti ospedalieri distribuiti su più di 300 aziende sanitarie emerge che ancora oggi una larga parte dei dipartimenti appare costruita non intorno a percorsi di cura riferiti a raggruppamenti omogenei di pazienti, ma secondo il criterio della specializzazione, ovvero privilegiando ancora le esigenze degli operatori piuttosto che quelle dei pazienti che imporrebbero, invece, la presenza di team multidisciplinari e concordanza intorno a linee guida e standard assistenziali secondo il paradigma dell'Evidence based medicine".

In conclusione, le Regioni rappresentano il fulcro decisionale delle attività sanitarie e nella maggior parte dei casi svolgo-



## L'“Atlante” della salute

### Punti di forza (e qualche *défaillance*) Regione per Regione

**Piemonte.** La più bassa prevalenza di persone (dai 18 anni in poi) in soprappeso e obese: 29,4% 7,6%, contro i dati nazionali rispettivamente del 33,6% e del 9%.

**Valle d'Aosta.** I tassi standardizzati più bassi di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili (anni 2001/2004) per asma e per complicanze a lungo termine del diabete mellito, rispettivamente dello 0,13 e dello 0,30 ogni 1.000 abitanti, contro i dati nazionali rispettivamente dello 0,24 e 0,53 per mille.

**Lombardia.** Il più alto numero di trapianti effettuati (655 trapianti nel 2005).

**P.A. di Bolzano.** La più bassa percentuale di parti cesarei tra tutte le regioni italiane: 23,1%, mentre a livello nazionale si arriva a toccare il 38% sul totale dei parti.

**P.A. di Trento.** Il più basso consumo farmaceutico territoriale (pari a 638 contro il valore nazionale di 807, conteggiato calcolando la dose giornaliera di mantenimento di un farmaco, in pazienti adulti ogni 1.000 abitanti) e la più bassa spesa farmaceutica lorda pro capite (circa 168 milioni di euro contro i 231 della media nazionale), entrambi a carico del Ssn.

**Veneto.** La spesa sanitaria pubblica pro capite è in crescita nel 2005, con un incremento del 5% circa rispetto al 2004 (dato nazionale 1.661 euro). La speranza di vita alla nascita, sia per gli uomini che per le donne (77,9 anni e 84,3 anni) è superiore ai valori nazionali.

**Friuli Venezia Giulia.** La più alta "soddisfazione cliente-utente" nei confronti dell'assistenza medica e infermieristica ospedaliera. Il 43,18% degli utenti si dichiara "molto soddisfatto" per l'assistenza medica, mentre per quella infermieristica i valori si attestano al 46,80%. I dati nazionali sono rispettivamente del 24,22% e del 23,60%.

**Liguria.** Il più alto tasso di donatori d'organo segnalati, utilizzati ed

effettivi, che nel 2005 sono rispettivamente pari a: 56,6, 37,5 e 40,7 per milione di abitanti (valori nazionali rispettivamente del 34,4, 19,6 e 21).

**Emilia Romagna.** La più alta "immunizzazione sociale", nel 2003 registra le più alte percentuali di: ex fumatori 24,7% (Italia 21,3%) copertura vaccinale per il morbillo, parotite e rosolia 92,9% (Italia 88,3%) e influenzale negli anziani 75,1% (Italia 68,3%); screening mammografico 92,8% (Italia 51,1%).

**Toscana.** Il maggior consumo percentuale di farmaci a brevetto scaduto pari al 26,4% contro il 24,1% del dato nazionale.

**Umbria.** La più alta percentuale di interventi conservativi per neoplasia mammaria, pari al 75,8% nel 2003 (dato nazionale 67,6%).

**Marche.** La più alta speranza di vita alla nascita (78,8 anni per gli uomini e 84,7 (dati nazionali 77,7 e 83,7 anni), oltre al tasso di mortalità, in questo caso più basso oltre l'anno di vita: 84,54 per 1.000 abitanti).

**Lazio.** Il tasso di mortalità sugli infortuni sul lavoro più basso: 4,46 per 100.000 abitanti nel 2005 (dato nazionale 6,95).

**Abruzzo.** La speranza di vita è in costante crescita: 77,7 anni per gli uomini e 84,2 anni per le donne nel 2004 (il dato per le donne è superiore alla media nazionale).

**Molise.** Il più alto numero di casi trattati in assistenza domiciliare integrata (Adi) in rapporto alla popolazione: 2.167 ogni 100.000 (Italia 645); la percentuale di anziani trattati domiciliariamente è oltre il 67,8 ogni 1.000 (Italia 28,2).

**Campania.** Il più basso consumo di alcol: la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche nel 2003 è dell'80,8% per gli uomini e del 51% per le donne (Italia rispettivamente 87,4% e 59,8%).

**Puglia.** Il più basso tasso di mortalità per infarto nel 2004 per 10.000 abitanti: 5,58 per gli uo-

mini, e 2,72 per le donne (Italia rispettivamente 7,28 e 3,22).

**Basilicata.** Il più basso tasso di mortalità per tumore della mammella: 1,59% (Italia 2,76) e uno tra i più bassi tassi di incidenza per questo tumore nelle donne tra 0-84 anni, che nel periodo 2001-2006 è pari al 70,8% contro il 92,6% del dato nazionale. La regione è particolarmente attiva anche per quanto riguarda lo screening mammografico: nel periodo 2003/2004, nella fascia di età di donne tra i 50-69 anni, la percentuale di estensione effettiva raggiunge il 119,1%, superiore al 100% perché è stato invitato allo screening un numero di donne superiore a quelle previste nell'obiettivo annuale. Il dato nazionale si attesta invece intorno al 51,1%.

**Calabria.** Il più basso tasso di incidenza per tumore al polmone nella fascia di età 0-84 anni: 28,8% (tasso standardizzato per 100mila abitanti); la più bassa percentuale di fumatori: nel 2003 solo il 19,2% della popolazione over 14 si dichiara fumatore.

**Sicilia.** Aumento del rating in controtendenza rispetto al resto d'Italia, passato da A2 a A1. Il rating sintetizza la capacità dell'amministrazione di far fronte ai debiti nei confronti dei terzi e deriva da una dettagliata analisi delle condizioni di finanza pubblica considerando però anche la stabilità politica e la solidità dei processi di amministrazione pubblica, sanità compresa.

**Sardegna.** Il più basso tasso standardizzato di abortività volontaria: 5,72% nel 2003, contro il 9,29% del dato nazionale.

no questo ruolo con buoni e, in qualche caso, ottimi livelli di efficacia ed efficienza. Proprio per questo, secondo il rapporto, è stridente il ritardo di alcune realtà regionali che faticano, per diversi motivi, a stare al passo con le Regioni più dinamiche anche se questo, d'altra parte, è un fenomeno tipico dei sistemi sanitari con elevati livelli di devoluzione che, pur garantendo una buona prossimità tra i cittadini e i livelli decisionali in tema di salute, alimentano forti elementi di disuguaglianza e di possibile "inequità", soprattutto a sfavore delle persone e delle aree geografiche socio-economicamente meno avvantaggiate. I meccanismi di compensazione a questi squilibri vanno ricercati in attività di verifica e coordinamento che aiutino a superare i ritardi e a supportare le Regioni, in particolare quelle in difficoltà, a stare al passo con la complessa evoluzione dei sistemi sanitari. "Spetterà alle stesse Regioni concordare le modalità di costruzione di rapporti sinergici con le Istituzioni centrali perché solo l'aggregazione delle migliori competenze a livello nazionale e la leale collaborazione con i

decisionari regionali possono aiutare a dare risposte adeguate ai problemi sempre più complessi dei moderni sistemi sanitari".



(Fonte: Rapporto Osservasalute 2006)

**Pianeta Sanità** a cura di Alessia Romano

## Salute: la parola ai cittadini

Stato di salute della popolazione, stili di vita che hanno rilevanza per la salute e ricorso ai servizi sanitari. Queste le tre dimensioni essenziali esaminate dall'indagine multiscopo Istat, con la collaborazione del Ministero della Salute e delle Regioni, su un campione di 60mila famiglie, il più vasto d'Europa

**L** 61,3% degli italiani dichiara di sentirsi in forma, anche se le condizioni di salute appaiono disomogenee e, se si prendono in considerazione indicatori di ripartizione geografica e sociale, le condizioni di salute peggiori si registrano al Sud e tra le persone di status sociale basso. Sei italiani su 10 dunque si sentono bene o molto bene, mentre 1 su 10 dichiara di stare male o molto male. Tra questi due picchi un 30/35% della popolazione esce da una malattia o in ogni caso soffre di disturbi percepiti come non gravi. Le donne più degli uomini denunciano un cattivo stato di salute, l'8,3% contro il 5,3%, con uno svantaggio che si aggrava nell'età più avanzata.

Le malattie, e nello specifico quelle croniche, sono in aumento e ad esserne più colpiti sono sempre le donne e gli anziani. Il 10% delle famiglie italiane ha almeno un componente con disabilità: a soffrire di una perdita, più o meno grave, di abilità psicofisica sono 2milioni e 600 mila cittadini. Le donne denunciano il fenomeno in misura maggiore: 6,1% contro il 3,3% degli uomini e sono in maggioranza anche tra coloro che l'handicap costringe a letto o sulla sedia a rotelle, che sono circa la metà del totale dei cittadini con disabilità, ovvero 1 milione e 300mila.

Emergenza donne, non autosufficienza e cronicità, insieme al problema delle disuguaglianze, dal punto di vista geografico e del livello d'istruzione, sono dunque le criticità più importanti messe a fuoco dal Rapporto.

Per quel che riguarda la salute femminile, in particolare, l'indagine conferma la necessità di un forte rilancio delle politiche di promozione, prevenzione e tutela della salute con programmi specifici per tutte le classi di età e grande attenzione alla terza età. Un segnale confortante è dimostrato dal fatto che le donne han-



no un atteggiamento responsabile verso la propria salute, più degli uomini. Troviamo, infatti, una diminuzione delle donne che fuma in gravidanza, un controllo più attento del proprio peso e una maggiore attenzione e periodicità per visite sia generiche sia specialistiche. Tutto que-

sto però non basta e le donne rimangono in ogni caso la categoria più debole, a prescindere dallo stato sociale. Di questo, soprattutto, ma anche dei tanti altri aspetti legati alla salute femminile si è parlato nelle varie iniziative che si sono svolte in occasione della Festa della donna. Tra

queste, la Giornata dedicata "Alla salute delle donne" il 7 marzo a Napoli, promossa dal ministero della Salute di cui parliamo alla pagina a fianco.

Lo studio Istat ci offre poi diversi spaccati sugli stili di vita, lanciando l'allarme su fumo e obesità. Per il fumo, se da una parte

si registra un aumento delle persone che hanno deciso di smettere, dall'altra c'è un pericoloso incremento dei nuovi fumatori, soprattutto nelle fasce di età più giovani (14/17 anni). Quanto all'obesità, anche se l'Italia è ai livelli più bassi d'Europa, il trend è in crescita, soprattutto nel Sud e nelle Isole. Alla luce di questi due elementi, ma anche osservando l'incremento di alcune patologie croniche dell'apparato cardiocircolatorio e muscoloscheletrico e del diabete, l'indagine conferma la necessità di potenziare l'azione di informazione e sensibilizzazione sui corretti stili di vita in grado di coinvolgere i diversi attori pubblici e privati, come del resto si propone il programma "Guadagnare Salute", appena varato dal Consiglio dei Ministri. Un terzo ambito indagato da Pianeta sanità riguarda la valutazione che gli italiani danno dei servizi sanitari. L'indagine in questo senso è importante perché aiuta a ragionare sul Ssn partendo dal "vissuto" dei cittadini e non solo da ciò che pensano gli operatori, i programmatori e i decision makers del settore. Inoltre, come ha sottolineato il ministro della Salute, è "uno strumento prezioso per verificare, a poco meno di un anno dall'avvio dell'attività di Governo, la validità delle scelte perseguite o programmate".

Un terzo della popolazione si dichiara soddisfatta dei servizi sanitari, con differenze di gradimento che cambiano da regione a regione. A dare il giudizio più negativo del Ssn sono i cittadini calabresi, pugliesi e siciliani, mentre il livello di soddisfazione più alto si riscontra nelle province di Trento e Bolzano, in Valle d'Aosta ed Emilia Romagna. Anche in questo caso troviamo un'Italia spaccata in due, con un Nord fiducioso nei confronti dei servizi

### I risultati

■ Il 61,3% delle persone di 14 anni e più dichiara di stare "bene" o "molto bene" a fronte del 6,7% che invece dichiara di stare "male" o "molto male". Le donne e soprattutto quelle anziane si sentono peggio a causa della maggiore diffusione di patologie croniche.

- Le malattie croniche più diffuse tra la popolazione sono: l'artrosi/artrite (18,3%), l'ipertensione arteriosa (13,6%), le malattie allergiche (10,7%) con tassi molto elevati fin dall'infanzia. Le donne sono affette soprattutto da: artrosi/artrite (21,8% contro il 14,6% degli uomini), osteoporosi (9,2% contro l'1,1%), e cefalea (10,5% contro il 4,7%). Per gli uomini invece le malattie più diffuse sono: bronchite cronica/enfisema (4,8%

contro il 4,2% delle donne) e infarto (2,4% contro l'1,1%).

- Le persone con disabilità sono 2 milioni 600 mila. La disabilità è più diffusa tra le donne (6,1% contro il 3,3%). Il 10,3% delle famiglie ha almeno un componente con problemi di disabilità, quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi a domicilio e oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né a pagamento, soprattutto al Sud dove si trovano i tassi più elevati per patologie gravi e la disabilità (14% di cronici gravi contro il 12,4% del nord-ovest e il 12,6 del nord-est, per la disabilità il 5,8% contro il 4,1% del nord-ovest e il 4,0% del nord-est).
- La percentuale delle persone che dichiarano di stare male o molto

male è molto più elevata in persone che hanno conseguito al massimo la licenza elementare (16,7%) rispetto ai laureati e diplomati (2,5%).

- L'Italia è ai livelli più bassi in Europa per l'obesità degli adulti, ma la quota di obesi è in crescita: sono 4 milioni e 700 mila le persone obese in Italia.

- I fumatori in Italia sono il 21,7% della popolazione over 14 anni. Il 27,5% sono maschi e il 16,3% femmine. Gli adolescenti e i giovani iniziano a fumare prima rispetto a 5 anni fa: il 7,8% dei giovani di 14/24 anni ha iniziato a fumare prima dei 14 anni. Rispetto al 1999-2000 la percentuale di quanti iniziano a fumare prima dei 14 anni aumenta solo per i maschi (+60%). L'autodeterminazione risulta essere la strada principale

per smettere di fumare infatti il 93,8% degli ex fumatori dichiara di aver smesso da solo. Si riduce inoltre la quota delle donne che fumano in gravidanza dal 9,2% al 6,5%.

- Aumentano le visite mediche rispetto al periodo 1999-2000: quelle generiche del +20,5% mentre quelle specialistiche del +10,5%. Le visite specialistiche più numerose sono quelle odontoiatriche (26,9%), ortopediche (11,4%), oculistiche (10,8%) e cardiologiche (9,5%). Il 57% delle visite specialistiche è pagato interamente dalle famiglie, anche dalle famiglie di status sociale basso (46,8%). Il 21% degli accertamenti specialistici è a pagamento. Si ricorre a visite ed accertamenti a pagamento soprattutto per la fiducia nel medico (71,5%) o nel-

sanitari e un Sud in difficoltà. Con l'aumentare dell'età cresce la percentuale di persone che hanno un giudizio positivo sul Ssn. Una delle note dolenti riguarda l'eccessivo ricorso al privato. Oltre il 50% delle visite specialistiche (odontoiatriche, ortopediche, oculistiche ginecologiche ecc) è pagato interamente



## Indagine Istat Pianeta sanità

■ L'obiettivo dell'indagine multiscopo dell'Istat, i cui risultati sono stati presentati lo scorso marzo presso l'Auditorium del Ministero della Salute, è di rilevare informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, alcuni fattori di rischio per la salute e i comportamenti di prevenzione. Il campione complessivo dell'indagine, che prima era di 24mila famiglie, è stato ora ampliato a circa 60mila (diventando il più alto a livello europeo) grazie al contributo del Fondo sanitario nazionale su mandato della Conferenza Stato-Regioni. Nel 2006 sono stati pubblicati alcuni risultati di quest'indagine: "Gravidanza, parto, allattamento al seno" e "Prevenzione dei tumori femminili in Italia: ricorso a pap test e mammografia".

la struttura di riferimento (55%).  
• I ricoveri diminuiscono (-18,7%) rispetto agli ultimi 5 anni, e anche le persone che si ricoverano (-17,2%). Solo il 5% dei ricoveri è a carico delle famiglie. Le figure professionali che indirizzano il cittadino verso il ricovero sono: il medico di famiglia nel 24,4% dei casi, il medico di pronto soccorso nel 26,9%, il medico ospedaliero nel 28,7% e medico privato nel 16,5%. Un terzo delle persone si ricovera per interventi chirurgici (34,2%), il 26,4% per cure mediche, il 16,9% per controlli dello stato di salute (nel sud il 20,6%).

• Un terzo della popolazione è soddisfatto del Ssn, il 43,4% ne dà una valutazione intermedia e il 17,2% esprime insoddisfazione. Le Regioni più negative verso il

dalle famiglie. Questa scelta sembrerebbe dettata non tanto dai tempi di attesa delle Asl ma più che altro dal bisogno di affidarsi ad un medico o ad un centro di fiducia. Il maggiore ricorso a visite specialistiche a totale carico degli utenti si osserva nelle regioni del Centro (Marche e Umbria). Situazione totalmente opposta è quella dei ricoveri, dove appena il 5% risultano totalmente a carico delle famiglie. Nei tre mesi precedenti la rilevazione si registra una diminuzione dei ricoveri, con una media che si stabilizza sui 7 giorni, rimanendo però più lunga per gli anziani, in particolare per gli ultraottantenni. Tra le persone ricoverate non compaiono differenze di genere ma come prevedibile il ricorso ai servizi ospedalieri cresce con l'avanzare dell'età.

Dal punto di vista territoriale le degenze ospedaliere più lunghe avvengono nelle grandi città (Lazio in primis). Chi consiglia il ricovero è soprattutto il medico di famiglia, seguito da un medico specialista di un ospedale e da un medico del pronto soccorso. Sono dunque diverse figure professionali che indirizzano i pazienti al ricovero.

Un ultimo aspetto riguardante la fruizione dei servizi sanitari è l'aumento delle visite, soprattutto quelle generiche (principalmente tra gli over 75), che probabilmente incide sulla diminuzione dei ricoveri.

La figura professionale verso la quale i cittadini hanno più fiducia è il medico di famiglia, seguito dal medico specialista e quello ospedaliero. Per prendere decisioni importanti ci si rivolge al medico di famiglia, percentuale che aumenta con l'età. Dal punto di vista geografico le differenze sono ancora una volta marcate: il ricorso al medico di famiglia per decisioni importanti è più frequente nelle Marche, Toscana e Emilia Romagna, quello al medico privato invece è più frequente in Liguria, Campania e Sicilia, mentre il ricorso al medico delle Asl è più frequente nelle province di Trento e Bolzano, e in Veneto. **Y**

Ssn (punteggio da 1 a 4) sono: Calabria (35,9%), Puglia (28%) e Sicilia (25,6%), quelle con un livello di soddisfazione maggiore (punteggio da 7 a 10) sono le province di Trento (58,8%) e Bolzano (68,8%), Valle d'Aosta (59,6%) ed Emilia Romagna (46,8%). Se si osserva la valutazione che i cittadini hanno dato sui cambiamenti avvenuti nel Ssn nei 12 mesi precedenti la rilevazione, emerge che il 44,9% pensa che non ci siano sostanziali cambiamenti mentre il 28% ritiene che stia peggiorando, l'11,6% che stia migliorando e il 15,6% non sa esprimere un giudizio.

• La figura professionale in cui si ha più fiducia è il medico di famiglia (64,3%) seguito dallo specialista privato (32,1%) e dal medico ospedaliero (13,3%).

Napoli, convegno "Alla Salute delle donne" di Ester Maragò

# Parola d'ordine: ripartire dalle donne

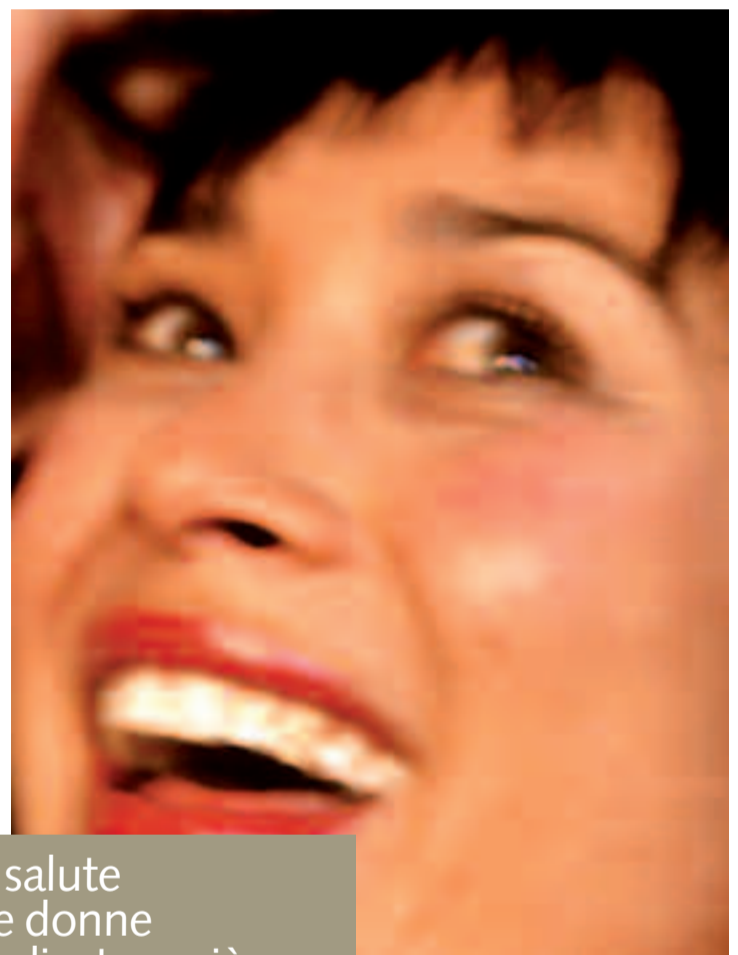
In arrivo un Piano strategico intersettoriale per la tutela dell'Universo femminile

La salute della donna come "cartina di tornasole" della qualità e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale. Ma anche "della qualità di una democrazia, della coesione sociale e dello stesso sviluppo economico".

Parte da qui il piano di battaglia per la promozione e la tutela della salute delle donne le cui strategie future sono state anticipate dal ministro della Salute, **Livia Turco**, nel corso della giornata conclusiva della manifestazione "Civiltà delle donne" promossa dall'assessorato campano alle Pari opportunità alla Stazione marittima di Napoli. Una kermesse nell'ambito della quale è stato organizzato il convegno "Alla salute delle donne" dedicato proprio alle problematiche di salute dell'Universo rosa. Il Piano strategico intersettoriale, di durata triennale presentato da Livia Turco, assume la salute dell'altra metà del cielo come obiettivo di politica sanitaria nazionale, e culminerà nella prima Conferenza nazionale dedicata al tema che si terrà a ottobre 2007, anno europeo delle pari opportunità.

"Non è pretestuoso parlare oggi di donne e salute - ha precisato il Ministro - in quanto è proprio la condizione femminile a meglio illuminare, nella nostra Italia, le disuguaglianze e le falle del Ssn. Un sistema che vogliamo, con la massima priorità politica, rendere più equo, universalistico e solidale".

La salute delle donne - ha aggiunto - è "L'indicatore più efficace per valutare l'impatto delle politiche nazionali sulla salute, e per rimuovere tutte le disuguaglianze, non solo quelle economiche e sociali, ma anche quelle fra uomini e donne. E il piano di azioni che abbiamo predisposto parte dalla consapevolezza



"La salute delle donne è l'indicatore più efficace per valutare l'impatto delle politiche nazionali sulla salute"

che il diritto alla salute delle donne è il diritto forte che promuove e tutela tutti gli altri diritti, sociali, civili e politici".

Per centrare lo scopo occorre però un uso appropriato delle risorse; bisogna dire basta alle appartenenze politiche che contano più delle competenze professionali, all'eccessivo ricorso ai cesarei, e all'assenza di una linea di continuità tra gravidanza, parto e puerperio, ha sottolineato con forza il Ministro.

Partendo da questi presupposti, Livia Turco ha quindi lanciato la proposta di un "patto per la salute delle donne". Obiettivo: rendere più efficiente la Sanità in

Italia. Dove efficienza significa spendere bene, al meglio, le risorse pubbliche disponibili. "Le donne - ha affermato - sono consapevoli dell'efficace utilizzo delle risorse. Più di altri sono portatrici del bisogno complesso di salute sul quale tutti si devono interrogare".

Le 39 pagine dello schema di "Piano per la promozione e la tutela della salute della donna e del bambino" non solo raccolgono il bilancio delle iniziative già intraprese dalla Salute, ma mettono nero su bianco le azioni che verranno intraprese.

Alle donne italiane Livia Turco promette interventi in numerosi settori. A cominciare dall'apertura in tutta Italia di "sportelli contro la violenza" sulle donne. I luoghi deputati all'apertura degli sportelli dedicati saranno i pronto soccorso ospedali-

ri. Punti di ascolto che “dovranno prevedere anche la presenza di mediatrici culturali per le vittime di violenza straniere che non siano in grado di comprendere le possibilità di aiuto e intervento proposte”.

Tra le azioni future c'è poi la promozione di uno “spazio adolescenti” all'interno dei consultori familiari: l'intento è quello di coordinare con gli organi scolastici l'offerta attiva di corsi di informazione ed educazione alla salute nelle scuole, predisponendo incontri con i genitori degli alunni delle scuole elementari e medie sulle problematiche della sessualità in età adolescenziale.

Sono previsti inoltre modifiche per l'articolo 11 della legge 53 del 2000 sui congedi per neonati pre-termine. In questo caso verrà concesso alle madri di bebè venuti alla luce prima delle 37 settimane di gestazione un periodo di permesso aggiuntivo per un massimo di tre mesi, rispetto ai 5 mesi tradizionali di congedo già previsti.

Arriveranno anche Linee guida per il corretto e appropriato ricorso al taglio cesareo nelle strutture del Ssn, in coerenza con i Lea e le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità.

E ci sono novità anche per le ostetriche: il ministero della Salute ha deciso di investire il Consiglio superiore di sanità del compito di trovare, nel rispetto della legislazione in vigore, spazio per

## Alle donne Livia Turco promette interventi in numerosi settori. A cominciare dall'apertura di “sportelli contro la violenza”

il recepimento della direttiva europea che riconosce alle ostetriche la competenza ad accertare la gravidanza e, in seguito, a sorvegliarla ed effettuare gli esami necessari.

Sono previsti interventi per attuare un più efficiente sistema di sorveglianza della mortalità materna, e sarà dato il via a provvedimenti mirati per patologie “in rosa” come l'endometriosi, il tumore della mammella, la menopausa e l'osteoporosi.

Per il perfezionamento del Piano strategico intersettoriale è in via di definizione una Commissione ministeriale Salute delle donne, che prevede la presenza dei rappresentanti dei Ministeri competenti, delle Regioni, dell'Istat e del Consiglio superiore

di Sanità, oltre all'apporto di competenze specifiche. La commissione dovrebbe promuovere, tra l'altro, la costituzione di gruppi di lavoro ad hoc per mettere a punto, di concerto con le Regioni, le Linee guida per l'aggiornamento del Progetto obiet-

tivo materno infantile.

Nel corso della kermesse partenopea sono stati puntati i riflettori anche sullo stato dell'arte dei consultori in Italia, sulle donne immigrate e altro ancora. Sul primo tema è intervenuto **Michele Grandolfo** dell'Istituto superio-

re di sanità, che ha ricordato l'importanza strategica di questi servizi per la tutela della salute dei giovani. “I consultori familiari – ha precisato – possono svolgere un ruolo di primo piano nell'informazione e nella prevenzione di malattie dei giovani che sem-

pre di più richiedono maggiore comunicazione per raggiungere una piena consapevolezza”. È quindi urgente per Grandolfo perfezionare le strutture già operanti sul territorio investendo sulla competenza e sviluppando un'equipe multidisciplinare che abbia le giuste doti per trattare con i pazienti quali la gentilezza, il rispetto, l'empatia e la compassione, qualità indispensabile per gli operatori sanitari. “Nell'approcciarsi ai giovani e alle donne – ha affermato – bisogna superare il modello paternalistico e passare invece a quello della partecipazione, al modello dell'empowerment. È questa, infatti, la richiesta che arriva dai cittadini: essere coinvolti nei processi di riflessione”.

E ancora, durante il Convegno è stato posto l'accento sulle strutture per il parto alternative all'ospedale, come le “Case di maternità” che, secondo **Sandra Morano**, ginecologa dell'ospedale San Martino di Genova “rappresentano un ambiente più umano per le donne e per la loro famiglia”.

## La tutela delle immigrate, un tema che ha animato il dibattito

Il dibattito è stato animato anche dalla discussione sul tema della tutela delle donne immigrate, affrontato da **Susanna Diku**, coordinatrice del gruppo “Salute delle donne” della neo commissione Salute e Immigrazione del ministero di Lungotevere Ripa. Un tema particolarmente caldo: dal 1986 ad oggi la popolazione immigrata è aumentata considerevolmente, soprattutto quella femminile. Basta guardare le cifre: nel '91 le donne straniere superavano le 300mila unità, ora sono quasi un milione. Arrivano principalmente dalla Romania (11,2% della popolazione immigrata), dall'Ucraina (9%) dall'Albania (8,4%), dal Marocco (6,6%). Donne culturalmente diverse tra loro. Donne povere, spesso scarsamente tutelate sul posto di lavoro e con una precarietà abitativa che favorisce l'esposizione ai rischi di salute. Donne che non conoscono la parola prevenzione, e che difficilmente riescono ad accedere ai servizi sanitari. Per questo, ha sottolineato Diku, diventa prioritario trovare delle soluzioni: in primis occorre elevare la fruibilità dei servizi sanitari e migliorare l'offerta, ma soprattutto bisogna aumentare la conoscenza delle opportunità di cura che il Servizio pubblico offre anche alla popolazione immigrata. **Y**

## Presentato a Napoli il nuovo Libro dell'Aogoi di Valeria Dubini

# “Violenza contro le donne: compiti e obblighi del ginecologo”

■ Nella cornice di una Napoli dedicata all'altra metà del Cielo (la Città delle Donne), nello spazio argutamente intitolato “alla Salute delle Donne!”, si è tenuta in anteprima la presentazione del nuovo Libro dell'Aogoi “Violenza contro le donne: compiti e obblighi del ginecologo”.

Certamente è un libro specialistico, un manuale indirizzato ai medici, ma si occupa di un argomento talmente scottante e attuale che obbliga al confronto con questioni di natura complessa che riguardano il contesto sociale e culturale in cui il fenomeno nasce e si sviluppa. È anche un libro dedicato alle donne, perché la violenza è un reato che viene in gran parte perpetrato da uomini contro donne e bambini, individui cosiddetti “deboli”. Un reato, però, che troppo spesso fa scalpore solo nelle sue forme eclatanti, per essere poi trascurato, se non dimenticato, nella quotidianità. In quelle tante consulenze che ciascuno di noi esegue, magari per patologie sfumate, croniche, spesso è difficile riconoscere un'origine chiara: basti pensare al Dolore pelvico cronico, tanto per fare un esempio. Dunque è un libro dedicato alla salute delle donne in senso globale, che necessariamente si occupa delle sue tante sfaccettature, ma anche dei silenzi, delle cose non dette, delle domande non poste.

Perché L'Aogoi ha pensato ad un manuale per i ginecologi sulla violenza sessuale?

Innanzitutto perché queste tematiche sono state finora semplicemente omesse dalla nostra formazione: solo adesso, e con molto ritardo, comincia a formarsi nel nostro Paese una coscienza circa la reale consistenza del problema e le possibili conseguenze sulla salute delle donne, non solo sul piano psichico ma anche su quello fisico.

Sono passati solo 10 anni dall'approvazione della legge che ha



“La violenza sulle donne”

“...sarà determinante la sensibilità, e questo libro mi conforta in tal senso, di tutti quegli operatori della sanità, dai ginecologi agli psicologi, dagli infermieri agli assistenti sociali, che quelle donne incontrano per primi nel loro cammino di “ripresa della vita”, per avviare un nuovo percorso basato sull'ascolto e sulla riconquista di una rinnovata fiducia nei confronti dell'altro.”  
(Dalla presentazione al libro del ministro Turco)

trasformato la violenza sessuale in delitto contro la persona da delitto contro la morale, quale è stato fino al 1996. Forse anche per questo motivo in passato capitava molto di rado che il ginecologo dovesse attivare le sue competenze tecniche, come una buona fertilità, una buona raccolta e conservazione di elementi probativi, ovvero tutto quanto può poi risultare utile alla donna nel caso che decida di sporgere denuncia. Oggi, della nostra modalità di approccio al problema è possibile essere chiamati a rispondere in sede di giudizio, e questo costituisce un ulteriore motivo per acquisire una professionalità che fino ad ora è mancata, consci che si tratta non

solo di una responsabilità etica, ma anche sanitaria, medica e legale. La nostra associazione già dal 2000, quando in Italia si tenne un importante convegno internazionale organizzato dalla Figo su questi temi, si è impegnata ad approfondire e diffondere le conoscenze sulla violenza alle donne: è stata elaborata una cartella clinica per minori e adulte, e sono andate via via sviluppandosi varie competenze attorno a questo delicato problema. Inoltre, da circa 5 anni, una parte del sito web dell'Aogoi è dedicato alla violenza sulle donne e mette a disposizione materiale informativo, percorsi per la formazione e le cartelle cliniche guidate.

L'assunto di base è far sì che anche questo aspetto della nostra attività clinica venga affrontato con professionalità e si realizzi quanto l'Oms auspica, e cioè che la donna possa trovare operatori “formati” e “competenti” in grado di accoglierla nel luogo più vicino a dove è accaduto l'episodio violento. Con questo libro è nostra intenzione fornire elementi di conoscenza, ma anche consigli di ordine pratico e organizzativo che possano essere utili quando ci si trovi davanti ad un caso di violenza sessuale.

Realizzato con il contributo di medici legali, ginecologi esperti del settore, psicologi e operatori dei centri antiviolenza, il libro – arricchito da una presentazione del ministro della Salute Livia Turco – spazia nei vari aspetti della conoscenza cercando di affrontare il problema a 360 gradi.

Nel ringraziare quanti hanno preso parte alla stesura del testo, in particolare il comitato editoriale composto dalle dottoresse Alessandra Kusterman, Metella Dei e Angela Citernesi, ci auguriamo che questo volume possa essere un valido strumento di lavoro e stimolare riflessioni e azioni positive per ulteriori futuri sviluppi.



di Serena Donati e Angela Spinelli | Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità, Roma

## La salute sessuale e riproduttiva delle donne immigrate in Italia

La popolazione immigrata è prevalentemente costituita da giovani in buona salute. Ma per le donne straniere condizioni fisiologiche come gravidanza e parto possono presentare particolari criticità

**L'**immigrazione nel nostro Paese non può più essere considerata un fenomeno emergenziale, bensì una dimensione strutturale della società: al 1° gennaio 2005, la popolazione straniera residente in Italia era pari a 2.402.157 persone, di cui il 49,4% di sesso femminile. Complessivamente la popolazione straniera rappresentava il 4,5% della popolazione totale con una considerevole diversificazione sul territorio nazionale (6,4% al Nord, 5,7% al Centro, 1,6% al Sud e 1,4% nelle Isole). Il continente da cui proviene la maggior parte delle donne immigrate in Italia è l'Europa (55%) in prevalenza l'Europa dell'Est, seguita da Africa (15,5%), Asia (15,3%) e America (14,2%).

### Minori e nuovi nati

I minori residenti nel 2005 erano 585.496, di cui 51.971 nuovi nati. La popolazione dei minori stranieri in Italia è aumentata non solo per effetto dei ricongiungimenti familiari, ma anche a seguito dell'incremento delle nascite. Infatti nel 1986 i nati da genitori stranieri in Italia erano l'1% del totale, nel '96 il 4,5%, e oggi rappresentano il 10% del totale dei nati. Il tasso di fecondità degli stranieri è stimato intorno a 2,4 figli per donna contro 1,25 degli italiani. La giovane età della popolazione immigrata e il suo modello di fecondità tende anche ad anticipare l'età al parto rispetto alle donne italiane con conseguenti proporzioni di nascite più elevate alle età più giovani e più contenute tra le trentenni. Dall'analisi dell'evento nascita attraverso i certificati di assistenza al parto si evidenzia un 75% di parti da madri dell'est Europa sotto i 30 anni di età, contro un 40% delle italiane.

### I ricoveri

Oltre la metà dei ricoveri delle straniere residenti in Italia riguarda l'assistenza a gravidanza, parto, puerperio e l'Ivg, dato che riflette la giovane età e il modello di fecondità adottato dalle coppie immigrate. Le fonti informative disponibili a livello nazionale sono: i certificati di assistenza al parto (Cedap), rispetto ai quali permane un problema di copertura insufficiente a livello nazionale, le schede di dimissione ospedaliera (Sdo), le schede Istat per aborto spontaneo e per Ivig. Occorre tuttavia ricordare che i flussi correnti consentono di descrivere solo i casi che hanno trovato risposta nell'ambito delle reti di assistenza del sistema sanitario nazionale. Una piccola parte dei bisogni assistenziali potrebbe sfuggire alle rilevazioni correnti in quanto gestite da reti di assistenza informale che operano all'interno delle comunità, o dal volontariato sociale o esitare in rimpatrio volontario. Altre fonti informative sono costituite dalle indagini campionarie di popolazione che permettono di esplorare ambiti non rilevabili attraverso la raccolta di dati dai flussi correnti.

### Il percorso nascita

Sebbene l'assistenza al percorso nascita tra le straniere sia complessivamente migliorata, anche grazie alle normative che hanno esteso il diritto all'assistenza socio-sanitaria in area materno-infantile alle donne prive di permesso di soggiorno, permangono delle differenze tra straniere e italiane. Complessivamente gli indicatori di qualità dell'assistenza alla nascita tra le donne straniere sono leggermente peggiori paragonati alle donne italiane e permangono, specie per alcu-



ne etnie, problemi di accesso ai servizi e di fruizione di alcune opportunità assistenziali. Tuttavia, il percorso nascita appare meno medicalizzato tra le donne straniere rispetto alle italiane.

### Assistenza prenatale

L'assistenza prenatale tra le donne immigrate avviene per lo più (circa 70%) ad opera del servizio pubblico (ginecologo di una struttura pubblica e/o ginecologo dei consultori familiari) mentre il 75% delle donne italiane viene assistito dal ginecologo privato in gravidanza. Gli

indicatori di qualità dell'assistenza al percorso nascita, rilevati mediante l'analisi dei Cedap di alcune regioni e mediante indagini campionarie, risultano peggiori tra le donne straniere rispetto alle italiane. Tra le straniere risulta maggiore la proporzione di donne che non vengono assistite in gravidanza e la percentuale di quelle che entrano tardivamente in contatto (oltre la 12ª settimana di gestazione) con un operatore sanitario. Poche sono quelle che frequentano i corsi di accompagnamento alla nascita.

### Parto

Le donne straniere presentano una maggiore proporzione di parti pretermine, specie ad età gestazionali <32 settimane, di basso peso alla nascita specie per alcune etnie (donne Africane e nomadi), un maggior ricorso alla rianimazione in sala parto e tassi più elevati di natimortalità e mortalità neonatale precoce rispetto alle donne italiane.

L'Istat ha calcolato per il 1994 un tasso di natimortalità pari a 6,6/1000 per le coppie straniere, a fronte del 4,9/1000 per le coppie miste e del 4,1/1000 per le coppie italiane, disparità confermate da studi successivi. Per quanto riguarda le modalità di espletamento del parto a livello nazionale nel 1990 e nel 1996 la proporzione di taglio cesareo nelle donne straniere rispetto alle italiane era rispettivamente 19,7% vs. 21,2% e 24,2% vs. 28,1%. Nella Regione Lazio tale differenza permaneva nel 2000 (28,4% vs. 35,6%), specialmente per la proporzione di taglio cesareo elettivo tra le donne straniere (8,3%) rispetto alle italiane (16,2%). I dati regionali del Lazio relativi all'anno 2005 descrivono una sostanziale diminuzione di tale differenza con una proporzione di TC pari al 42% nelle straniere e al 43% nelle italiane. I dati della Toscana invece confermano una maggiore proporzione di cesarei tra le italiane rispetto alle straniere (28,5% vs. 22,4% nel 2004) in analogia a quanto rilevato in Emilia Romagna (30,7% vs. 25,9%) nel 2005.

### Post partum e puerperio

Gli aspetti critici rilevati tra le donne straniere riguardano le stesse aree critiche identificate tra le donne italiane: scarsa promozione e sostegno dell'allattamento al seno esclusivo e prolungato, insufficienti informazioni circa la ripresa dei rapporti sessuali e i metodi contraccettivi e scarso sostegno domiciliare in puerperio.

L'indagine Iss del 2001 ha evidenziato anche una ridotta conoscenza degli aspetti normativi relativi al percorso nascita tra le donne immigrate (conoscenza dei consultori familiari, della legge che regola i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza, della legge che permette di partorire anonimamente in ospedale).

### L'interruzione volontaria della gravidanza (Ivg)

Come conseguenza dell'aumento della popolazione immigrata negli ultimi 20 anni in Italia, si è osservato anche un incremento del numero di Ivig effettuate da donne straniere (36.323 nel 2004 rispetto a 10.131 nel 1996). Questo valore corrisponde ormai al 27% di tutte le Ivig effettuate a livello nazionale. Anche i tassi di abortività evidenziano un ricorso all'aborto volontario maggiore tra le donne straniere rispetto alle italiane. Nel 2003 i valori erano rispettivamente 34,0 per le straniere e 7,8 per le italiane

ogni 1000 donne in età feconda. Rispetto alle donne italiane, le straniere presentano delle differenze per età nel ricorso all'Ivg. Se per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle più avanzate.

La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di Paesi del Centro-Sud America, Africa e Asia, aree geografiche da cui provengono la maggioranza delle donne presenti nel nostro Paese.

Per capire meglio il fenomeno e individuarne le criticità, nel 2004 l'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato, in collaborazione con l'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio, un'indagine multicentrica riguardante il ricorso all'Ivg tra le donne immigrate.

Lo studio è stato condotto abbinando a un'indagine quantitativa (605 donne) delle interviste semistrutturate (43 donne) della durata di circa un'ora, realizzate con donne provenienti da

### Diminuiscono le situazioni di totale esclusione dai servizi sanitari, ma permangono ambiti di sofferenza sanitaria che richiedono azioni mirate

Romania, Ucraina, Perù, Ecuador, Marocco, Nigeria e Cina. In generale si sono osservati bassi livelli di conoscenza sulla salute riproduttiva e sui contraccettivi: una parte consistente delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile del ciclo, conosce superficialmente i metodi contraccettivi che usa e spesso li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di contraccettivi di elevata efficacia). Il coito interrotto è risultato il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo risultano spesso fallire a seguito di uso improprio.

Le motivazioni per l'Ivg riportate più frequentemente sono l'aver raggiunto il numero di figli desiderato e i problemi economici, in analogia a quanto rilevato in altre indagini sulle straniere e nel passato tra le italiane. Nella quasi totalità dei casi il certificato per l'Ivg è stato rilasciato da un consultorio pubblico e da un servizio Ivg. In generale le donne hanno dichiarato di essere soddisfatte dell'assistenza ricevuta, anche se alcune

hanno lamentato lunghi tempi di attesa e mancanza di informazioni.

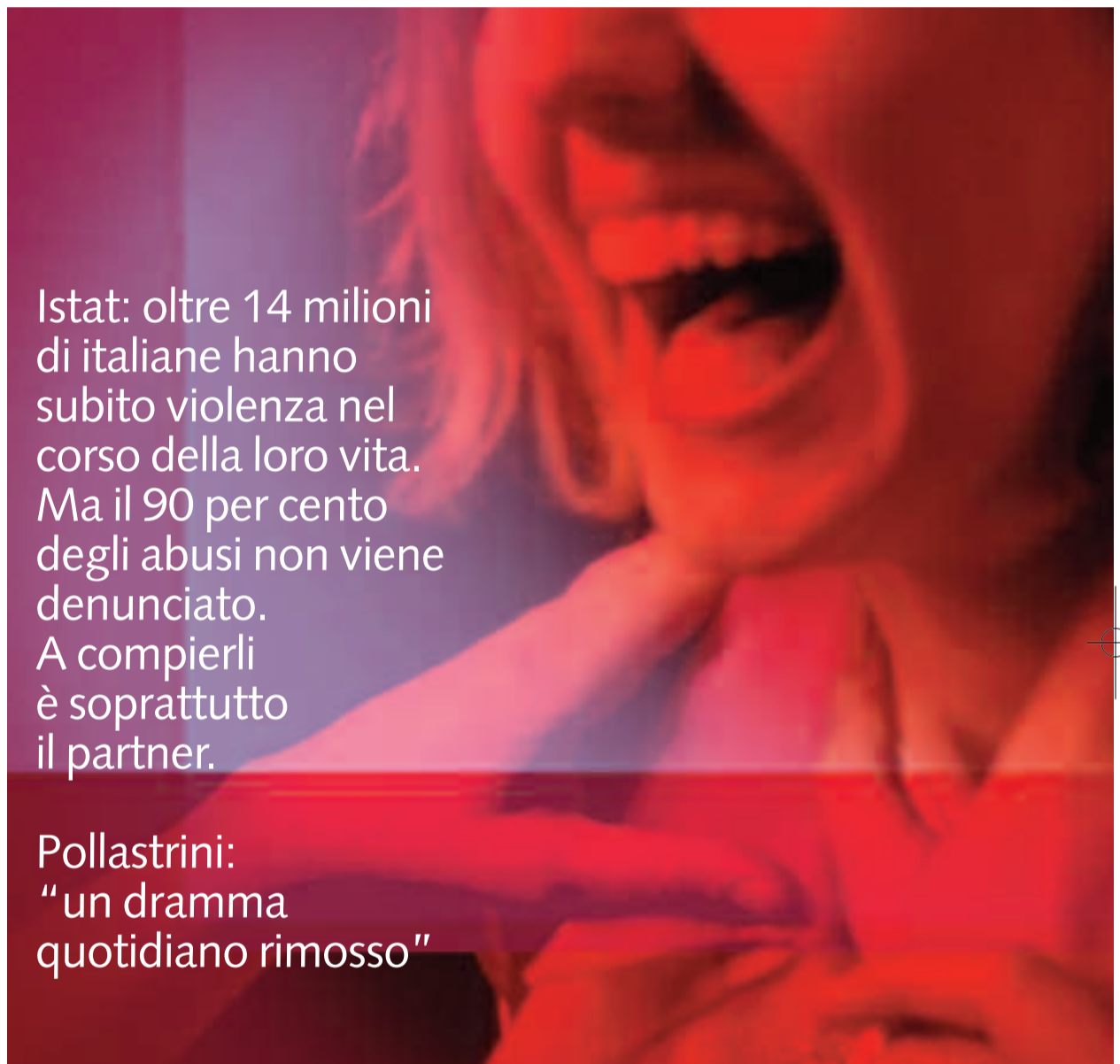
#### LE AZIONI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLE DONNE IMMIGRATE

I dati disponibili evidenziano una diminuzione delle situazioni di totale esclusione degli immigrati dai servizi sanitari ma indicano allo stesso tempo una fragilità sociale e ambiti di sofferenza sanitaria rispetto ai quali occorre riorganizzare i servizi considerando la figura del migrante anche da un punto di vista culturale. Le azioni prioritarie volte a promuovere la salute sessuale e riproduttiva delle donne immigrate in Italia dovrebbero riguardare interventi in grado di:

- favorire l'informazione e l'accesso ai controlli prenatali tra le etnie che frequentano poco e tardivamente i servizi rivolti all'assistenza al percorso nascita (visite prenatali, corsi di accompagnamento alla nascita) attraverso attività di informazione e promozione mediante il coinvolgimento delle comunità di appartenenza e l'arruolamento di mediatrici culturali per le etnie a maggior rischio
- informare gli operatori sanitari (ginecologi ed ostetriche ospedaliere e territoriali e medici di famiglia) circa il maggior rischio di esiti sfavorevoli per la madre e il neonato (parto pretermine, basso peso alla nascita, maggiore natimortalità e mortalità neonatale precoce) nelle diverse etnie di provenienza in modo da favorire un'appropriata sorveglianza delle gravidanze a rischio
- sfruttare l'occasione dei contatti con gli operatori sanitari durante l'assistenza al percorso nascita (pre, intra e post partum) per offrire informazioni e counselling sulla contraccezione (prevenzione Ivg)
- promuovere la formazione degli operatori sanitari sulla "contraccezione interculturale" e organizzare collaborazioni con le comunità di immigrati al fine di favorire l'accesso e l'uso appropriato della contraccezione
- potenziare i servizi territoriali rivolti all'assistenza pre e post-natale e favorire l'offerta attiva di assistenza socio-sanitaria alle donne straniere secondo un modello di approccio olistico alla salute caratteristico dell'équipe multidisciplinare dei consultori familiari
- favorire la flessibilità organizzativa dei servizi tenendo conto delle esigenze della popolazione straniera (orari e giorni di apertura, almeno una ginecologa donna nei punti nascita e nei servizi Ivg)
- prevedere attività di assistenza post-natale nei servizi territoriali e/o a domicilio per il sostegno all'allattamento e alla genitorialità e la precoce identificazione dei casi a rischio. **V**

No, non è una malattia. Ma uccide come il cancro di Arianna Alberti

## “La violenza sulle donne r



Istat: oltre 14 milioni di italiane hanno subito violenza nel corso della loro vita. Ma il 90 per cento degli abusi non viene denunciato. A compierli è soprattutto il partner.

Pollastrini: “un dramma quotidiano rimosso”

È ormai noto come la violenza sulle donne rappresenta, a livello planetario, uno dei principali problemi sanitari che colpiscono le donne. La sua dimensione e gravità in termini di conseguenze fisiche, psicologiche e sociali di lungo periodo è suffragata da numerosissimi studi epidemiologici che la individuano anche come fattore eziologico in una serie di patologie rilevanti per la popolazione femminile – malattie ginecologiche, gastroenterologiche, disturbi alimentari, disturbi d'ansia e attacchi di panico. Particolare attenzione è stata data dall'Oms alle patologie mentali e alla depressione. Tra le donne che hanno subito violenza si riscontra anche una maggiore frequenza di suicidio. La rilevanza che il fenomeno assume nel nostro Paese è stata

sottolineata anche nell'intervento del Presidente della Repubblica in occasione delle celebrazioni per la giornata della donna. “Grave e intollerabile”, così è stato definito il fenomeno da **Giorgio Napolitano**, il quale ha aggiunto che si tratta di violenze sessuali, fisiche e psicologiche contro le quali serve un impegno collettivo ma anche e soprattutto “un robusto tessuto normativo”.

I primi passi avanti arrivano da una proposta che prevede, entro il 30 giugno l'istituzione dell'Osservatorio contro la violenza alle donne che “ancora scandalosamente” – ha ammesso il ministro delle Pari Opportunità **Barbara Pollastrini** – non esiste in Italia. Inoltre, All'Assemblea Generale dell'Onu sulla violenza alle donne tenutasi a New York all'inizio del mese di mar-

zo, cui ha partecipato il ministro con una delegazione, è stato varato un piano d'azione internazionale contro la violenza e la discriminazione sulle donne. A detta della Pollastrini: “si tratta di assumere il contrasto alla violazione dei diritti umani delle donne come ossessione del XXI secolo”.

L'impegno italiano dovrà catalizzarsi soprattutto in Parlamento dove si dovrà “discutere in tempi rapidi” la proposta di legge del governo sulla violenza alle donne “misure di sensibilizzazione e di prevenzione contro la violenza in famiglia, di genere e contro le discriminazioni” varata dal Consiglio dei ministri lo scorso 22 dicembre. “Siamo aperti al dialogo per migliorare il testo – ha precisato Pollastrini – ma di questa legge c'è bisogno”. Un'ulteriore progetto ar-

# non ha più scuse"

anche la recente indagine multiscopo condotta dall'Istat, per la prima volta interamente dedicata al fenomeno della violenza fisica e sessuale contro le donne, e commissionata dal Ministero per le Pari Opportunità con il finanziamento del Fondo sociale europeo, realizzata su un campione 25.000 donne di età compresa fra i 16 e 70 anni nel periodo gennaio-ottobre 2006. L'Italia, insieme alla Finlandia e alla Spagna è uno dei pochi paesi europei a condurre su larga scala una simile indagine.

Il quadro su violenza e maltrattamenti contro le donne è inquietante: oltre 14 milioni di donne italiane risultano essere state oggetto di violenza fisica, sessuale o psicologica nel corso della vita. Di queste, circa 1.100.000 hanno subito lo stalking (comportamenti persecutori). Nel totale, la maggior parte di queste violenze sono ad

opera del partner (come il 69,7% degli stupri) e la grandissima maggioranza (oltre il 90%) non è stata denunciata, solo nel 24,8% dei casi la violenza è stata ad opera di uno sconosciuto, mentre si abbassa l'età media delle vittime: il 6,6% del totale delle vittime ha subito uno stupro prima dei 16 anni.

L'indagine, presentata a Palazzo Chigi il 21 febbraio scorso dal ministro Barbara Pol-

lastrini e dal presidente dell'Istituto centrale di statistica Luigi Biggeri, rileva che sono 6.743.000 le donne italiane tra i 16 e i 70 vittime di violenza fisica o sessuale (31,9%), 5 milioni subiscono o hanno subito violenze sessuali (23,7%) e 3.961.000 violenze fisiche (18,8%). Circa 1 milione di donne ha subito stupri o tentati stupri. Ben 6.092.000 donne ▶

Un aiuto in più arriva da uno spot televisivo nell'ambito della Campagna antiviolenza del ministero che invita a chiamare il numero verde 1522 chiunque sia testimone o soggetto di violenza. Lo slogan è: "La violenza sulle donne non ha più scuse"

riva dal ministero della Salute che propone di aprire degli sportelli dedicati alle donne che subiscono violenza domestica all'interno dei pronto soccorso ospedalieri di maggiore affluenza, con il compito di fornire loro un primo supporto sia fisico che psicologico. A conferma della necessità di un tempestivo intervento per la risoluzione del problema si pone

## Publicità progresso

Una campagna stampa, uno spot tv e due spot radio per sensibilizzare l'opinione pubblica a combattere il silenzio che contorna la violenza, spesso alimentato dalle stesse vittime che tacciono per paura o per vergogna. È la campagna di comunicazione contro la violenza sulle donne che McCann Erickson ha realizzato per il Ministero per le Pari Opportunità - Presidenza del Consiglio dei Ministri. Lo spot televisivo ha come protagonista una giovane donna,

con un livido in volto, mentre una voce fuori campo invita chiunque a chiamare il numero verde 1522. Nella campagna stampa, il visual ritrae il volto di una giovane ed elegante donna, deturpato da un livido. Mentre la headline commenta 'È stato il tappo dello spumante' e la bodycopy invita a chiamare il 1522 perché la violenza sulle donne non ha scuse. Infine, negli spot radio, una voce femminile fa un appello agli uomini, sfidandoli a immedesimarsi nei panni di una



donna, costretta a vestirsi in modo castigato o ad evitare rischi tornando tardi a casa.

## Publicità regresso

Purtroppo sono ancora molte le pubblicità che veicolano in modo più o meno esplicito messaggi violenti o machisti. Come il recente manifesto della nuova campagna pubblicitaria di due noti stilisti milanesi (già ritirata in Spagna) contro la quale sono scesi in campo la Sezione italiana di Amnesty International e il ministro per le Pari

Opportunità che con tredici senatrici e senatori di Ulivo e Forza Italia ne hanno chiesto il ritiro al Giuri per l'autodisciplina pubblicitaria in una lettera bipartisan: "Si tratta di una pubblicità che istiga allo stupro... Ci chiediamo come sia possibile far passare immagini così sapendo che poi diventano modelli di comportamento".



## Commissione Onu sulla condizione della donna

### Stop alle discriminazioni e alla violenza contro le ragazze/bambine

Si è svolta a New York, dal 26 febbraio al 9 marzo, la 51ª sessione della Commissione sulla condizione della Donna (CSW), organo del Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC), che

parità di genere (Evaluation of progress in the implementation of the agreed conclusions on the role of men and boys in achieving gender equality). In vista della partecipazione alla sessione della CSW, il

bambini; azioni contro le mutilazioni genitali femminili; misure contro ogni forma di discriminazione di genere e identità di genere e contro ogni forma di razzismo. Il Piano prevede la formazione obbliga-



si occupa di uguaglianza di genere e di emancipazione delle donne. Ogni anno, i rappresentanti degli Stati membri si riuniscono nella sede delle Nazioni Unite per valutare i risultati ottenuti, i futuri obiettivi e le politiche da attuare per promuovere l'uguaglianza di genere e il rispetto dei diritti umani sulle donne di tutto il mondo. Nell'ambito della programmazione pluriennale della Commissione, 2007-2009, la 51ª sessione della Commission on the status of women ha trattato il tema dell'eliminazione di tutte le forme di discriminazione e violenza contro le giovani donne e le bambine.

Le tematiche affrontate nel corso della 51ª sessione si sono svolte principalmente su due direttrici: l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione e violenza contro le ragazze/bambine (The elimination of all forms of discrimination and violence against the girl child); la Valutazione dell'implementazione delle conclusioni raggiunte al termine della 48ª sessione (2004) inerente il ruolo degli uomini e dei ragazzi nel raggiungimento della

Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità ha raccolto in un unico documento i contributi elaborati dalle varie amministrazioni della delegazione italiana e degli altri ministeri coinvolti, oltre al Cnel, Istat, Consigliera nazionale di parità, Ong e tutto il partenariato sociale) affinché la Commissione possa recepire proposte innovative ai fini dell'attuazione della Piattaforma di Pechino.

Nel corso dei lavori il ministro Polastrini ha avuto modo di esporre le strategie di governo italiano nel campo dei diritti umani, civili e dei diritti sociali.

L'impegno è quello di dar vita a un programma d'azione straordinario pluriennale che contempla in particolare nel campo dei diritti umani: un Piano contro le molestie continuative e la violenza contro le bambine, le donne, i gay, le lesbiche; un piano avviato da una proposta di legge per i diritti delle vittime di violenza; un Osservatorio contro la violenza di genere e per l'orientamento sessuale; un programma contro il traffico degli esseri umani, in prevalenza donne e

toria di tutti gli operatori che hanno a che fare con le donne vittime di violenza: in primo luogo il personale ospedaliero, le forze dell'ordine, i magistrati, gli psicologi e gli psichiatri, che coinvolgerà anche le associazioni ed i centri antiviolenza.

Sul tema del ruolo degli uomini nella promozione dell'uguaglianza tra donne e uomini il Dipartimento Pari Opportunità ha recentemente promosso il progetto P.A.R.I. - Padri Attivi nella Responsabilità Interna alla famiglia che si inserisce nel contesto delineato dalla "carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea" (<http://www.retepariopportunita.it/>). Il progetto ha realizzato uno studio sul ruolo degli uomini nella promozione dell'uguaglianza di genere, e in particolare sul comportamento degli uomini e dei padri in vista della conciliazione tra la vita professionale e la vita privata, elaborando delle linee guida al fine di integrare l'obiettivo di condivisione delle responsabilità familiari nelle politiche nazionali e comunitarie.

► (36,9% delle donne che vivono al momento in coppia) hanno subito violenza psicologica dal partner attuale.

Negli ultimi 12 mesi, il numero delle donne vittime di violenza è di 1.150.000 (5,4%): il 3,5% ha subito violenza sessuale, il 2,7% fisica. La violenza domestica ha colpito il 2,4% delle donne, quella al di fuori delle mura domestiche il 3,4%. La mancata denuncia di violenza raggiunge percentuali elevatissime sia nel caso in cui l'aggressore non sia il partner (96%) sia al contrario che si tratti del compagno dell'aggressita (93%). Solo il 18,2% delle donne che hanno subito

violenza fisica o sessuale in famiglia considera la violenza subita un reato.

Per l'Istat, un terzo delle vittime subisce violenze fisiche e sessuali ripetute (il 67,1% ad opera del partner, il 52,9% dal non partner). Tra tutte le forme di violenza sessuale, la più diffusa è la molestia fisica, ossia essere stata toccata sessualmente contro la propria volontà (79,5%), l'aver avuto rapporti sessuali non desiderati accettati per paura (19%), il tentato stupro (14%), lo stupro (9,6%) e i rapporti sessuali degradanti ed umilianti (6,1%). Se si considerano gli ultimi 12 mesi, è maggiore il peso della violenza solo sessuale e minore quello della violenza sia fisica che sessuale.

La letteratura internazionale mostra il legame tra gravidanza e violenza, nel nostro Paese sono l'11,2% le donne incinte che hanno subito violenza dal partner. Per il 52,5% di queste, la violenza durante il periodo di gestazione è rimasta uguale e per il 15,9% è diminuita, mentre per il 17,2% è aumentata e per il 13,6% è addirittura iniziata.

Un dato particolarmente allarmante riguarda le più giovani: il 6,6% di tutte le donne italiane tra i 16 e i 70 anni ha subito una violenza prima dei 16 anni (1 milione 400mila), anche in questi casi, i responsabili delle violenze sono quasi sempre persone conosciute dalla vittima. Lo stereotipo dell'immigrato che stupra le donne nel parco, come ha sottolineato la curatrice della ricerca Laura Sabbadini, è appunto uno stereotipo, visto che dalle interviste realizzate risulta che il maggior numero

di stupri e violenze è ad opera del partner e comunque di parenti.

I dati proiettano una situazione drammatica: nella fascia di età 16-50 anni le donne muoiono più per violenza che per malattia e incidenti stradali. Si tratta di "un dramma quotidiano rimosso" - ha commentato il ministro Pollastrini - perché le donne hanno paura di denunciare se non c'è una rete di servizi che le accoglie. **Y**

### Le regioni più a rischio

**L'Emilia Romagna ha il triste primato (38,2%) dei casi di violenza fisica o sessuale, seguita da Lazio, Liguria e Lombardia (34,8%). In fondo ci sono Calabria (22,5%) e Sicilia (23,3%).**

**Ma al Sud prevalgono le violenze domestiche**

## 2007: Anno europeo delle pari opportunità per tutti

■ Con il 1° gennaio 2007 è incominciato anche l'"Anno europeo delle pari opportunità per tutti". L'Ue infatti dedica ogni anno ad un determinato argomento, con lo scopo di sensibilizzare i cittadini europei e i governi nazionali su tematiche comuni. Il 2007 è dedicato alla lotta contro le discriminazioni basate sul genere, razza, origine etnica, religione, diversità di opinione, disabilità, età e orientamenti sessuali. L'obiettivo è rendere consapevoli gli europei del proprio diritto a non essere discriminati e soprattutto a considerare le differenze culturali e sociali come una fonte di ricchezza che può contribuire a rendere l'Europa sempre più

forte e competitiva. I quattro temi chiave sono: i diritti, la rappresentanza, il riconoscimento e il rispetto.

L'"Anno europeo delle pari opportunità per tutti" cade esattamente dieci anni dopo l'"Anno europeo contro il razzismo" e l'introduzione, nel trattato CE, dell'articolo 13, che vieta all'interno dell'Unione europea ogni forma di discriminazione.



## Amnesty International "Mai più violenza sulle donne"



■ In occasione della Giornata internazionale delle donne la Sezione Italiana di Amnesty International ha proposto come di consueto una serie di iniziative e di appelli per sensibilizzare l'opinione pubblica e sollecitare misure concrete per porre fine al più grande scandalo dei diritti umani dei nostri tempi: la violenza sulle donne. Le donne messicane sono state al centro di una delle principali iniziative di Amnesty: la proiezione del film "Bordertown", presentato al recente Film Festival di Berlino, in uscita a fine marzo in Italia col patrocinio di Amnesty International, racconta 14 anni di omicidi seriali di donne nello Stato messicano di Chihuahua. La protagonista, Jennifer Lopez, cui Amnesty International ha conferito quest'anno il premio "Artists for Amnesty", è una giornalista che indaga su questi delitti irrisolti. Dal 1993, più di 400 donne sono state barbaramente assassinate a Ciudad Juárez e in altre città dello Stato messicano di Chihuahua. Le indagini locali sono risultate profondamente inadeguate, tra depistaggi, colpevoli ritardi, mancato transennamento e protezione della scena del delitto e falsificazione delle prove. Al dibattito che ne è seguito ha preso parte l'esponente dell'associazione "Rivogliamo le nostre figlie a casa", che riunisce le madri delle donne assassinate in Messico.

## Shock da Cassazione

3 sentenze (poi superate da 2 dietrofront) restano particolarmente impresse:

### Jeans & stupro

Se hai i jeans devi per forza essere consenziente al rapporto sessuale, e quindi non è stupro. Dopo tre anni dalla sentenza n. 1636/99 che ha suscitato tanto clamore nella coscienza degli italiani, la Cassazione è però tornata a pronunciarsi sull'argomento "Jeans e stupro", adottando un orientamento di segno opposto (Cass. Sez. III n. 42289/2001). Motivando sul presupposto che il jeans non è certo una cintura di castità, e che a seconda del modello è anche facilmente levabile, ha stabilito che anche chi indossa i jeans può essere vittima di stupro.



### Violenza su minore non più vergine

Uno stupro è meno grave se la vittima ha già avuto dei rapporti sessuali. La Terza sezione penale della Cassazione accoglie il ricorso di un 41enne ad avere uno sconto di pena per l'abuso sessuale commesso nei confronti della figlia tredicenne della convivente (17 febbraio 2006 - sentenza n. 6329). La Terza sezione penale, la stessa, ma con un collegio differente, dopo qualche settimana fa dietrofront e sancisce, per un caso simile, che chi abusa di una minore non ha diritto ad alcuno sconto di pena (6 marzo 2006 - sentenza 7824).

### Botte more uxorio

Picchiare una donna con la quale si convive è meno grave che alzare le mani sulla propria moglie. La Quinta sezione della Corte di Cassazione accoglie il ricorso di un uomo precedentemente condannato per aver provocato lesioni alla sua convivente cancellando l'aggravante che gli era stata inflitta dai giudici di merito. La Corte (interpretando l'art. 577 del c.p. nella parte in cui è prevista l'aggravante per la sola commissione del fatto contro il coniuge) ha precisato che in caso di convivenza *more uxorio*, "il diverso trattamento normativo nei confronti del coniuge non è irrazionale, tenuto conto della sussistenza del rapporto di coniugio e del carattere di tendenziale stabilità e riconoscibilità del vincolo coniugale" (2 marzo 2007 - sentenza n. 8121/2007).

## I Nobel negati alle donne

Il progetto, dedicato a eminenti ricercatrici che pur avendo realizzato significativi progetti scientifici non hanno ricevuto il Premio Nobel, "è nato per ricordare e celebrare queste importanti figure femminili e gettare un cono di luce sul loro contributo al progresso della scienza", scrivono i promotori di "futuro@lfemminile". L'iniziativa - presentata il 19 marzo scorso alla Triennale di Milano in occasione della manifestazione "I giardini di marzo. Percorsi e proposte per le pari opportunità" - ha offerto uno spaccato di cultura scientifica ignorato e poco citato dal mondo Accademico attraverso un percorso espositivo e una tavola rotonda cui ha partecipato l'astronoma Jocelyn Bell-Burnell. La Bell-Burnell, l'unica scienziata vivente tra

quelle considerate, rappresenta uno dei casi più eclatanti della discriminazione perpetrata dal mondo scientifico nei confronti delle ricercatrici di sesso femminile: fu lei a scoprire nel 1968 le stelle pulsar ma la prestigiosa Accademia di Stoccolma ritenne di assegnare il Nobel sei anni dopo al supervisore dei suoi lavori, Anthony Hewish. Dal 1901, anno dell'istituzione del premio Nobel ad oggi, su oltre 500 riconoscimenti assegnati soltanto 11 sono andati a scienziate donne, tra le quali l'italiana Rita Levi Montalcini, nei settori della fisica, chimica e medicina. Una risposta indiretta l'ha offerta il tributo che la Fondazione Nobel ha dedicato sul suo sito, in occasione dell'8 marzo, alle 33, donne laureate nella storia



**L'astronoma Jocelyn Bell-Burnell**

generale del premio: "Only 33 are women!"

di Antonio Onorato Succu

## Comunicare correttamente è "salutare", non solo per i pazienti

■ Nell'ambito delle Prime Giornate Barbaricine di Ginecologia e Ostetricia si è svolto a Nuoro, dal 17 al 18 febbraio 2007, il 1° Corso residenziale "La Comunicazione Medico-Paziente in Perinatologia e Ginecologia"

Il corso, organizzato dal primario ginecologo dell'Ospedale San Francesco di Nuoro, Antonio Onorato Succu, con la collaborazione dell'Aogoi (e con l'incoraggiamento personale del suo presidente nazionale, Giovanni Monni), dell'Ufficio Formazione della Asl n.3 di Nuoro e dell'Ordine dei Medici della Provincia, è stata un'occasione di



Nella foto, da sinistra: Antonio Onorato Succu, Paola Binetti, Giovanni Monni, Luigi Arru

incontro e formazione pensata per andare oltre gli aspetti tecnici e scientifici delle varie problematiche afferenti alle disci-

pline perinatologiche e ginecologiche.

La comunicazione medico-paziente infatti costituisce un aspet-

to rilevante nella costruzione di un rapporto qualitativamente soddisfacente tra chi usufruisce delle prestazioni sociosanitarie e chi le offre. Per comunicare correttamente è essenziale conoscere il contesto antropologico e culturale in cui si opera: tradizioni, usanze, cultura e aspettative, ed è per questo che siamo stati particolarmente lieti di poter ospitare un antropologo sardo di fama, quale il professor Bachisio Bandinu, e il regista sardo, trapiantato in Spagna, Marco Antonio Pani, che ha proiettato un cortometraggio sulla leggenda delle morti da parto in Sardegna. Riuscire a comprendere il contesto socio-culturale in cui si innestano le moderne conoscenze significa per noi operatori della sanità essere in grado di comunicare meglio con l'utenza, sempre più informata ed esigente, rispondendo in maniera adeguata ai suoi bisogni e alle sue attese. L'informazione e la comunicazione non sono solo un dovere che il sanitario ha nei confronti del paziente e dei suoi familiari, ma rappresentano anche una tutela sul fronte del contenzioso medico-legale, sia per gli operatori sia per la struttura sanitaria. Insomma, comunicare correttamente è "salutare" non solo per i pazienti ma anche per il personale sanitario.

Una buona comunicazione, però, non si improvvisa, occorre formazione. Il progresso scientifico, le iperspecializzazioni in seno alle varie specialità rendono que-

sta abilità sempre più complessa e un approccio basato solo sull'equilibrio, il buon senso, la deontologia non è più sufficiente, sono richieste conoscenze mirate e profonde.

Il corso è stata occasione per approfondire anche altri aspetti che ruotano intorno all'agire medico, e anzi ne sono parte integrante: ogni atto medico, infatti, non solo diagnostico-terapeutico, ma anche "comunicativo", è condizionato dall'etica, dalla deontologia, dalla morale e dalla religione.

Il dibattito sugli aspetti etici della comunicazione è stato vivacizzato dagli apprezzati interventi della senatrice Binetti e del Gesuita monsignor Carrasco De Paula. L'incontro, che ha riscosso un grande successo, ha visto la partecipazione di oltre 300 partecipanti tra ginecologi, pediatri, neonatologi, anestesisti, medici di base, giornalisti, sociologi, bioeticisti e di illustri relatori, tra i quali: D. Arduini, L. Arru, S. Bennici, P. Binetti, M. Campo grande, V. Caredda, I. Carrasco De Paula, D. Celleno, G. Ettore, F. Fadda, E. Imparato, V. R. Lai, S. Lepori, G. Monni, A. M. Paoletti, F. Raspagliesi, A. Regalia, G. Serra ed E. Tajani. La valenza scientifica del corso, insieme alla rinomata ospitalità barbaricina saranno sicuramente un ottimo auspicio per le Seconde Giornate Barbaricine, richieste da tutti i partecipanti per il 2008. Arrivederci a Nuoro per il prossimo incontro! **Y**

di Claudio Crescini | Segretario regionale Aogoi Lombardia

## Notizie "fresche" di stampa

■ Fa scalpore una delibera della Regione Lombardia che prevede l'obbligo di cremazione e il trasferimento in un cimitero anche per i feti di poche settimane, quando i genitori non ne abbiamo richiesta la sepoltura

In questi giorni una parte della stampa ha montato ad arte un caso inesistente attorno ad una delibera regionale lombarda, approvata da tutte le forze politiche di maggioranza ed opposizione, che riguarda la regolamentazione delle attività funerarie e cimiteriali. Questa delibera prevede che i "prodotti" abortivi anche di poche settimane (del peso quindi di pochi grammi) possano essere consegnati ai genitori, se lo richiedono, e da questi essere trasferiti ad un cimitero per la sepoltura. La notizia è talmente recente che risale a diciassette anni fa. L'art. 7 del Regolamento di Polizia Mortuaria Dpr 285/90 mentre prevedeva per gli aborti di 20 settimane o superiori l'assimilazione a resti mortali, e quindi l'applicazione della conseguente normativa (sepoltura nel cimitero), per gli aborti di età inferiore lasciava la facoltà, e non l'obbligo, per i genitori di richiedere la sepoltura come resti mortali, secondo le indicazioni della Organizzazione mondiale

della sanità (Oms). Infatti, il Dpr del 1990 recitava: "a richiesta dei genitori, nel cimitero possono essere accolti con la stessa procedura (sepoltura) anche prodotti del concepimento inferiori alle 20 settimane".

Ciò significa che in Italia, da 17 anni, è possibile per la donna che ha un aborto provvedere a proprie spese alla sepoltura dell'embrione. Se nessuno si è mai avvalso di questa opportunità in caso di aborto dei primi mesi di

gravidanza probabilmente è dovuto al fatto che nessuno ne ha sentito la necessità o ha ritenuto giustificata la spesa.

È comunque giusto che questa possibilità esista, anche se a desiderarlo fosse una sola persona. Sempre per rimanere nell'ambito delle notizie "fresche": una parte della stampa ha presentato come ulteriore novità il fatto che la direzione sanitaria dell'ospedale dove avviene l'aborto debba informare i genitori della

possibilità di ritirare l'embrione e di provvedere alla sua sepoltura. Da sempre le direzioni sanitarie dovrebbero informare tutti gli utenti dei loro diritti: la Carta dei servizi garantisce all'utente il diritto a tutte le informazioni sanitarie.

Altra sbandierata novità è il comma che regola lo smaltimento degli aborti in mancanza di richiesta di sepoltura da parte dei genitori. In questo caso l'aborto viene equiparato dal comma 1 quater della nuova legge alle parti anatomiche riconoscibili, come per esempio gli arti amputati per gangrena, che vengono da sempre inviate al cimitero in apposite cassette di legno per l'incenerimento invece che all'incenerimento presso le aziende abilitate al trattamento dei rifiuti speciali ospedalieri (parti anatomiche non riconoscibili).

In altri termini, l'unica vera novità della legge è di considerare l'aborto una parte anatomica riconoscibile ai fini di regolamentarne lo smaltimento dal punto di vista tecnico-sanitario.

Già una circolare del Ministero della Sanità del 1989 rilevava l'inopportunità di smaltire gli aborti inferiori alle venti settimane come rifiuti speciali.

Le due norme inoltre erano già contenute nel Regolamento Regionale del 2004 e nella circolare applicativa pubblicata nel Bur N. 24 del 13 giugno 2005, pertanto non si riesce proprio a capire quali siano le novità.

Quello che di sicuro non si dovrebbe fare è usare l'embrione e la sofferenza delle donne che abortiscono, sia volontariamente sia per le crudeli leggi della natura, solo per conquistare qualche voto alle elezioni. **Y**

Milano

### Un cimitero per i feti abortiti

■ Sulla base del regolamento varato dalla Lombardia, uno spazio per le ceneri dei bambini mai nati. Battaglia in Consiglio

La Giunta del sindaco Moratti spiega la nascita di un giardino per i feti abortiti come effetto delle nuove norme sui cimiteri volute dalla Re-

gione Lombardia, ma è anche "un doveroso segno di pietas umana" secondo l'assessore ai Servizi funebri Stefano Pillitteri. Per l'opposizione quel luogo diventerà "una memoria perpetua e dunque una violenza per la donna che ha deciso di abortire. Un attacco indiretto alla legge 194 sull'aborto per molte associazioni di donne. Secondo la collega ginecologa Alessandra Kustermann della Mangiagalli di Milano: "non ha senso creare un cimitero per le ceneri dei feti, a meno che non si vo-

glia creare una tomba del bambino mai nato". Le due letture contrapposte della proposta di creare un cimitero dedicato all'interno del più grande camposanto di Milano per i feti per i quali non sia richiesta la sepoltura vengono presentate su *La Repubblica* del 21 marzo 2007, che nella notizia annuncia la battaglia politica in seno al Consiglio comunale chiamato ad approvare la novità, inserita in un documento tecnico, la revisione del "Regolamento di polizia mortuaria della città",

da mettere ai voti in aula. L'approvazione è scontata, come spiega l'articolo, visti i numeri della Casa delle libertà. Dopo Milano, spetterà agli altri Comuni lombardi recepire la nuova norma approvata due mesi fa dalla Regione Lombardia, che prevede che i feti sotto le 20 settimane derivanti da aborti volontari, non più assimilabili a rifiuti ospedalieri (e dunque smaltiti dagli ospedali), vengano cremati e le ceneri portate nei cimiteri, ove non ne venga richiesta la sepoltura.

## Ecco alcuni degli argomenti che tratteremo nei prossimi numeri del Focus

La redazione Vi invita a partecipare ai Focus on inviando articoli o segnalando eventi, libri e altri approfondimenti su questi o altri temi di interesse comune. **Scriveteci a [gynecoaogoi@hcom.it](mailto:gynecoaogoi@hcom.it)**

### Madri in difficoltà e depresse, la strage degli innocenti

Infanticidi e abbandoni. Una cronaca nera ormai quotidiana racconta i gesti orrendi di madri all'apparenza "normali". Le cause di queste atrocità che suscitano un grande allarme sociale sono varie e complesse, ma la depressione post partum è tra le principali imputate. Cosa c'è dietro questo "lusus naturae"? Il ginecologo, che spesso accompagna la donna dall'inizio della gravidanza al post partum, può riconoscere i segni di questo disagio?

■ **Mamma segreta**, l'esperienza del Policlinico Casilino di Roma: la Ruota del Terzo millennio e altre iniziative per sostenere le donne in difficoltà e prevenire gli abbandoni "selvaggi".



### Prematurissimi

È etico o no fornire cure intensive ai bambini nati prima delle 25 settimane o dovrebbero essere salvati solo in casi eccezionali?

Le immagini della minibimba di Miami nata di 284 grammi dopo neppure 22 settimane di gestazione, e ora in buona salute, hanno commosso il mondo e acceso speranze. Ma si tratta di casi del tutto eccezionali poiché per i nati ad età gestazionali estreme la sopravvivenza bassa, come pure la qualità di vita che aspetta chi ce la fa. Il dibattito sull'eticità delle terapie intensive per bambini nati prima delle 25 settimane di gestazione continua a scuotere le coscienze. Per molti medici le cure costano troppo e i piccoli pazienti "bloccano le culle" che potrebbero essere destinate a bambini meno a rischio.

A pensarla così è anche il Royal College of Obstetricians and Gynaecologist di Londra che un anno fa ha parlato di scelta obbligata perché "le risorse non sono infinite". Per ora l'Olanda è l'unico Paese europeo ad accettare il ritiro delle cure per bimbi nati così prematuri.

■ **La Carta di Firenze dei medici italiani**, con la proposta di linee guida per evitare l'accanimento terapeutico nei feti nati a 22-23 settimane, e le linee guida internazionali.

### Diagnosi prenatali

Boom di analisi, ma i margini di errore sono ancora troppo alti? A riaccendere le ultime polemiche il caso del bambino sopravvissuto all'aborto terapeutico praticato alla 22esima settimana all'ospedale di Careggi per il rischio, rivelatosi inesistente, di una malformazione all'esofago diagnosticata da ecografie. Era sano, ma dopo sette giorni in terapia intensiva al Meyer di Firenze è deceduto. In ballo non sembrano esserci responsabilità mediche, ma è necessaria una maggiore informazione sul margine di errore delle indagini prenatali, soprattutto ecografiche, che è relativamente alto nonostante i prodigiosi progressi delle tecniche, come dimostra una recente indagine europea. Sull'episodio, che ha riaperto il periodico dibattito sulla 194, in questo caso relativamente alla proposta di stabilire un tempo massimo per l'aborto terapeutico, è intervenuto il ministro Turco in risposta all'interrogazione presentata da alcuni parlamentari.

In un articolo sul settimanale *Panorama*, che ha raccolto il dibattito sul tema, molti esperti sostengono l'inutilità di fissare un limite temporale e concentrano l'attenzione sulla necessità di fornire ai genitori informazioni comprensibili sui risultati dei test prenatali per una scelta consapevole. Tra le voci autorevoli, quella del presidente Aogoi Giovanni Monni secondo il quale: "lo spirito della legge è chiaro" e "ogni attenzione del medico va posta principalmente alla salute della donna".

## Vescica Iperattiva asciutta o bagnata



**Cambiate le prospettive al vostro paziente.**



**Esperienza: un patrimonio che rende sempre** di Carlo Sbiroli

## Che differenza c'è tra un primario ospedaliero e uno yogurt?

**“Non c'è differenza: entrambi hanno una data di scadenza”**

**D**irla così sembra una di quelle barzellette stupide che non fanno ridere. Anzi, a ben pensare, mettono melanconia e tristezza. In realtà questo titolo, in parte modificato, è stato preso in prestito da un bellissimo articolo di Vittorio Zucconi che trattava però tutt'altro argomento. Ho voluto utilizzarlo perché fotografa, come in un'istantanea, l'obbligatorietà di pensionamento dei primari ospedalieri italiani per raggiunti limiti d'età. Vi è una precisa scadenza. A 65-67 anni si alza una sorta di cartellino rosso: si esce dal campo, o meglio dall'ospedale, e si va in pensione.

Molti abbandonano completamente l'attività medica, per altri invece non vi è un reale ritiro dalla professione, si realizza piuttosto una sorta di “trasloco” (questo avviene soprattutto nei grossi centri urbani), in cui i medici si trasferiscono dal Servizio sanitario nazionale a una Sanità privata convenzionata. E così con loro se ne va anche il patrimonio intellettuale e quello dell'esperienza accumulata in molti anni di lavoro sul campo, quel tipo di conoscenza che nemmeno il più diligente e motivato degli studenti può imparare sui libri di medicina.

Certo, per chi ha trascorso gran parte della propria vita in reparto, a contatto con i pazienti, in sala operatoria, sempre in prima linea per fare fronte alle emergenze quotidiane, la prospettiva di un meritato riposo può essere più che giustificata e per questo deve essere garantita. Ma anche se si va in pensione non si smette di essere medici, e lo dimostra il fatto che solo a Roma negli ultimi due anni più di seicento medici pensionati hanno aderito alla Rete di Solidarietà (Res) organizzata dal Comune e si sono messi a disposizione delle organizzazioni di volontariato della città.

Non va ignorato, infatti, che c'è chi non sente la necessità di ritirarsi a vita privata e potrebbe



invece continuare a contribuire al progresso e al buon funzionamento della nostra Sanità, assumendo il ruolo di “formatore” e indirizzando l'impegno verso la trasmissione ai più giovani del proprio bagaglio di conoscenze, il proprio sapere e anche i “trucchi” del mestiere. Il fatto di dover andare in pensione per forza, anche per favorire l'occupazione giovanile, rappresenta a mio modo di vedere un punto di debolezza per il Ssn, che viene privato di persone attive, ancora nel pieno delle proprie capacità intellettuali e professionali, con un bagaglio di conoscenze ed esperienze che potrebbero invece essere utili alla crescita delle nuove generazioni.

Al giorno d'oggi, del resto, nessuno più definirebbe anziana una persona di 65 anni, e questo è ancor più vero per un professionista come il medico che nel nostro Paese mediamente arriva ai vertici della carriera ver-

so i cinquant'anni, se non più tardi.

Va detto, inoltre, che la possibilità di mantenere all'interno del nostro Ssn dei medici anziani con ruoli di grande importanza (anche se non strettamente connessi all'attività clinica) i quali, seppur molto competenti, potrebbero non possedere più la creatività e le capacità di innovazione che caratterizzano i più giovani, non deve essere vista come un ostacolo che si frappone a quel rinnovamento e cambiamento che sappiamo essere così necessari per la nostra Sanità. Albert Einstein, per fare un esempio illustre, ha ottenuto i suoi risultati più significativi e condotto la maggior parte delle ricerche prima dei 35 anni, ma per il progresso della scienza è stato altrettanto fondamentale il suo impegno nel trasferire le proprie idee ai giovani studiosi. Quindi, per non disperdere un patrimonio di conoscenze difficilmente sostituibile, a mio avvi-

so, andrebbe individuata un'alternativa alla pensione per quanti hanno ancora energie e volontà da mettere a disposizione. I primari, da parte loro, dovrebbero accettare serenamente l'idea di rinunciare all'inquadramento gerarchico, al ruolo direttivo e alle elevate indennità, per assumere quello di insegnanti, o meglio di “tutor”, e affiancare i giovani medici, diventando il loro punto di riferimento per l'apprendimento e la crescita professionale.

Quella del tutor è una figura diffusa soprattutto nei Paesi anglosassoni, per esempio negli Stati Uniti, dove i professori universitari intorno ai cinquantacinque anni cambiano il proprio ruolo, abbandonano la sala operatoria e il reparto ma mantengono il compito di formatori. Meno frequentemente questo processo avviene negli ospedali non universitari dove però esiste una figura specifica che si dedica alla formazione ed è re-

sponsabile dei “residents”, i giovani medici ancora in formazione, seguendoli fino al momento in cui diventano autonomi e indipendenti.

Questo tipo di sostegno implica anche l'organizzazione di riunioni di aggiornamento sulla letteratura scientifica, di appuntamenti a cadenza settimanale per discutere e sviscerare le difficoltà incontrate sui casi clinici, di seminari con gli esperti di una determinata materia e via di seguito. All'interno dei nostri ospedali questa attività praticamente non esiste mentre invece rappresenterebbe un valido ed efficace strumento per migliorare le capacità professionali dei medici e assicurare una buona qualità dell'assistenza. E il tutto a buon mercato.

Le modalità pratiche per conciliare il diritto alla pensione con il mantenimento di un ruolo attivo all'interno dell'ospedale non rappresentano un ostacolo, come dimostrato da alcune regioni, come il Trentino, che si sono trovate nelle condizioni di fare appello ai professionisti già in pensione, richiamati in servizio con il ruolo di consulenti, per fare fronte alla carenza di personale medico che rischiava di compromettere il corretto funzionamento di alcuni servizi.

Va tenuto presente, infine, che dopo aver ricoperto ruoli di grande responsabilità, sia dal punto di vista clinico che organizzativo, i primari in pensione potrebbero svolgere incarichi direttivi all'interno delle società scientifiche o delle organizzazioni mediche. La loro grande esperienza accumulata negli anni, la piena conoscenza delle varie problematiche della categoria, “vissute” e maturate nei vari periodi della loro vita, costituiscono senz'altro risorse preziose da non disperdere, ma da mettere piuttosto al servizio dell'intera classe medica.

Certamente c'è chi la pensa in modo diverso, magari obiettando che “arrivati a una certa età, ci si dovrebbe fare da parte e lasciare spazio ai giovani”. Su questo punto vorrei essere chiaro: anch'io sono un sostenitore del rinnovamento e penso sia giusto favorire e incoraggiare i giovani volenterosi e appassionati del loro lavoro, sostenendoli e motivandoli anche attraverso avanzamenti di carriera e di responsabilità. Credo però che promuovere i giovani e non disperdere le risorse rappresentate da chi ha accumulato anni di conoscenza ed esperienza, non siano due concetti antitetici. Entrambi sono ingredienti necessari al rafforzamento e consolidamento del nostro sistema sanitario pubblico. **Y**



L'AOGOI, l'Associazione degli ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani, è nata nel 1949 e oggi è forte di 4.702 iscritti. Da organizzazione rivolta prevalentemente al settore ospedaliero, dal 2000 l'AOGOI ha esteso l'iscrizione anche ai colleghi ginecologi extraospedalieri, così come previsto dall'art. 5 del nuovo Statuto. In breve tempo l'AOGOI è così divenuta anche la più rappresentativa organizzazione italiana dei ginecologi liberi professionisti, consultoriali e universitari, capace di cogliere le loro istanze e di affrontare i loro problemi professionali e sindacali. Si è trattato di una scelta decisiva nella vita dell'Associazione, un'iniziativa importante nella direzione dell'arricchimento professionale e dell'unitarietà della professione. Nostro fermo convincimento, infatti, è che solo se sarà unita la categoria saprà adeguatamente affrontare questo nuovo millennio ricco di cambiamenti culturali, scientifici, demografici, sindacali e normativi. Anche quest'anno la Segreteria nazionale AOGOI, insieme a tutti i Segretari regionali e provinciali e ai membri del Consiglio direttivo, ha promosso la "Campagna Soci 2007" con l'obiettivo di portare nuovi iscritti all'Associazione. Con la loro adesione, i nuovi Soci, da una parte, contribuiranno a rendere l'AOGOI sempre più forte e autorevole nel rappresentare gli interessi della categoria e, dall'altra, potranno usufruire di tutti i vantaggi che l'Associazione offre e che è costantemente impegnata ad arricchire.

#### L'IMPEGNO DELL'AOGOI

L'AOGOI è presente in ogni Regione e Provincia, tramite coordinatori eletti, per essere sempre vicina ai bisogni di ogni Socio. Formazione, aggiornamento professionale, tutela sindacale, medico-legale e assicurativa sono i punti più qualificanti del suo impegno

#### FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Sin dalla sua fondazione, l'AOGOI ha promosso, organizzato e coordinato numerosi Corsi di aggiornamento di elevato livello scientifico in ogni branca specialistica dell'Ostetricia e Ginecologia, oltre a Congressi nazionali e internazionali e Progetti di ricerca scientifica. Ricordiamo

inoltre le innumerevoli collaborazioni dell'Associazione con Ministeri e altri importanti organismi istituzionali sia per la difesa dell'intera categoria, così come richiesto dalle diverse realtà professionali degli iscritti, sia per la promozione di iniziative volte a migliorare il servizio diagnostico-terapeutico offerto alle donne.

#### TUTELA MEDICO-LEGALE

M.A.M.M.A. AOGOI. In questo periodo di forte tensione per la professione medica, la nostra Associazione ha varato una nuova iniziativa denominata Movement Against Medical Malpractice and Accident, che ha lo scopo di diffondere tra tutti gli associati le conoscenze nell'ambito della ginecologia forense e di fornire assistenza agli iscritti coinvolti in contenziosi giudiziari per problematiche attinenti l'esercizio della professione. [www.ginecologiaforense.it](http://www.ginecologiaforense.it). È il sito web, attivo dal settembre 2004, che permette di accedere alle ultime notizie in materia di ginecologia forense, a un archivio delle sentenze di maggior interesse per lo specialista ostetrico-ginecologo, alle risposte degli esperti alle domande più frequenti su problematiche legali e sindacali, agli articoli della rivista Ginecologia Forense e anche ai Forum di discussione sugli argomenti di maggior interesse per la professione. Per i soci coinvolti in contenziosi giudiziari vi è la possibilità di compilare on-line il modulo per richiedere l'assistenza di M.A.M.M.A. AOGOI e ulteriori informazioni.

#### L'UFFICIO LEGALE e L'UFFICIO STAMPA

Sono i due principali strumenti per tutelare i diritti degli associati e dar voce alle istanze della categoria. Due esempi, per citare gli ultimi in ordine di tempo, sono esemplificativi della loro preziosa attività: l'uno del 2006, quando, grazie all'operato dell'ufficio legale, fu sventato il tentativo di clinicizzazione dell'Ospedale di Pistoia;

#### COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

L'iscrizione all'AOGOI dà diritto all'abbonamento gratuito alle quattro riviste dell'Associazione: GynecoAOGOI, mensile d'informazione; la Rivista di Ostetricia Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale; Risveglio Ostetrico; Ginecologia e Ostetricia Forense. Su queste riviste gli iscritti potranno pubblicare gratuitamente i loro lavori scientifici. Tutti i soci, inoltre, riceveranno gratuitamente i volumi della collana "I Libri dell'AOGOI" che annualmente vengono pubblicati.

# AOGOI: UNITÀ

## CHI È AOGOI

## PERCHÈ ISCRIVERSI

**L'Aogoi è la più antica e rappresentativa Associazione scientifica e sindacale della Ginecologia italiana**

**L'Aogoi, è l'unica** associazione di categoria che rappresenta tutte le componenti del mondo ginecologico ospedaliero ed extraospedaliero italiano

**L'Aogoi è impegnata** in grandi battaglie sul fronte legislativo, professionale e sindacale a sostegno dell'intera categoria





NA AOGOI PER LE NUOVE ISCRIZIONI 2007 CAMPAGNA AOGOI PER LE NUOVE ISCRIZIONI 2007 CAMPAGNA AOGOI PER LE NUOVE ISCRIZIONI 2007

Per informazioni  
su come iscriversi:  
Segreteria nazionale Aogoi  
telefono 02.525380  
www.aogoi.it

# ITTI SI VINCE

**L'Aogoi garantisce** a tutti i suoi iscritti una forte tutela sindacale e medico-legale. Una polizza assicurativa gratuita, tra l'altro, copre fino a 25mila euro di eventuali spese legali e peritali in caso di contenzioso

**L'Aogoi offre** ai suoi soci un aggiornamento e una formazione di elevato contenuto scientifico

**L'Aogoi persegue** l'unitarietà della professione per meglio far fronte alle nuove sfide della società e della sanità

Con i suoi **4.702 iscritti**, L'Aogoi rappresenta la quasi totalità dei ginecologi che operano nelle strutture pubbliche e la grande maggioranza di quelli del settore privato: **3.359** ospedalieri, **1.343** extraospedalieri suddivisi tra **1.144** liberi professionisti, **166** nei consultori e **33** universitari

l'altro, dello scorso 17 gennaio, a opera dell'Ufficio stampa (al quale era pervenuta la segnalazione di un Socio) il cui intervento ha permesso la riabilitazione dell'immagine di un collega, uno dei tanti accusati ingiustamente e poi assolti, sulle pagine del "Corriere della Sera".

#### **POLIZZA ASSICURATIVA GRATUITA**

Tutti i Soci AOGOI acquisiscono, con la semplice iscrizione, il diritto a una polizza che prevede la copertura per le eventuali spese legali e peritali in caso di contenzioso, fino a 25.000 euro. Tale copertura vale anche per i contenziosi di natura amministrativa che dovessero insorgere nei riguardi delle Amministrazioni.

#### **NORMATIVA SULLA COLPA PROFESSIONALE**

Per tutelare maggiormente i suoi iscritti, l'AOGOI ha sollecitato un progetto di legge che verrà a breve presentato agli organismi istituzionali competenti.

#### **TUTELA SINDACALE**

L'AOGOI, insieme ad altre organizzazioni mediche, ha fondato la FESMED, Federazione Sindacale Medici Dirigenti, che ha raggiunto la significatività sindacale prevista dalle direttive della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Pertanto, ogni socio Aogoi è automaticamente iscritto alla Fesmed, che tutela i colleghi ospedalieri ed extraospedalieri, così come doveroso data la diversa estrazione professionale dei Soci Aogoi.

#### **COLLABORAZIONI SCIENTIFICHE**

Nel campo scientifico, l'AOGOI è federata con l'AGUI, l'Associazione Ginecologi Universitari Italiani, in seno alla Federazione SIGO. Quest'unico polo ginecologico italiano, che abbraccia colleghi universitari, ospedalieri ed extraospedalieri, confluisce a livello

internazionale nella FIGO, alla quale tutti gli iscritti AOGOI sono automaticamente associati attraverso la SIGO.

L'AOGOI ha inoltre affiliato, condividendone l'indirizzo scientifico, le seguenti Società: SIGITE (Società Italiana di Ginecologia della Terza Età), AMAMI (Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente), AIUG (Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico) e SIDIP (Società Italiana di Diagnosi Prenatale e Medicina Materno-Fetale).

#### **NUOVE SINERGIE NEL CAMPO DELLA STERILITÀ E CONTRACCEZIONE**

L'AOGOI ha creato per tutti i Soci che si occupano in particolare di sterilità, RMA e contraccezione:

■ la SIOS, Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità. Aperta a tutti i Soci, e in particolare ai liberi professionisti, intende offrire loro adeguate opportunità di crescita e di rappresentatività anche nel settore della diagnosi e della terapia della sterilità involontaria, condividendo e/o facendosi artefice di linee guida e percorsi di aggiornamento che li coinvolgano attivamente.

■ La SMIC, Società Medica Italiana per la Contraccezione. Creata insieme alla SIMG, Società Italiana di Medicina Generale, è dedicata in particolare ai medici ginecologi che operano nei consultori familiari d'Italia. La SMIC vuole unire l'azione, gli intenti, la cultura, le professionalità di tre fondamentali attori di questo settore, rappresentati nella fattispecie dai ginecologi ospedalieri, da quelli consultoriali e dai medici di medicina generale. Gli obiettivi principali sono: un confronto sulle realtà internazionali del family planning, valorizzando la salute riproduttiva e i diritti sessuali, favorendo lo sviluppo di standardizzazione delle procedure, nella cultura dell'accoglienza e del counselling; il consenso sulle linee guida nel vasto campo della contraccezione e, non ultime, alcune questioni riguardanti differenti interpretazioni medico-legali, dalla sterilizzazione, alle minorenni, alla contraccezione d'emergenza. Il golden goal è dar vita a una cultura comune nel campo della contraccezione, capace di una sollecita modernizzazione del sistema family planning, così da rispondere alle nuove sollecitazioni che i tempi richiedono e all'esigenza delle donne di effettuare scelte consapevoli anche in questo campo.



ALE AOGOI AL NUMERO 02.525380 O COLLEGARSI AL SITO INTERNET WWW.AOGOI.IT

**Contenzioso medico-legale / Sentenze** di Pier Francesco Tropea

## La colpa professionale nell'attività chirurgica in équipe

■ Il tema della responsabilità nell'attività medica svolta in équipe ha da anni polarizzato l'attenzione dei giuristi dando luogo ad accessi dibattiti caratterizzati da posizioni concettuali distinte, talora contrapposte. In parallelo, la giurisprudenza ha assunto su questo tema posizioni non sempre univoche, oscillanti tra l'esigenza di individuare un preciso responsabile di un atto medico cui consegua un danno al paziente e la tendenza a coinvolgere l'intera équipe nella responsabilità di

una qualsivoglia attività sanitaria che veda la compartecipazione di molte unità mediche e/o paramediche. Tali posizioni giurisprudenziali si richiamano nei loro presupposti rispettivamente a due principi presenti nella manualistica penale, apparentemente contrapposti tra loro: il principio dell'affidamento, in virtù del quale ciascuno è responsabile dei compiti che gli sono stati specificamente affidati, rispondendo personalmente della mancata diligenza impiegata, e l'istituto della

cooperazione colposa che, viceversa, chiama in causa i vari componenti dell'équipe laddove la prestazione comporti l'apporto di svariate unità operative. Tra questi due opposti capisaldi giuridici, si pone una serie di sfumature interpretative giurisprudenziali che tengono conto ovviamente delle differenti situazioni di fatto, oggetto dell'indagine giudiziaria, ed anche degli orientamenti personali degli operatori chiamati di volta in volta a giudicare su un evento avverso.

**U**na delle più classiche evenienze di collaborazione interdisciplinare è costituita dalla prestazione chirurgica, non soltanto in ragione del concorso lavorativo di un non trascurabile numero di collaboratori (medici, infermieri, tecnici ecc...), ma anche a causa del necessario intervento attivo, strettamente concorrente all'ottenimento del risultato, di almeno due équipe (quella chirurgica e l'altra anestesiologicala) che, portatrici di competenze settoriali specifiche, afferiscono a discipline ben distinte tra di loro.

Sebbene la differenza di mansioni e competenze sia del tutto evidente, da quando le specializzazioni mediche hanno ricevuto una loro consacrazione, tuttavia i giudici non hanno mancato di sottolineare l'obbligo dei sanitari, pur appartenenti ad una diversa disciplina, di intervenire (nel caso di attività sanitaria multidisciplinare) per supportare o rimediare l'opera di un medico rivelatasi carente o evidentemente errata, e ciò nell'ottica di una convergenza della prestazione verso il fine comune che è quello della salute del paziente.

Interpretando alla lettera tale principio, la Magistratura, in un caso di incidente anestesiologicalo occorso ad una paziente in procinto di essere sottoposta a taglio cesareo, aveva ritenuto corresponsabili dell'evento av-



**Distinte, e talora contrapposte, le posizioni dei giuristi sul tema della responsabilità nell'attività medica svolta in équipe**

verso, oltre che gli anestesisti, anche gli ostetrici, non intervenuti attivamente a riparare le evi-

dentì carenze dei colleghi anestesisti (Tribunale Palmi, luglio 1996). Più recentemente, e in modo ancor più evidente, i Giudici della Corte di Cassazione (Sezione IV, n. 18548, maggio 2005) chiamati ad esprimersi sul decesso di un neonato al parto, hanno riconosciuto la responsabilità in egual misura, sia dell'ostetrico, sia di un medico non specialista in ginecologia ma facente parte dell'équipe di sala parto, quest'ultimo per non aver riconosciuto in tempo i segni della sofferenza fetale, talmen-

te evidenti da non richiedere, per la loro individuazione, particolari cognizioni specialistiche. Se un'affermazione del genere suscita qualche perplessità, ove si tenga conto della rigida suddivisione di compiti assistenziali, specifici per specialità mediche tra di loro differenti, è ben comprensibile viceversa il concetto della corresponsabilità dei componenti di un'équipe chirurgica che afferiscano ad una stessa disciplina, strettamente compartecipando all'effettuazione di una prestazione sanita-

ria. Argomentando su un caso di morte di una paziente, avvenuta per accertato incidente anestesiologicalo in caso di taglio cesareo, la Corte di Cassazione (Sez. IV, n. 33619, ottobre 2006) ha ritenuto corresponsabili dell'evento letale i due anestesisti che si erano succeduti nella prestazione sanitaria e ciò in quanto, pur essendo stato acclarato che l'errore di intubazione che aveva portato la paziente all'anossia era stato compiuto dal primo anestesista, è pur vero che anche il secondo medico aveva ripetuto l'erronea manovra, partecipando attivamente alle due fasi dell'anestesia, entrambe sbagliate e quindi contribuendo in egual misura all'esito disastroso della prestazione sanitaria.

Sul punto i Giudici hanno puntualizzato che, "in materia di colpa professionale per attività svolta in équipe, ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'équipe in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere dagli altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale".

Un altro aspetto di rilevante interesse giuridico è quello relativo alla Sentenza a Sezioni Unite emessa dalla Corte di Cassazione nel luglio 2002 (Franzese) che consente ai Giudici di esprimere un giudizio assoluto nei riguardi del Medico ove, in tema di causalità omissiva, non se ne possa affermare la colpevolezza basata su un criterio di probabilità logica o razionale e non soltanto puramente statistico.

In questi ultimi anni il richiamo a tale importante pronuncia è stato molto frequente da parte della classe medica incriminata, per la quale la sentenza in oggetto ha costituito un formidabile punto a favore.

Su questo particolare aspetto della problematica, la Corte di Cassazione non ha mancato di puntualizzare che, nel caso di un banale taglio cesareo, effettuato su soggetto sano, e privo di controindicazioni anche anestesiologicalhe, tragicamente conclusosi con il decesso della paziente per un'errata manovra di intubazione (come avvenuto nel caso oggetto della sentenza qui richiamata) il convincimento dei Giudici sia di merito che di legittimità risulta in sintonia con i principi affermati dalla Corte di Cassazione a Sezioni Unite nella sentenza n. 30328 del luglio 2002. **Y**

Sciopero  
dei medici  
dirigenti  
del Ssn

4 maggio 2007

## Tre buoni motivi per una giornata di sciopero nazionale

■ **Rinnovo dei contratti di lavoro e impegno sul precariato, una soluzione condivisa per l'esercizio dell'intramoenia, attivazione di un fondo di previdenza integrativa specifico. Ecco quanto la Dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa del Ssn rivendica compatta con lo sciopero del 4 maggio**

**L**e organizzazioni sindacali della Dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa del Ssn hanno preso atto del fallimento delle procedure di conciliazione esperite il 22 marzo a seguito della proclamazione dello stato di agitazione. In mancanza di fatti nuovi da parte di Governo e Regioni, ed essendo risultato infruttuoso anche l'incontro odierno con il ministro della salute, le organizzazioni sindacali hanno proclamato una giornata di sciopero nazionale per l'intera giornata di venerdì 4 maggio 2007 per rivendicare:

- il rinnovo dei contratti di lavoro per le aree negoziali della Dirigenza del Ssn scaduti ormai da 15 mesi e la predisposizione dell'atto di indirizzo da parte del comitato di settore propedeutico al

l'avvio della trattativa dei Ccnl per il quadriennio 2006-2009. Nell'ambito dei tavoli negoziali andrà trovata adeguata soluzione anche al problema del precariato.

- Una soluzione condivisa per assicurare l'esercizio della libera professione intramoenia (Lpi) per i Dirigenti del Ssn nell'approssimarsi della scadenza del 31 luglio fissata dal Decreto Bersani con il quale cessa la possibilità di esercitare la libera professione presso gli studi privati (la cosiddetta intramoenia allargata). La libera professione intramoenia rappresenta un diritto dei medici e dei dirigenti sanitari e una opportunità per i cittadini nella scelta del medico. L'esercizio della libera professione intramoenia, regolamentata in modo appropriato secondo le norme legislative e contrattuali vigenti, non solo può evitare effetti negativi sulle liste d'attesa, ma al contrario può contribuire alla loro diminuzione. A tutt'oggi, nonostante i ripetuti impegni del ministro della salute a voler garantire e valorizzare la Lpi, le Regioni e le aziende sanitarie e ospedaliere non risulta che abbiano provveduto alla istituzione di spazi distinti e separati all'interno delle strutture pubbliche. Di conseguenza, se non saranno

presi adeguati provvedimenti, i medici, i veterinari e i dirigenti sanitari del Ssn vedranno negato loro il diritto di esercitare la libera professione come previsto dal DLgs 229/99 e dalle norme contrattuali vigenti e ai cittadini sarà negata l'opportunità della scelta del medico. Perdurando tale situazione di grave carenza organizzativa, la scadenza del 31 luglio 2007 per l'esercizio della libera professione presso gli studi privati non può che determinare un inevitabile deterioramento dei rapporti sindacali di cui le istituzioni ed il Ministero della Salute portano la diretta responsabilità. L'esercizio della LPI va regolata contestualmente all'esclusività di rapporto nell'ambito di un unico tavolo negoziale.

- L'attivazione di un fondo di previdenza integrativa specifico per la dirigenza medica e sanitaria coerente con il Ccnl vigente. **Y**

Anaao Assomed, Anpo, Aupi, Cimo-Asmd (Ugl Medici - Snam Ospedalieri - Unione Medica), Civemp (Sivemp-Simet), Confedir Sanità, Federazione Cisl Medici, Federazione Medici aderente Uil Fpl (Federazione Medici Uil Fpl - Smi - Nuova Ascoti), Fesmed (Acoi-Anmco-Aogoi-Sumi-Sedi-Femepa-Anmdo), Fp Cgil Medici, Sidirss, Sds, Snabi, Sinafo, Umsped (Aaroi-Aipac-Snr)

## La Fesmed sostiene la causa degli ex specializzandi

di Carmine Gigli  
Presidente Coordinatore Fesmed

■ Recenti sentenze, come quella della II sezione civile del tribunale di Roma, hanno riconosciuto agli ex-specializzandi degli anni 1983-1991, il diritto a percepire un'adeguata remunerazione per l'attività professionale espletata presso le strutture sanitarie pubbliche, durante il periodo di svolgimento del corso di specializzazione.

Il problema non può essere risolto automaticamente, perché il diritto decade se lo specializzando nello stesso periodo aveva percepito dei redditi. Di conseguenza, ogni caso richiede di essere esaminato singolarmente, anche per verificare l'esistenza o meno di atti interruttivi della prescrizione.

**La Fesmed, attraverso uno studio legale di sua fiducia, sosterrà l'azione giudiziaria che gli iscritti alle associazioni fe-**

**derate (Acoi - Anmco - Anmdo - Aogoi - Femepa - Sedi - Sumi) intendono affrontare per il riconoscimento di questo loro diritto.**

I soci interessati sono invitati a contattare al più presto la Segreteria nazionale Fesmed (tel. 02.29525380), la quale provvederà a metterli in contatto con lo studio legale, per verificare la loro posizione. In presenza dei requisiti richiesti dalle precedenti sentenze, verrà intrapresa la causa per ottenere il corrispettivo della mancata corresponsione delle borse di studio, alle quali avevano diritto per la partecipazione alle scuole di specializzazione. In questo caso, verrà richiesto ai richiedenti un contributo "una tantum" di euro 300 (trecento) per le spese ed in caso di vittoria, il 6% dell'importo ottenuto.

**AOGOI**  
ASSOCIAZIONE  
OSTETRICI GINECOLOGI  
OSPEDALIERI ITALIANI

**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 ritagliarlo 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](http://www.aogoi.it) e sulla rivista dell'associazione "GynecoAogoi"

data \_\_\_\_\_ il socio \_\_\_\_\_



**Uroginecologia** di Mauro Garaventa\*

# La vescica iperattiva: un problema emergente

■ Può interferire con il sonno, il lavoro, i viaggi, la sessualità, la vita di relazione in tutti i suoi molteplici aspetti. Il timore di perdere il controllo vescicale induce a modificare drasticamente il proprio stile di vita, con una perdita di autostima che può innescare ansia, depressione e isolamento. La maggior parte delle persone affette da questa sindrome non ricorre all'aiuto medico, mentre un trattamento adeguato permette di ottenere buoni risultati

**A**nche se poco conosciuta come entità clinica ben definita, la sindrome da vescica iperattiva è al contrario una condizione medica molto diffusa in tutto il mondo, con un impatto purtroppo molto importante in senso negativo sulla qualità di vita dei soggetti affetti. In questa "sindrome" rientrano tutte quelle situazioni nelle quali non sia dimostrata o dimostrabile una causa organica: in pratica il termine empirico di "vescica iperattiva" dovrebbe essere impiegato solo in assenza di una comprovata infezione urinaria o di altre patologie organiche note (ad esempio patologie organiche proliferative vescicali ecc.).

Disporre di dati epidemiologici ben precisi è molto difficile, se non quasi impossibile. Uno studio inglese, pubblicato sul British Journal of Urology del 2001, dimostrerebbe che il 17% degli europei di età superiore a 40 anni (22 milioni di persone circa) ha una sintomatologia da vescica iperattiva e che solo il 27% si sottopone a un qualunque trattamento terapeutico. Anche altri dati provenienti dagli Stati Uniti indicherebbero che anche negli Usa un adulto over 40 su cinque soffre di vescica iperattiva, con una percentuale di pazienti trattati non superiore al 20%. La maggior parte dei soggetti che sono afflitti da questa sindrome, infatti, spesso non ricorre all'aiuto medico, nella errata convinzione che essendo i disturbi del controllo vescicale



È un disturbo urologico che riguarda circa 3 milioni di italiani (oltre 50 milioni in tutto il mondo), uomini e donne, anche in giovane età

## Definizione

Con il termine di vescica iperattiva si intende una sintomatologia che comprende l'"urgenza minzionale", definita come sensazione improvvisa e impellente di "dovere" urinare, e l'aumento della frequenza minzionale diurna e/o notturna. A queste due condizioni può essere o meno associata una particolare tipologia di incontinenza urinaria definita "da urgenza", in quanto l'intensità dello stimolo va a superare la capacità di autocontrollo della o del paziente

parte integrante del processo di invecchiamento, non vi sia in pratica nulla da fare; purtroppo dobbiamo ammettere che anche quando lo fa non sempre trova medici con una sufficiente conoscenza della patologia in grado di offrirgli risposte concrete.

### I sintomi

Molti studi sulla sintomatologia della vescica iperattiva mostrano chiaramente l'importanza della

sua influenza sulla qualità di vita, superiore anche rispetto a patologie senz'altro molto più considerate in questo senso (come il diabete o la depressione).

Il sintomo storicamente più frequente è la pollachiuria ovvero la necessità di minzioni frequenti; il meno frequente è l'incontinenza urinaria (per ragioni anatomiche più frequente nel sesso femminile), ma il sintomo determinante è "l'urgenza", l'improvviso e incoercibile stimolo alla minzione. Questa sintomatologia può interferire con il sonno, il lavoro, i viaggi, l'attività sessuale, la vita di relazione in tutti i suoi molteplici aspetti: il timore della possibile perdita della capacità di controllo vescicale induce le persone a modifiche drastiche del proprio stile di vita per l'inevitabile acquisizione di meccanismi di adattamento preventivo (limitazione degli spostamenti quotidiani, "mappatura" delle toilette cittadine, riduzione dell'apporto idrico, cessazione dell'attività sessuale, uso di assorbenti o pannoloni ecc.). Tutto ciò porta chiaramente, direi quasi inevitabilmente, a una forte riduzione dell'autostima, facilitando la depressione.

### I fattori di rischio

I possibili fattori di rischio, che nel tempo sono stati associati con la vescica iperattiva, sono: l'età, la menopausa, l'obesità, altri sintomi urinari, le alterazioni funzionali e/o della sfera cognitiva, i rischi occupazionali, le infezioni croniche delle vie urinarie, l'anamnesi positiva per precedente chirurgia uro-ginecologica, il fumo di sigaretta, le malattie neurologiche, ecc. ma l'elenco potrebbe continuare.

### Stili di vita e trattamenti medici di prima istanza

Una volta realizzata una diagnosi di presunzione, escluse patologie organiche determinanti, il primo trattamento da realizzare riguarda la modifica di alcuni stili di vita, come la perdita di peso, la sospensione del fumo, la regolarizzazione della dieta e dell'apporto idrico e l'eliminazione di sostanze irritanti per l'urotelio, come caffeina e teina; nelle donne, si può considerare la possibilità di una terapia estrogenica locale o generale. Le prime opzioni terapeutiche per il trattamento della vescica iperattiva sono rappresentate dagli esercizi di riabilitazione del pavimen-

to pelvico, dal training vescicale e dall'uso di prodotti farmacologici, tra i quali gli "antimuscarinici", ad oggi considerati la classe di farmaci maggiormente efficace sulla sintomatologia.

Ogniquale volta vi sia una sospetta diagnosi di sindrome da vescica iperattiva, con o senza incontinenza da urgenza, è lecito quindi iniziare una terapia farmacologica antimuscarinica, in assenza di residuo vescicale post minzionale significativo (uguale o superiore ai 100 cc) e di controindicazioni specifiche, come il glaucoma ad angolo chiuso o la stipsi grave.

Il farmaco capostipite e di riferimento è stato per lungo tempo l'ossibutina, sul cui impiego però grava da sempre la presenza di importanti effetti collaterali indesiderati, come la secchezza delle fauci o la stipsi; per ovviare a ciò si sono proposte nel tempo varie formulazioni come il trospio o la tolterodina; ottimi risultati si sono recentemente ottenuti con

l'introduzione della solifenacina, molecola che gli studi internazionali più accreditati indicano come la risposta attualmente più indicata per ottenere una soddisfacente riduzione della sintomatologia associata a una migliore tollerabilità e accettazione da parte delle pazienti. Casi particolarmente gravi, resistenti alle terapie di prima linea, possono essere avviati a forme di terapia più

invasive, come la neuro-modulazione sacrale o l'applicazione di farmaci endovesicali (es. la tossina botulinica); l'impiego però di queste terapie è e deve al momento essere limitato ai centri di alta specializzazione. In conclusione, la sindrome da vescica iperattiva è una condizione molto frequente, che provoca nei pazienti che ne sono affetti una notevole riduzione della qualità di vita; ciò nonostante molte persone hanno difficoltà anche solo a parlarne e/o a chiedere aiuto alla classe medica. Spesso può capitare anche che il paziente trovi risposte inadeguate o non corrette e non venga avviato ad alcuna forma di terapia. Dobbiamo invece considerare che, dopo una diagnosi corretta, è possibile attuare un trattamento adeguato, che prevede modifiche di alcuni stili di vita, una terapia fisica riabilitativa e una terapia farmacologica mirata. Per i casi più impegnativi è indicato il ricorso a terapie più complesse in centri iperspecialistici. L'insieme di queste metodologie permette già ora di ottenere buoni risultati in gran parte dei pazienti, risultati che auspichiamo veder migliorati nel prossimo futuro grazie al costante sviluppo della ricerca sia in campo diagnostico che terapeutico. **Y**

\*Responsabile Area Funzionale Uroginecologia, S.C. Ostetricia e Ginecologia, E.O. Ospedali Galliera Genova

# Lady presteril®

## Gli alleati naturali per il benessere intimo di tutte le donne



**Irritazioni e arrossamenti?  
Assorbenti Lady Presteril,**  
un'opportunità di consiglio naturale  
**100% Cotone dentro e fuori**  
Efficacia, tollerabilità, ipoallergenicità testate



### Vaginosi batteriche e non batteriche?

#### Actigel, l'approccio alternativo

- ✓ Calma immediatamente prurito, dolore e infiammazione
- ✓ Svolge un'azione antibatterica contro i patogeni aerobi e anaerobi
- ✓ Inibisce la crescita di *candida albicans*

DISPOSITIVO MEDICO **CE** 0344 Classe 2A



**Per maggiori informazioni:**

CORMAN S.p.A. • Via Sciesa 10 20084 Lacchiarella (MI) • [www.lady-presteril.com](http://www.lady-presteril.com)

**Campagna di prevenzione Aogoi** a cura di **V. Dubini e F. Parazzini**

## L'uso di assorbenti e le infezioni vaginali

**L**e infezioni vaginali rappresentano una delle patologie che più frequentemente il ginecologo incontra nella sua pratica clinica: si tratta di forme che tendono a ripetersi nel tempo e che non sempre sono riconducibili ad entità patologiche ben definite.

Spesso si creano circoli viziosi, in cui la necessità di ripetere le cure finisce per favorire l'alterazione dell'ecosistema vaginale, contribuendo al ripetersi di successive infezioni, e svolgendo un'azione di sensibilizzazione che automantiene il ciclo patologico.

Non possiamo negare che eventi di tal genere, che richiedono un intervento che potrebbe essere ritenuto banale, possono a rompere la fiducia tra noi e le nostre pazienti, dal momento che viene scambiata per trascuratezza o scarsa capacità la difficoltà oggettiva a risolvere la problematica in maniera radicale. D'altra parte la maggior parte delle donne, si rivolgono ai servizi ginecologici prevalentemente nel momento della patologia, limitandosi a riportare i sintomi, e non sono consapevoli di quanto possono influire su queste patologie anche comportamenti, stili di vita e abitudini errate.

La vita delle donne e le loro abitudini sono, infatti, cambiate: accanto ad una maggiore cura nell'igiene, anche quella intima, la vita lavorativa, che costringe a restare molte ore fuori casa, crea difficoltà al mantenimento di alcune precauzioni igieniche. Ecco allora che il mercato mette a disposizione una serie di prodotti in grado di "tamponare" ma non di risolvere la situazione, come salviette, salvaslip che impediscono la traspirazione e costituiscono un ottimo "pabulum" per lo sviluppo di germi oppure spray profumati che, come mostra la letteratura, possono essere implicati nello sviluppo e il mantenimento di vaginose batteriche.

L'Aogoi ha voluto promuovere una campagna di educazione in questo settore poco conosciuto per saggiare le abitudini di vita delle donne, la possibile correlazione con la frequenza di in-

**Promuovere una maggiore attenzione alla qualità della cura dell'igiene intima, evitando comportamenti e abitudini scorrette. È quanto si propone la campagna Aogoi per la prevenzione delle infezioni vaginali e delle vulviti allergiche, rivolta alle donne e ai ginecologi**

fezioni e l'attitudine dei suoi iscritti a conoscere e farsi carico di questo problema.

### Materiali e metodi

Abbiamo svolto due distinte indagini: la prima, mirata

vamente ai consigli utili nella pratica clinica per prevenire le infezioni e l'uso corretto di assorbenti, si basa sui questionari inviati agli iscritti Aogoi nel periodo maggio-settembre 2006. Complessivamente hanno risposto 437 ginecologi (età media 49 anni), in prevalenza di maschi (64%), con attività prevalente in ospedale (65%).

### Risultati

Dalle nostre indagini risulta come ci sia attenzione da parte della donna verso l'igiene intima, con la diffusa abitudine a lavarsi spesso. Infatti, il 47% delle donne intervistate riferisce di sentire la necessità di lavarsi per l'igiene intima 2 volte al giorno e circa il 44% 3 volte o più. La grande maggioranza delle donne incluse nello studio, inoltre, riferisce di utilizzare un detergente specifico per l'igiene intima (81%) (Tabella 1).

a conoscere le abitudini e i comportamenti delle donne, si basa su 637 interviste a donne di età compresa tra i 18 e 66 anni (il 48% di età inferiore o uguale a 35 anni), afferite ai centri, 43 distribuiti in tutta Italia, per una visita ginecologica di routine o per controllo in gravidanza. La seconda, mirata a saggiare l'opinione dei ginecologi relati-

**Tab. 3 Uso di proteggi slip e assorbenti \***

Fa uso di proteggi slip?	Donne Età 18-35		Età 36-50		Età 51-65	
	(N. e %)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)
Sempre	97 (15.8)	49 (16.1)	37 (15.4)	11 (17.5)		
Spesso	117 (19.1)	64 (20.9)	44 (18.3)	8 (12.7)		
Qualche volta	239 (39.0)	126 (41.2)	94 (39.2)	17 (27.0)		
Mai	160 (26.1)	67 (21.9)	65 (27.1)	27 (42.9)		
<b>Quale tipo di assorbente usa durante le mestruazioni?</b>						
<b>Esterno</b>						
Sempre	488 (85.9) <sup>^</sup>	241 (81.4)	210 (90.1) <sup>^</sup>	34 (97.1) <sup>^</sup>		
Qualche volta	48 (8.5)	33 (11.2)	15 (6.4)	0		
Mai	32 (5.6)	22 (7.4)	8 (3.4)	1 (2.9)		
<b>Interno con applicatore</b>						
Sempre	44 (8.1)	26 (9.2)	16 (7.1)	1 (2.9)		
Qualche volta	98 (18.0)	58 (20.6)	34 (15.2)	5 (14.3)		
Mai	403 (73.9)	198 (70.2)	174 (77.7)	29 (82.9)		
<b>In alcuni casi la somma non arriva al totale a causa di valori mancanti</b>						
<b><sup>^</sup> donne in pre-menopausa</b>						
<b>* risposte multiple</b>						

**Tab.1 Abitudini igieniche\***

Quante volte al dì sente la necessità di lavarsi per l'igiene intima?

	Donne (N. e %)
1	55 (8.7)
2	298 (47.1)
3	175 (27.7)
4 o più	105 (16.6)

Quale tipo di detergente usa?

Sapone normale	113 (18.8)
Detergente specifico	488 (81.2)

**In alcuni casi la somma non arriva al totale a causa di valori mancanti \* risposte multiple**

**Tab.2 Frequenza di infezioni sintomi vaginali**

Episodi di infezioni vaginali nel corso dell'ultimo anno

	Donne (N. e %)
0	312 (53.7)
1	150 (25.8)
2	90 (15.5)
3 o più	29 (5.0)

Si è mai sentita a disagio per questi motivi?

Mai	339 (55.9)
Quasi mai	127 (20.9)
Qualche volta	122 (20.1)
Di frequente	19 (3.1)

**In alcuni casi la somma non arriva al totale a causa di valori mancanti**

### Assorbenti e proteggi slip

L'uso di proteggi slip è riportato dal 35% delle donne (minore nelle donne di età superiore a 50 anni) (Tabella 3).

La grande maggioranza delle donne intervistate preferisce l'assorbente esterno durante le mestruazioni: è questo il tipo di assorbente più comunemente usato anche nella fascia

Le infezioni vaginali e le vulviti allergiche sono un problema comune e sono associate in maniera significativamente maggiore all'uso di pantaloni attillati o jeans o biancheria intima sintetica.

Nel 20% delle donne sono stati riportati due o più episodi di infezioni vaginali: la presenza di infezioni vaginali o sintomi vaginali sono stati causa di disagio nel 25% circa delle donne intervistate (Tabella 2).

Il rischio di infezione ripetuta era aumentato del 90% nelle donne che riferivano di indossare spesso jeans o pantaloni attillati e del 50% nelle donne che utilizzavano biancheria intima sintetica rispetto a chi non la utilizzava.

Le opinioni dei ginecologi sono sostanzialmente coerenti con quelli che sono i risultati dello studio: infatti vengono indicati come fattori di rischio di infezione vaginale, in ordine decrescente: la terapia antibiotica (indicata nell'85%), il diabete (80%), il numero dei partner sessuali (70%), l'uso di biancheria sintetica (30%) e l'uso di indumenti stretti (25%).

I consigli suggeriti dai ginecologi per ridurre il rischio di infezione vaginale sono stati: non usare biancheria sintetica (75%), non usare indumenti stretti (70%), usare sempre il preservativo (35%).

di età più giovane. Il 75% circa dei ginecologi dichiara di informarsi sulle abitudini della donna riguardo all'uso di assorbenti: sempre il 75% dichiara inoltre di consigliare la donna rispetto all'uso di assorbenti, suggerendo, nel 90% dei casi, l'uso di assorbenti di cotone. Infine il 70% dei ginecologi ritiene che le vulviti allergiche rappresentino un problema clinico comune, e valuta che, nella propria pratica clinica, sono circa il 15% le donne che vengono in consulenza per questo problema.

Per l'80% dei ginecologi l'uso di assorbenti sintetici è associato a insorgenza di vulviti allergiche e il 98% ritiene che l'uso di assorbenti in cotone riduca il rischio di vulviti allergiche.

### Conclusioni

La vulva, sede di recettori sensoriali di ogni tipo, è una regione anatomica estremamente sensibile e vulnerabile a diversi stimoli, endogeni ed esogeni, tanto da costituire il bersaglio di numerosi disturbi e condizioni patologiche, talvolta a patogenesi misconosciuta e di difficile diagnosi. Accanto alle note vulviti specifiche, microbiche, fungine e virali sono sempre più frequenti, e in continuo au-

**segue a pagina 26**

Human Papilloma Virus di Paolo Scollo, Emilio Lomeo\*

## Vaccinazione anti-HPV, un futuro più sereno per la donna

Per prevenire il primo tumore di cui sia stata identificata, in modo incontestabile, la causa virale: lo Human Papilloma Virus è ora in commercio un vaccino che proteggerà le donne dai tipi di questo virus responsabili del 70-75 per cento dei cervicocarcinomi. Si tratta del primo vaccino commercializzato in grado di prevenire l'insorgenza di una neoplasia maligna

**L** carcinoma del collo dell'utero rappresenta il primo tumore maligno della donna nei Paesi in via di sviluppo (Pvs) e il secondo a livello mondiale in termini di incidenza: ogni anno vengono diagnosticati nel mondo 500 mila casi. L'incidenza varia molto da area geografica, ma è comunque più elevata nei Pvs. Tra i Paesi della Comunità Europea, dove si osservano oltre 13 mila decessi e circa 24 mila nuovi casi per anno, l'Italia si colloca in una posizione intermedio-bassa, con circa 1.500 decessi all'anno per tale patologia (1,2).

Il carcinoma del collo uterino è il primo tumore di cui sia stata identificata, in modo incontestabile, la causa virale (3,4): lo Human Papilloma Virus (Hpv). Oggi, grazie ai progressi della ricerca, è in commercio un vaccino che proteggerà le donne dai tipi di questo virus responsabili del 70-75 per cento dei cervicocarcinomi (5,6).

L'immunità conferita ai soggetti vaccinati, da quanto emerge dai dati di efficacia ormai giunti al traguardo di 5 anni di follow-up, è persistente ed è dovuta non solo ad un'improbabile "sterilizzazione completa" delle mucose genitali, ma anche attraverso una riduzione della carica virale, agisce impedendo de facto l'attecchimento dell'infezione (7,8,9).

Screening e diagnosi precoce oggi permettono di individuare, attraverso Pap test e Hpv test, le alterazioni tumorali delle cellule prima che compaiano i sintomi clinici; l'effettuazione del pap test dall'inizio dell'attività sessuale e successivamente ogni due o tre anni nella fascia di età tra i 25 ed i 64 anni comporterebbe a regime una riduzione fino al 90% dell'incidenza di tumore invasivo del collo dell'utero (10,11,12).

Com'è noto, il virus del Papillo-



ma umano si trasmette per via sessuale e il rapporto tra la presenza del virus e il tumore del collo dell'utero è molto stretto: quest'ultimo, infatti, compare quasi esclusivamente in donne che hanno una infezione da Hpv, anche se ciò non significa necessariamente che chi contrae il virus debba sviluppare il tumore. Le lesioni da Papillomavirus sono infatti frequenti: si calcola che il 75% delle persone che hanno o hanno avuto un'attività sessuale presentano un'infezione da Hpv (13,14,15). Nella maggioranza dei casi le infezioni scompaiono autonomamente e solo una parte se lasciata a sé, progredisce verso il cancro (16). In ogni caso, molto tempo

prima dell'insorgenza del tumore, compaiono lesioni pretumorali che vengono evidenziate dagli screening permettendo di intervenire precocemente. La possibilità di verificare, mediante l'Hpv-test, la presenza o meno di un virus ad alto/basso rischio è di grande utilità in integrazione con il Pap-test (17,18,19). Non si mette in discussione il ruolo insostituibile del Pap-test all'interno dei programmi di screening, ma l'integrazione con il test virale (per esempio nelle donne dopo i 30 anni o in quelle con risposta citologica dubbia) riesce a discriminare quelle che, nella realtà, non corrono alcun rischio da coloro che invece devono affronta-

re un ulteriore livello diagnostico come la colposcopia (20). In Italia vengono registrati ogni anno 3.500 casi di tumore al collo dell'utero, con un'incidenza maggiore nella fascia di età tra 30-35 anni e, in minor numero, in quella intorno ai 60 anni, con una mortalità a cinque anni del 35% (21,22,23). La prevalenza dell'infezione da Hpv è molto alta negli adulti sessualmente attivi e aumenta con il numero di partner sessuali, per cui un'infezione persistente può essere determinante nella carcinogenesi (16,24,25,26). Per questo è importante che attraverso un'informazione corretta e mirata si crei una cultura della prevenzione. Lo scenario per la prevenzione del cervicocarcino-

**L'introduzione del vaccino anti-Hpv non deve significare uno stop ai pap test. Il programma di vaccinazione e quello di prevenzione citologica devono procedere parallelamente, come in simbiosi**

ma si sta rapidamente evolvendo grazie alle migliori conoscenze sulla sua storia naturale, soprattutto per la stretta correlazione dimostrata tra alcuni tipi virali della famiglia degli Hpv e lo sviluppo della neoplasia (27). I sottotipi 16 e 18 sono stati riconosciuti responsabili di più del 70% delle neoplasie cervicali (28,29). In base alle evidenze disponibili sul ruolo carcinogenetico dell'Hpv e della correlazione tra infezione persistente e insorgenza della neoplasia

cervicale appare chiaro che l'introduzione di un vaccino anti-Hpv rappresenta un evento rilevante nella prevenzione primaria (30). Infatti si tratta del primo vaccino messo in commercio che può prevenire l'insorgenza di una neoplasia maligna. La vaccinazione può diventare la chiave di prevenzione dei tumori maligni causati da agenti infettivi e dovrebbe essere attuata già in tenera età, quando la donna non ha ancora iniziato la sua vita sessuale. Ideale sarebbe effettuare la vaccinazione sulle bambine per dare una futura copertura contro il Papillomavirus Umano (Hpv) (31,32,33). Tuttavia, le problematiche connesse all'introduzione su larga scala di un vaccino preventivo per Hpv potrebbero essere molteplici.

Tra gli aspetti legati alle strategie operative da adottare con l'introduzione della vaccinazione anti-Hpv, rivestono una certa importanza i criteri di selezione del sottogruppo di popolazione che può trarre maggiore beneficio da questa forma di prevenzione primaria e quindi destinataria del programma vaccinale. Infatti è prioritario assicurare un buon livello di copertura nella fascia di popolazione femminile in cui si stima la massima incidenza di acquisizione dell'infezione. Numerosi studi nazionali e internazionali indicano che la prevalenza massima di positività per infezione da Hpv si pone tra i 20 e i 30 anni di età per poi decrescere progressivamente nelle fasce di età più avanzate (34). Pertanto la vaccinazione anti-Hpv in età adolescenziale o preadolescenziale, prima cioè che possano correre il rischio di contrarre il Papillomavirus, rappre-

senta la fascia di età ideale per intraprendere la vaccinazione (35,36,37). Per facilitare l'adesione alla vaccinazione preventiva, è indispensabile avviare percorsi ad hoc per promuovere l'integrazione dei diversi settori (reparti e servizi di ginecologia, reparti e servizi di pediatria, consultori, servizi di igiene pubblica, distretti socio-sanitari, specialisti liberi professionisti ginecologi e pediatri,

scuole, ecc.) ricercando e sollecitando la collaborazione dei medici e dei pediatri del Ssn che possono fungere da anello di collegamento con i genitori. Il medico di medicina generale (Mmg) italiano potrebbe avere il compito di fornire un counselling di orientamento e sostegno per le pazienti che devono fare il pap test, e sorvegliare sulla adesione del paziente al protocollo previsto. Il Mmg inoltre può avere un ruolo di mediatore



re/informatore del paziente sul problema Hpv/carcinoma della cervice uterina e sulla disponibilità di un vaccino preventivo. Sul l'esito di una campagna vaccinale, in termini di copertura della popolazione bersaglio, potrebbero incidere negativamente le medesime problematiche che attualmente comportano (soprattutto in alcune fasce socio-economiche più svantaggiate) una minore attenzione verso i programmi di prevenzione del cervicocarcinoma e, di fatto, una disuguaglianza nell'accesso a questa forma di prevenzione (38). Infatti, la percentuale di adesione allo screening per il carcinoma della cervice uterina nel nostro Paese è solo il 50%. Solo una donna su due, tra i 25 e i 64 anni, effettua questo test con la cadenza e la regolarità prevista dai protocolli preventivi, con notevoli differenze fra il Centro-Nord (75%) e il Sud che complessivamente non supera il 35%. Tutto ciò quando è ormai risaputo che l'adesione ad un programma di screening potrebbe portare alla quasi eradicazione del tumore del collo dell'utero inteso come invasivo (39). Pertanto il livello di istruzione e la condizione socio-economica della popolazione target potrebbero condizionare l'adesione o meno ad una campagna di vaccinazione contro il Papillomavirus analogamente a quanto già avviene per i programmi di screening mediante il pap test, ove la percentuale di utilizzo del test cresce con l'aumentare del titolo di studio ed è più alta per le donne occupate. Prendendo come riferimento le percentuali di adesione alle attuali campagne di screening quale indicatore di sensibilizzazione della popolazione femminile, un altro fenomeno da tenere in considerazione è quello legato alla disomogenea situazione tra le varie realtà regionali.

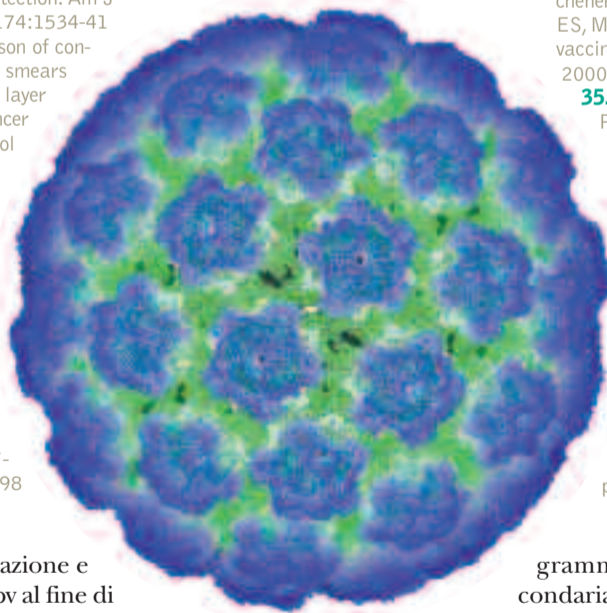
I sintomi di una carenza di informazione, che porta ad una sottoconoscenza del fenomeno da parte della popolazione femminile, e organizzativa, sono più evidenti in quelle regioni dove i programmi di screening sono attivati solo parzialmente e in quelle in cui non risulta attivato alcun programma. Da ciò si evince che l'impegno a colmare le lacune a livello informativo/comunicativo mediante azioni di promozione, mirate e differenziate a seconda delle diverse aree geografiche, rientra tra le azioni prioritarie. Un programma di prevenzione primaria mediante immunizzazione attiva deve essere inserito all'interno del contesto delle strategie preventive del cervicocarcinoma, vaccinazione da un lato, e programma di prevenzione citologica, dall'altro, che devono procedere parallelamente come in simbiosi, auspicando l'introduzione

## Per saperne di più

1. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997;102:3-8
2. Syrjänen K, Hakama M, Saarikoski S et al. Prevalence, incidence and estimated life-time risk of cervical human papillomavirus infections in a non selected Finnish female population. *Sex Transm Dis* 1990; 17(1):15-19
3. Zur Hausen H. Papillomavirus infections - a major cause of human cancers. *Biochim Biophys Acta* 1996;1288:F55-78
4. Hebner CM & Laimins L.A. Human papillomaviruses: basic mechanisms of pathogenesis and oncogenicity. *Rev Med Virol* 2005
5. Harper DM., Franco EL, Wheeler C, Ferris DG, Jenkins D, Schuind A et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:1757-1765
6. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Ault KA, Giuliano AR et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol* 2005; 6:271-278
7. Washam, C. Two HPV vaccines yielding similar success. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97:1030
8. Peng S, Tomson TT, Trimble C, He L, Hung C.F. & Wu T.C. A combination of DNA vaccines targeting human papillomavirus type 16 E6 and E7 generates potent antitumor effects. *Gene Ther* 2005
9. Stanley M. Immune responses to human papillomavirus. *Vaccine* 2005.
10. The 1991 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses: report of the 1991 Bethesda Workshop. *JAMA* 1992; 267:1892
11. Schneider A, Zham, Kirchmayr R et al. Screening for cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3. Validity of cytologic study, cervicography and human papillomavirus detection. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1534-41
12. Lee KR et al. Comparison of conventional Papanicolaou smears and a fluid based; Thin layer system for cervical cancer screening. *Obstet Gynecol* 1997;90:278-284
13. Clifford G.M., Gallus S., Herrero R. et al. Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: a pooled analysis. *Lancet* 2005 Sep; 17-23; 366(9490): 991-998

del test per l'identificazione e la tipizzazione dell'Hpv al fine di valutare la diffusione dei diversi sierotipi nella popolazione bersaglio di una determinata area geografica, che può risultare importante per una sorveglianza successiva all'introduzione dei vaccini anti-Hpv disponibili (40, 41, 42, 43, 44, 45). Un altro elemento da considerare è la modalità con cui l'offerta vaccinale possa giungere all'intera popolazione bersaglio, che consenta di operare per chiamata attiva. È altrettanto evidente che per l'implementazione del programma vi è la necessità di un coordinamento tra i vari attori coinvolti, che garantisca il monitoraggio del programma stesso con indicatori per la valutazione di processo e di risultato

14. 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
15. Kjaer SK, Van der Brule AJ, Paull G et al. Type-specific persistence of high risk human papillomavirus (HPV) as indicator of high grade cervical squamous intraepithelial lesions in young women: population based prospective follow-up study. *BMJ* 2002 Sep 14; 325 (7364): 572
16. Schlecht N.F., Robitaille J, Ferreira S, Santos M, Miyamura RA, Duarte-Franco E, Rohan TE, Ferenczy A, Villa LL, Franco EL. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. *JAMA* 2001;286(24):3106-14
17. Wright T.C.Jr, Schiffman M, Solomon D, Cox JT, Garcia F, Goldie S, Hatch K, Noller KL, Roach N, Runowicz C, Saslow D. Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening. *Obstet Gynecol* 2004;103(2) :304-9
18. Schiffman MHA, Herrero R, Bratti C. Human papillomavirus testing as a screening tool for cervical cancer. *JAMA* 2000;283(19):2525-6
19. Clinical relevance of human papillomavirus testing: relationship between analytical and clinical sensitivity. *J Pathol* 2003;201(1):1-6
20. Arbyn M., Buntinx F, Van Ranst M, Paraskevaidis E, Martin-Hirsch P, Dillner J. Virologic versus cytologic triage of women with equivocal Pap smears: a meta-analysis of the accuracy to detect high-grade intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 2004;96(4):280-93
21. Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili - terzo Rapporto 2004
22. Ministero della Salute, Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria 2001
23. Lynge E et al. Recommendations on cancer screening in the European Union, Advisory Committee on Cancer Prevention. *Eur J Cancer* 2000; 36:1473-8
24. Park K.C., Koh Y.M., Lee K.H., Yoon J.H., Kim J.H., Namkoong S.E., Park J.S., Human papillomavirus genotyping by the DNA chip in the cervical neoplasia. *DNA Cell Biol* 2004;23(2):119-25
25. Schlecht N.F.T.A., Duarte-Franco E, Rohan TE, Ferenczy A, Villa LL, Franco EL, Viral load as a predictor of the risk of cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Cancer* 2003;103 (4):519-24
26. Ylitalo N.S.P., Josefsson AM, Magnusson PK, Andersen PK, Ponten J, Adami HO, Gyllensten UB, Melbye M, Consistent high viral load of human papillomavirus 16 and risk of cervical carcinoma in situ: a nested case-control study. *Lancet* 2000; 355(9222):2194-8
27. Munoz N.B.F., Castellsague X, Diaz M, De Sanjose S, Hammouda D, Shah KV, Meijer C.J., Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer* 2004;111(2): 278-85
28. Huang LW,C.S., Chen PH, Chou H.P. Multiple HPV genotypes in cervical carcinomas:improved DNA detection and typing in archival tissues. *J Clin Virol* 2004;29(4):271-6
29. Park JS,H.E., Park SN, Ahn HK, Um S.J., Kim C.J., Kim S.J., Namkoong S.E., Physical status and expression of HPV genes in cervical cancers. *Gynecol Oncol* 1997;65(1):121-9
30. Sanders GD,Taira AV. Cost-effectiveness of a potential vaccine for human papillomavirus. *Emerg Infect Dis* 2003;9(1):37-48
31. Taira AV, Neukermans CP, Sanders GD. Evaluating human papillomavirus vaccination programs. *Emerg Infect Dis* 2004;10(11):1915-23
32. Kulasingam SL, Myers ER. Potential health and economic impact of adding a human papillomavirus vaccine to screening programs. *JAMA* 2003;290(6):781-9
33. Goldie SJ, Kohli M, Grima D, Weinstein MC, Wright TC, Bosh FX, Franco E. Projected clinical benefits and cost-effectiveness of a human papillomavirus 16/18 vaccine. *J Natl Cancer Inst* 2004;96(8) :604-15
34. Stern PL, Brown M, Stacey SN, Kitchen HC, Hampson I, Abdel-Hady ES, Moore J.V. Natyral immunity and vaccination strategies. *J Clin Virol* 2000;19:57-66
35. Bouvet JP, Belec L, Pires R, Pillot J. Immunoglobulin G antibodies in human vaginal secretions after parenteral vaccination. *Infect Immun* 62:3957-3961,1994
36. Osen W, Jochmus I, Muller M, Gissmann L. Immunization against human papillomavirus infection and associated neoplasia. *J Clin Virol* 2000;19:75-8
37. Kowalczyk D. Vaccine regimen for prevention of sexually transmitted infections with human papillomavirus type 16. *Vaccine* 2001;19: 3583-3590
38. Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili - Primo Rapporto, Stato dello screening cervicale in Italia, 2002 a cura di G. Ronco, S. Pilutti, C. Naldoni, M. Vettorazzi, M. Scarin, A. Scalis, P. Dalla Palma, A. Iossa, N. Segnan, M. Zappa ISTAT, Informazione statistica e politiche per la Promozione della salute. Atti del convegno, Roma settembre 2002
39. Goldie SJ, et al. Projected clinical benefits and cost-effectiveness of a human papillomavirus 16/18 vaccine. *J Natl Cancer Inst* 2004 Apr 21;96(8):604-15.
40. Franco EL. et al. Vaccination against human papillomavirus infection: a new paradigm in cervical cancer control. *Vaccine* 2005 Mar; 18;23 (17-18):2388-94
41. Tjalma WA et al. Prophylactic human papillomavirus vaccines: the beginning of the end of cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2004 Sep-Oct;14(5):751-61
42. Pagliusi SR et al. Efficacy and other milestones for human papillomavirus vaccine introduction. *Vaccine* 2004 Dec; 16;23(5):569-78
43. Kahn JA. et al. Attitudes about human papillomavirus vaccine in young women. *Int J STD AIDS* 2003 May;14(5):300-6
44. Kulasingam SL et al. Potential health and economic impact of adding a human papillomavirus vaccine to screening programs. *JAMA*.2003 Aug 13;290(6):781-9
45. Kim J.J. et al. Cost-effectiveness of human papillomavirus DNA testing in the UK, the Netherlands, France and Italy. *J Natl Cancer Inst* 2005 Jun;15;97(12):888-95
46. Harper DM, Freanco EL, Wheeler C et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus type 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:1757-1765
47. Villa LL, Costa RLR, Petta CA et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6,11,16 and 18) L2 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol* 2005; published online 7 April 2005:DOI.10.1016/S1470-2045(05)70101-7
48. Skjeldestad FE for the FUTURE II steering committee. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (HPV) (types 6,11,16,18) L1 virus-like particles (VLP) vaccine (Gardasil) reduces cervical intraepithelial neoplasia (CIN) 2/3 risk. 43rd Annual Meeting of IDSA, 2005 October 6-9 - San Francisco. Abstract LB-8a
49. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus type 16 and 18: follow-up from a randomised trial. *Lancet* 2006; 367:1247-55



(lista della popolazione invitata e degli aderenti, tassi di partecipazione, copertura della popolazione bersaglio, ecc.) e che consenta la sorveglianza post vaccinale. Dai mass media sta giungendo l'errata informazione, sia ai medici di medicina generale che alle pazienti, dello "stop ai pap test": tale prospettiva non è ipotizzabile, se non quando la vaccinazione avrà coperto in tutto il mondo un'alta percentuale della popolazione femminile in tenera età. In ogni caso per valutarne l'impatto sull'incidenza del carcinoma cervicale si dovranno attendere molti anni, per cui dovrà persistere un pro-

gramma di prevenzione secondaria efficace e capillare, secondo schemi di integrazione delle due azioni preventive (prevenzione primaria e prevenzione secondaria). Comunque è necessario ricordare che anche ipotizzando una copertura del 100% della popolazione con la campagna di vaccinazione si potrebbe prevenire l'insorgenza del 70% delle neoplasie cervicali, pertanto la citologia manterrà sempre il suo ruolo, anche se probabilmente verrà rimodulata la frequenza del suo impiego (46, 47, 48, 49). L'introduzione del vaccino per Hpv dunque non significherà che le donne possano evitare i controlli preventivi, soprattutto in una fase in cui tali controlli non han-

no ancora raggiunto percentuali ottimali nemmeno in tutte le regioni italiane. Viceversa, occorre diffondere il messaggio che il vaccino si aggiungerà allo screening al fine di aumentare la protezione di tutte le donne contro il cervicocarcinoma. Uno degli effetti dell'introduzione del vaccino anti-Hpv dovrebbe essere proprio quello di potenziare le attività di screening esistenti per una maggiore sensibilizzazione del pubblico sull'argomento, al fine di offrire la prevenzione sia alle donne che ricevono il vaccino sia a quelle che non lo ricevono nonché per controllare gli effetti del vaccino stesso. **Y**

\*U. O. C. di Ginecologia e Ostetricia Azienda Ospedaliera Cannizzaro, Catania (Direttore: Prof. P. Scollo)

**Euclintima: gel lubrificante vaginale** G. Bonomo\*, I. Chiacchio\*\*, A. Chiàntera\*\*

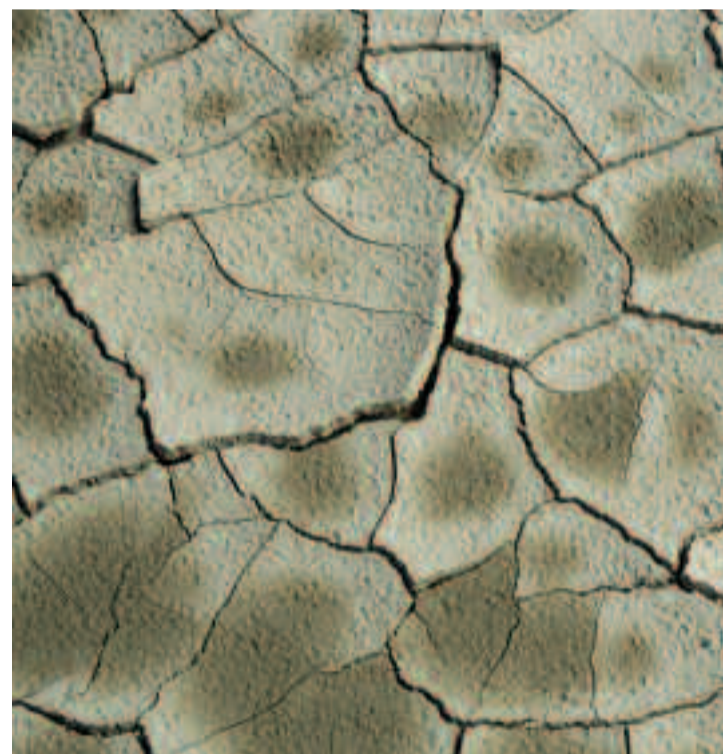
## Secchezza vaginale, una corretta igiene non basta

■ La secchezza vaginale, spesso accompagnata da prurito, bruciore e inevitabile disagio durante i rapporti sessuali, non è solo un problema della donna in menopausa, ma può verificarsi a tutte le età. Per contrastare questo disturbo non basta una corretta igiene intima, soprattutto ai fini di un'adeguata lubrificazione vaginale, e i normali detergenti spesso possono risultare perfino dannosi per la mucosa vaginale. "Euclintima gel", a base di acido ialuronico, acido lattico e altri componenti, si è dimostrato un rimedio efficace contro la secchezza e/o l'irritazione vaginale, come dimostrano i risultati di una nostra indagine

Si parla di secchezza vaginale, quando la naturale secrezione, fondamentale per il benessere dell'ecosistema vulvovaginale, è scarsa o addirittura assente. Essa non è soltanto un problema della donna in menopausa, riconoscendo, oltre alla carenza estrogenica tipica di quella età, anche altre cause, quali lo stress, la contraccettione, l'abuso di lavande vaginali, l'allattamento, il postpartum, il diabete, l'uso di assorbenti interni, ecc..., perciò essa si può verificare in tutte le età, ed anche in donne che hanno ancora un'attività sessuale regolare.

Con la menopausa si ha la cessazione dell'attività ormonale ovarica, fondamentale per il mantenimento di un'adeguata lubrificazione vaginale - infatti, in tale periodo si verifica un graduale assottigliamento della mucosa vaginale, che determina secchezza, bruciore, prurito e soprattutto disagi ai rapporti sessuali, con inevitabili ripercussioni sui rapporti di coppia - e la caduta della libido, che frequentemente ad essa si accompagna, è spesso dovuta più alla insufficiente secrezione vaginale che alla caduta del tasso estrogenico.

La minore produzione di muco, inoltre, rende ancor più vulnerabile la vulva e la vagina alle infezioni, infatti durante i rapporti sessuali si possono verificare delle piccole abrasioni, attraverso le quali i germi co-



munemente presenti in vagina penetrando in profondità generano infezioni. I cosiddetti detergenti neutri, talvolta, per il loro eccessivo potere sgrassante, risultano ancora più dan-

nososi per la mucosa vaginale aggravando ulteriormente la sintomatologia, per questo la scelta del detergente intimo, spe-

cie in queste situazioni, deve essere molto oculata, ed in particolare, essi devono soddisfare alcune fondamentali caratteristiche, quali, non alterare il pH vaginale, mantenere una buona lubrificazione ed idratazione e al contempo detergere la zona delicatamente.

Non è quindi sufficiente solo un'attenta e scrupolosa igiene per assicurare il benessere della propria intimità, ma soprattutto garantire un'adeguata e corretta lubrificazione vaginale. A tale proposito è stato condotto uno studio sull'uso di un gel lubrificante vaginale già commercializzato in Italia (Euclintima Gel) a base di acido ialuronico, acido lattico ed altri componenti, particolarmente indicato nei casi di secchezza vaginale.

### Materiali e metodi

Hanno preso parte all'indagine 40 donne, comprese tra 55 e 65 anni, afferite presso gli ambulatori per la menopausa, che lamentavano disturbi vaginali per lo più legati alla secchezza vaginale, quali bruciori, prurito e fastidio nei rapporti sessuali, alle quali è stata consegnata una confezione del gel in esame, da applicare in vagina una volta al dì, per una durata di 10 giorni. Sono stati eseguiti, ad inizio e a fine studio, degli esami colturali vaginali per escludere eventuali vaginiti o vaginosi da trattare secondo le terapie più idonee ed in caso di positività le

donne sono state escluse dallo studio.

Sono stati annotati su due schede i sintomi lamentati e la loro intensità, all'atto dell'arruolamento e alla fine del trattamento con il gel lubrificante. A fine indagine le donne sono state invitate ad esprimere un parere, su un apposito questionario, riguardo l'uso del lubrificante, omettendo volontariamente la valutazione della qualità dei rapporti sessuali, che sicuramente ne ha beneficiato, per evitare di accostare l'uso del lubrificante all'atto sessuale, facendolo così considerare come un prodotto "erotico".

### Risultati e considerazioni

Tutte le donne hanno portato a termine lo studio, ed in 32 casi si è avuto la completa remissione dei sintomi, mentre in 6 casi è stato registrato un netto miglioramento della sintomatologia, specie per il bruciore, nei rimanenti 2 casi (63 e 65 anni) si è avuto solo un'attenuazione dei disturbi. Alle 32 donne del primo gruppo è stato consigliato di continuare ad usare il prodotto, nei modi prescritti, mentre le 8 che non hanno beneficiato appieno dell'uso del gel lubrificante, sono state invitate ad usarlo 2 volte al dì per altri 10 giorni.

Al successivo controllo dopo 20 giorni di trattamento, tutte le donne si sono ritenute soddisfatte dell'uso del lubrificante, senza sintomi e/o reazioni avverse. In conclusione l'uso di "Euclintima Gel" lubrificante vaginale, è consigliabile, a dosi secondo l'entità del problema, in tutte quelle situazioni di secchezza e/o irritazione vaginale che si accompagnano così frequentemente nella vita di una donna, specie in menopausa, evitando così l'uso di rimedi fai da te alternativi come oli per bambini, vaselina, latte idratante, creme cosmetiche ed altro.

\* Ospedale Buon Consiglio dei Fatebenefratelli, Napoli

\*\* Clinica Santa Patrizia, Napoli

### segue da pagina 23 L'uso di assorbenti e le infezioni vaginali

mento, quelle ad etiologia incerta, che possono essere considerate un problema medico emergente.

Si può ipotizzare che le continue aggressioni alla cute vulvare, da parte di detergenti e sostanze chimiche ad azione irritante finiscano per danneggiare il film lipidico cutaneo e la componente intercellulare dello strato corneo, fino a compromettere il suo fi-

siologico stato di barriera. Tutto ciò si traduce in una vulvite irritativa, vera e propria dermatite, che origina da errate abitudini sia igieniche che comportamentali, probabilmente attraverso fattori che, fungendo da agenti ipersensibilizzanti, una volta scatenato lo stimolo irritativo lo perpetuano nel tempo anche dopo che lo stesso viene rimosso.

I risultati della nostra indagine sostanzialmente confermano quanto è necessaria una campagna di sensibilizzazione e quanto sia importante che i ginecologi si con-

vincano che promuovere una maggiore attenzione alla qualità della cura della propria igiene intima possa in realtà essere un contributo importante a prevenire e curare una serie di problemi che si vedono in emergenza: l'uso di indumenti di tessuto naturale, la limitazione dei tessuti colorati a contatto diretto con le mucose, la proscrizione di abiti troppo attillati e irritanti e infine l'uso di saponi e prodotti per l'igiene intima più rispettosi possibile dell'ambiente vaginale costituiscono piccoli "atti di salute" che posso-

no aiutare ad evitare tutta una serie di sgradevoli ricadute. In questo ambito evitare l'uso di salvapigi e assorbenti che limitano la respirazione delle mucose pare essere un elemento di importanza critica nella salvaguardia della salute sessuale e nell'evitare sensibilizzazioni che espongono a rischi futuri.

Forse dovremo far sì che le donne che incontriamo comprendano che scegliere i presidi igienici rappresenta un atto importante nella cura della propria persona non inferiore a tante altre scelte

che ogni giorno ci troviamo a fare per la nostra salute.

### Bibliografia

- Schmid GP. The epidemiology of bacterial vaginosis. Int J Gynaecol Obstet 1999; 67:S17-20
- Geiger AM, Foxman B, Gillespie BW. The epidemiology of vulvovaginal Candidiasis among university students. Am J Public Health 1995; 85:1146-1148
- Spinillo A, Capuzzo E, Egbe tO, Baltaro F, Nicola S, Piazzì G. Torulopsis glabrata Vaginitis Obstet Gynecol 1995; 85:993-998
- Chiapparino F, Parazzini F, De Besi P, Lavezzari M. Risk factors for bacterial vaginosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117:222-226

## Lettere



## Il viaggio americano del Cavaliere

Mi ha stupito in senso estremamente negativo il corsivo apparso a pag. 7 a firma (penso di Carlo Sbiroli, date le iniziali), di cui peraltro ho sempre apprezzato in questi anni il rigore scientifico e l'equilibrio morale. Prescindendo dal principio che qualsiasi cittadino è libero di scegliere il luogo ed i medici a cui

affidare la propria salute, mi ha colpito la fonte da "gossip" del corsivo. Una rivista di una associazione medico-scientifica dovrebbe attingere a fonti di ben altro spessore. Inoltre questa notizia "scandalistica" risulta completamente avulsa dal prosieguo del testo ed addirittura

contraddittoria. Infine tengo a precisare alcune mie considerazioni:  
- La scelta è stata indirizzata verso centri di eccellenza (vedi ultimo capoverso del corsivo)  
- Con il centro Dott. Martens esiste un rapporto specifico legato al ruolo di Presidente AC Milan

- Nessuno ha mai obiettato sulle scelte americane dell'Avv. Agnelli  
- Qualsiasi personaggio condiziona sempre la normale attività clinica del reparto di cura, in cui viene ricoverato  
- Un'ultima considerazione: non vorrei che il Dr. Berlusconi venisse considerato anche in

questo caso la causa dei mali di settore, trascurando le vere ragioni del problema (proprio in questi giorni vengono riportati i dati Cergas: 20% di pazienti extra regione curati in Lombardia per la modica cifra (!) di 4 miliardi di Euro annui).

Stefano Quaranta

Anzitutto ci scusiamo con il dottor Quaranta per il ritardo con cui rispondiamo alla sua lettera, che è giunta in redazione quando il numero precedente di *GynecoAgoi* era già in stampa.

Molti ritengono che un giornale come il nostro debba perorare questa o quella causa, schierarsi a favore di questo o quel partito politico. E qui bisogna intendersi. *GynecoAgoi* è un giornale di una Associazione Scientifica e Sindacale. Si adopera affinché vengano prese decisioni o si desista da altre, ma sempre in favore di una determinata categoria: i ginecologi italiani. Non perché si vogliono raggiungere determinati favoritismi o, tan-

to meno, creare delle lobby. Ma soltanto per far sentire la propria voce in maniera chiara, pubblica, senza sotterfugi, soprattutto in un periodo in cui la nostra categoria è presa di mira dall'opinione pubblica e dai media. In qualche modo dobbiamo difenderci. Questo non significa fare una campagna di stampa. Vuol dire invece evidenziare di volta in volta le distorsioni, le falsificazioni e le aberrazioni del sistema.

È in questo contesto che va inquadrato il corsivo di Carlo Sbiroli (*GynecoAgoi*, 09/10, 2006) a cui fa cenno la lettera del collega. L'articolo prende spunto dai dati, pubblicati nelle stesse pagine, sulla eccessiva mobilità pas-

siva dei pazienti italiani nella Ue. E nella linea del giornale si sottolineava la poca opportunità di propagandare il viaggio della salute di Berlusconi negli Usa.

Si deve convenire che chi è ai vertici delle istituzioni nazionali deve necessariamente sottostare a delle regole che proiettino un'immagine positiva del Paese, indipendentemente dal partito a cui appartiene. Non è nostro compito, e neanche nelle nostre possibilità, cambiare il mondo, ma criticarlo sì, soprattutto quando l'immagine della Sanità italiana può in qualche modo essere adombrata.

La redazione

## Mondo



## NEW JERSEY

## L'abito non fa il monaco

Secondo quanto dichiarato sull'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, la scelta del look non cambia il giudizio del paziente chiamato a giudicare la prestazione di un medico. L'abbigliamento, infatti, non influenza il malato e il suo livello di soddisfazione nei confronti del servizio prestato dal "carnice bianco", come dimostra uno studio condotto per tre mesi su un campione di 1.116 donne che si erano recate in visita da un ginecologo. Gli esperti della University of Medicine and Dentistry di Camden hanno domandato alle pazienti di compilare un questionario di soddisfazione subito dopo la visita specialistica. Ai medici, invece, è stato chiesto di cambiare abbigliamento varie volte durante la settimana, alternando casual a vestiti eleganti. Ne è emerso che il giudizio di professionalità e competenza espresso dalle donne non aveva subito alcun tipo di influenza dal look esteriore del medico. L'elemento più importante rimane la fiducia e il buon rapporto di comunicazione fra medico e paziente.

## LONDRA / 1

## Il cesareo per un posto a scuola

Il boom economico di Londra continua ad attirare giovani coppie di professionisti dall'estero, con il risultato che l'offerta scolastica di qualità per i figli degli inglesi e dei nuovi immigrati di lusso comincia a scarseggiare. Tanto che la corsa alle elementari private di antiche tradizioni comincia quando l'alunno è ancora nel grembo materno. Jenny Avis, preside della Wetherby's, a Hyde Park, consiglia alle donne che vogliono partorire con il cesareo "di programmarlo per i primi giorni del mese, così possono chiamarci subito e aspirare a uno dei cinque posti riservati ogni mese ai neonati".

## LONDRA / 2

## Ovuli per la ricerca scientifica

La Gran Bretagna dà il via libera alla donazione di ovuli per esperimenti di clonazione di embrioni volti a trovare cure per malattie come diabete o morbo di Alzheimer tramite l'uso di cellule staminali embrionali. In un primo momento la notizia che circolava era quella, divulgata dal quotidiano britannico *The Guardian*, che le donne britanniche sarebbero state pagate per donare i loro ovuli da destinare alla ricerca scientifica (250 sterline più le spese di viaggio, salvo lo scopo altruistico), ma l'HFEA (Human Fertility and Embriology Authority), l'Autorità governativa per la fertilità umana e l'embriologia ha smentito tale affermazione dichiarando, il 21 febbraio scorso, che i donatori possono esigere soltanto le spese che realmente hanno affrontato. L'Authority ha poi

affermato che "il potenziale vantaggio scientifico supera qualsiasi probabile obiezione". Attualmente le cliniche del Regno Unito non possono accettare ovuli per la ricerca scientifica, salvo quelli rimasti inutilizzati in trattamenti contro la sterilità e nella fecondazione in vitro. Ciò ha creato una cronica mancanza di ovuli umani, indispensabili ai ricercatori per far progredire le ricerche sulle staminali e le loro applicazioni nella cura delle cardiopatie, infertilità, diabete, morbo di Alzheimer e di Parkinson. Alcuni ricercatori dell'Università di Padova rilevano tuttavia che le donatrici potrebbero essere esposte ad alcuni rischi, dovuti alla somministrazione dei farmaci che alimentano la produzione di ovuli, e che secondo gli scienziati potrebbero provocare

conseguenze anche gravi, tra cui la paralisi.

## BERLINO

## Sesso: in Europa le italiane lo fanno di più

Secondo lo studio "Yasminelle", un'indagine internazionale condotta su 11.490 donne di età variabile fra i 15 e i 49 anni di 14 nazioni e coordinata dal Prof. David Cibula, Presidente della Società europea di contraccezione, le donne italiane risulterebbero le più attive sessualmente con il 59% che ha uno o più rapporti sessuali alla settimana. Seguono le ceche (57%), le russe (56%), le francesi (55%) e le spagnole (54%); ultime le austriache, con una percentuale ▶





## Libri



## La piuma dell'angelo

Una bella favola che offre lo spunto per riflettere su uno dei più importanti temi della vita, quello della nascita. È la storia di un angelo e della sua avventura terrena quella raccontata nel suo libro da Sergio Basile, un "veterano" dell'Aogoi, cui di recente l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi di Modena ha

tributato un riconoscimento per un progetto di una innovativa termoculla per "grandi prematuri" in avanzato stato di realizzazione. "La vicenda si svolge in un villaggio dai contorni sfumati, l'atmosfera è quella incantata, appartenuta alla nostra condizione di bambini, quando i grandi' ci regalavano libri con la

copertina robusta e le pagine piene di disegni multicolori e la nostra fantasia correva libera a immaginare di vivere in quei posti che non corrispondevano mai, chissà perché, alla realtà che ci circondava..." come scrive il presidente dell'Ordine dei Medici di Modena, N. G. D'Autilia, nella recensione al libro sul bollettino dell'Ordine.

È un racconto della gioia che la nascita, come pochi altri fatti della vita, sa regalare: un'emozione che pervade non solo chi la vive dall'interno ma anche a chi la percepisce dall'esterno. Ad accompagnare il testo sono le magiche illustrazioni di Dessilava Vitanova.

Sullo sfondo c'è un progetto, quello dell'associazione no profit "La vita dentro" (<http://www.lavitadentro.it/>), creata da Sergio Basile per sviluppare tutti gli aspetti relativi alla gestione dei bambini prematuri, non ultimo quello della termoculla Nuvola Azzurra "nato dalla passione e dall'impegno che meritano il nostro più sentito e meritato appoggio".

### La piuma dell'angelo

**una favola di Sergio Basile illustrata da Dessilava Vitanova**

**DI SERGIO BASILE**

**Per acquistare il libro:**  
<http://www.lavitadentro.it/>



## Mondo



► del 38%. L'indagine è stata presentata a Berlino in occasione dell'arrivo di "Yasminelle", pillola anticoncezionale a basso dosaggio di estrogeni che impiega l'ormone di sintesi drospirenone. "La peculiarità di Yasminelle – spiega Franca Fruzzetti, responsabile dell'ambulatorio di Endocrinologia, Ginecologica e controllo della Fertilità della Clinica Ginecologica Fioretti del S. Chiara di Pisa – è di contenere non solo un più basso dosaggio di etinilestradiolo, (20 mcg), ma anche un tipo particolare di progestinico, il drospirenone, che contrasta la ritenzione idrica e attraverso la sua attività antiandrogenica blocca l'effetto degli ormoni maschili in eccesso, causa di acne, seborrea o pelle grassa".

## PECHINO

### Viagra/1 Battaglia sul nome commerciale

L'Alta Corte del popolo cinese ha respinto la richiesta della Pfizer, colosso farmaceutico nazionale, di impedire a una società cinese di usare il nome Wie Ge e cioè "Potente Fratello" per uno dei suoi farmaci. La Pfizer, che ha ottenuto il brevetto per la vendita del Viagra nel 2003 e lo ha chiamato Wan Ai Ke, sostiene che la maggior parte dei cinesi chiama la pillola blu Wei Ge e che dunque è improprio che una società



concorrente utilizzi questa denominazione. Il Tribunale cinese ha invece sentenziato che la società cinese aveva regolarmente registrato questo nome e non c'era alcun motivo di modificarlo.

## LONDRA / 3

### Viagra 2 / Bimbo in fin di vita salvo grazie al viagra

È successo in un ospedale di Newcastle nel nord dell'Inghilterra. Un bimbo nato prematuro dopo sole 24 settimane, era in fin di vita a causa

di una grave insufficienza respiratoria. Uno dei polmoni, ancora non perfettamente formato, aveva smesso di funzionare e nel sangue non arrivava più sufficiente ossigeno. Come ultima speranza al bambino è stato somministrato il Viagra, farmaco contro l'impotenza usato in via sperimentale in neonatologia perché agisce sui vasi sanguigni dilatandoli (vasodilatatore). I medici hanno sfruttato proprio questo meccanismo e l'esperimento ha avuto successo. Il medicinale ha aperto vasi sanguigni ancora chiusi e portato in circolo prezioso ossigeno che ha salvato la vita al neonato. Dopo 5 mesi di ospedale è pronto per tornare a casa con i genitori.

## Editoriale

## Più spessore e visibilità

► Segue da pagina 3

Valeria Dubini, tra i fondatori del Gruppo Violenza dell'Aogoi, da anni tenacemente impegnata su questo fronte, ha presentato in anteprima al convegno "Alla salute delle donne", tenutosi a Napoli, il nuovo libro Aogoi "Violenza contro le donne: compiti e obblighi del ginecologo". Di particolare rilievo la presentazione del volume a firma del ministro della Salute Livia Turco che, nel corso della sua partecipazione alla manifestazione partenopea, ha illustrato le linee programmatiche del suo Piano nazionale per la promozione della salute materno infantile. Immigrazione e salute. Le donne immigrate rappre-

sentano un'importante componente femminile nel nostro Paese (ce ne rendiamo conto ogni giorno di più anche nelle nostre sale parto), che pone nuove istanze sia ai servizi socio-sanitari sia in generale alle politiche di integrazione rispetto alla tradizionale immigrazione prevalentemente maschile. Serena Donati e Angela Spinelli del Centro nazionale di Epidemiologia dell'Istituto superiore di sanità, ci presentano il quadro della salute sessuale e riproduttiva delle immigrate, con le azioni per migliorare l'assistenza e riorganizzare i servizi sulla figura del migrante, anche da un punto di vista culturale. E ancora sui temi della violenza e delle discriminazioni contro le donne (una scandalosa violazione dei diritti umani finalmente riconosciuta come uno dei principali problemi sanitari a livello planetario) le iniziative portate avanti in Italia e nel mondo.

Medici in pensione. Esiste davvero un'età in cui si "deve" smettere di fare il medico? È giusto che il patrimonio intellettuale e di esperienza, accumulati in anni di lavoro, vadano completamente dispersi? Carlo Sbiroli in questo numero affronta un argomento che sta a cuore ai più anziani, ma che riguarda anche i medici più giovani poiché investe gli aspetti formativi della professione. Giochiamo d'anticipo. Non saltate la pagina sui *Next Focus* con gli argomenti che intendiamo affrontare sui prossimi numeri. Contiene una richiesta: scrivete! Inviatemi i vostri articoli, le vostre segnalazioni e proposte su questi o altri approfondimenti. Aiutateci a dare più spessore e visibilità alle nostre idee, a coinvolgerci in questa avventura!

**Giovanni Monni**

## Congressi



**20-21 aprile  
Cosenza**

**IL PERCORSO NASCITA  
URGENZE-EMERGENZE IN  
SALA PARTO**

Segreteria organizzativa  
CS Centro Servizi Srl  
Via Aldo Moro 8 - 87040  
Castrolibero (Cs)  
Tel.: 0984-853005  
Fax: 0984-853005  
centro.servizi@cs-cs.it

**5-6 maggio  
Napoli**

**2° CORSO A.O.G.O.I.  
DI AGGIORNAMENTO PER  
OSTETRICHE**

Segreteria organizzativa:  
A.O.G.O.I.  
Via G. Abamonti 1 - 20129  
Milano  
Tel.: 02.29525380  
Fax: 02.29525521  
aogoi@aogoi.it

**24-27 maggio  
Villasimius (CA)**

**7° CORSO AOGOI DI  
AGGIORNAMENTO TEORICO  
PRATICO IN MEDICINA  
EMBRIO-FETALE E  
PERINATALE**

Segreteria organizzativa:  
Imc srl  
Viale Trieste 93 09123 Cagliari  
Tel. 070.273470 Fax: 070.273306  
giorgia.imc@tin.it

**25-26 maggio  
Roma**

**III INTERNATIONAL  
CONGRESS ON  
ENDOMETRIOSIS**

Segreteria organizzativa:  
Millennium Congress  
Viale deL Vignola 3D 00196 Roma  
Tel 06.3221854 Fax: 06.3221853  
millenniumcongress@  
scuolanuova.it

**22-24 maggio 2007  
U.O. Ginecologia-Ostetricia  
P.O. S.Francesco D'Assisi - Via Clemente  
Oliveto Citra, (Salerno)  
TRAINING DI UROGINECOLOGIA  
E DI CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA VAGINALE  
PROTESICA IN SALA OPERATORIA**

Ecm: Evento formativo n° 2119-273990  
accreditato con 22 crediti formativi per Medici-Chirurghi  
Numero di partecipanti: 5  
Area di interesse: chirurgia ginecologia, uro-ginecologia,  
coloproctologia, urologia  
**Segreteria Organizzativa  
Davide De Vita, SPIGC, tel. 339-8503997  
Fax 0828-793297  
davidedevita@tiscali.it - http://www.spigc.it**

**26 maggio  
Bologna**

**ECOGRAFIA  
TRANSVAGINALE E  
METODICHE INTEGRATE IN  
GINECOLOGIA ONCOLOGICA**

Segreteria organizzativa:  
Dolphin Organization  
Strada Maggiore 90 - 40125  
Bologna  
Tel. 051.6360801 Fax:  
051.4292250  
mail@dolphinorganization.com

**31 maggio-1° giugno  
Salerno**

**5° CORSO TEORICO-  
PRATICO DI CHIRURGIA E  
RIABILITAZIONE DEL  
PAVIMENTO PELVICO**

Segreteria organizzativa:  
S.P.I.G.C. - Dott. Davide De Vita  
Via Palermo 29 - 84091  
Battipaglia (Sa)  
Tel. 339.8503997 Fax:  
0828.793297  
davidedevita@tiscali.it

**31 Maggio  
1° Giugno 2007  
Napoli**

**VI TRAINING DI ECOGRAFIA  
IN GINECOLOGIA ED  
OSTETRICIA**

Segreteria organizzativa:  
Sirene Eventi Srl  
Via San Nicola 4  
80067 Sorrento (Na)  
Tel.: 081.8770604 Fax:  
081.8770258  
info@sireneeventi.it

**4-8 giugno  
Busto Arsizio**

**CORSI POSTUNIVERSITARI  
DI CHIRURGIA  
ENDOSCOPICA  
GINECOLOGICA AOGOI**

Segreteria organizzativa:  
Over Media Consult Srl

Via Pagliari 8 - 26100 Cremona  
Tel. 0372.23310 Fax:  
0372.569605  
info@verconsult.it

**8-10 giugno  
Marina di Ostuni (BR)**

**4TH CONGRESS ON  
ULTRASOUND IN  
OBSTETRICS AND  
GYNECOLOGY**

Segreteria organizzativa:  
Centro Italiano Congressi (Cic)  
Via Escrivè 28 70124 Bari  
Tel. 080.5043737 Fax:  
080.5043736  
info@cicsud.it

**10-13 giugno  
Carezza (Bz)**

**DALL'ANATOMIA  
CHIRURGICA ALLA  
CHIRURGIA ANATOMICA IN  
GINECOLOGIA**

Segreteria organizzativa:  
C.I.C. Sud  
Via Camillo Rosalba Trav. 47/e 28  
70124 Bari  
Tel.: 080/5043737 Fax:  
080/5043736  
cicsud@mclink.it

**14 giugno  
Reggio Emilia**

**LA VIA EMILIA  
DELL'ENDOSCOPIA**

Segreteria organizzativa:  
Mediacom  
Via Brescia 5  
41041 Casinalbo (Mo)  
Tel.: 059.551863 Fax:  
059.5160097  
mediabac@tin.it

**14-16 giugno Milano**

**19° CONGRESSO  
NAZIONALE - SIOG -  
ADVANCES IN  
GYNAECOLOGICAL  
ONCOLOGY**

Segreteria organizzativa:  
Endogroup International Srl  
Via Turati 7/E 22036 Erba (Co)  
Tel. 031.646141 Fax: 031.646731  
oncology2007@  
endogroupinternational.com

**16 giugno  
Ascoli Piceno**

**FISIOPATOLOGIA  
DEL CANALE CERVICALE-  
DALLA MORFOLOGIA,  
ALLA DIGNOSTICA, ALLE  
TERAPIE**

Segreteria organizzativa:  
Etrusca Convention  
Via Bonciario 6/D 06123 - Perugia  
Tel. 075.5722232 Fax:  
075.5722232

**7° Corso AOGOI**  
di Aggiornamento Teorico Pratico in  
Medicina Embrio-Fetale e Perinatale

**24 - 27 Maggio 2007**  
Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

Patrocinato da:

WAPM	World Association of Perinatal Medicine
EAPM	European Association of Perinatal Medicine
MED-UDG	Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology
STEOG	Società Italiana di Ecografia Ostetrica-Ginecologica
SEOS	Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità
SMIC	Società Medica Italiana per la Contraccezione

PRESIDENTI DEL CORSO  
Atahisa Chiastera  
Giosafredo Marongiu  
Giovanni Nenni

DIRETTORE DEL CORSO  
Giovanni Mosci

info@etruscaconventions.com

**20-23 giugno  
Palermo**  
**1° AAGL INTERNATIONAL  
CONGRESS  
IN CONJUNCTION  
WITH SEGI**

Segreteria organizzativa:  
Bluevents Srl  
Via L. Bodio 57 00191 - Roma  
Tel. 06.36304489 Fax:  
06.97276290  
info@bluevents.it

**14-17 ottobre  
Napoli**  
**83° CONGRESSO  
NAZIONALE SIGO- 48°  
CONGRESSO AOGOI- 15°  
CONGRESSO AGUI**

Segreteria organizzativa:  
S.E.L. Congressi & Triumph  
Congressi  
Via Lucillo 60 - 00136 Roma  
Tel. 06.355301 Fax: 06.35340213  
sigo2007@gruppotriumph.it  
sigo2007.scient@tiscali

**VIII CORSO  
SERBIO-ITALIANO**  
7-9 GIUGNO 2007  
**CASTROVILLARI (CS)**  
"Sala Congressi San Vito"  
"Sala Grandi Sale"

**DIAGNOSTICA E TERAPIA  
CERVICO-VAGINALE  
E VULVARE**

**Direttore scientifico  
del Corso:  
Carlo Maria Stigliano**  
U.O.C. Ginecologia Preventiva  
e Consultori Familiari  
Asl Castrovillari (Cs)

**Segreteria scientifica:**  
A. Fabrizio, D. Graditone,  
F. Pacifico, F. Schifino, R. I.  
Voto  
**Segreteria organizzativa:**  
**Mediacom** - Via Brescia, 5  
41041 Casinalbo (Mo)  
Tel. 059.551863  
Fax 059.5160097  
madiabac@tin.it

## 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 10 ml (1 bustina) contiene sodio alginato 1000,0 mg e potassio bicarbonato 200,0 mg. 1 ml contiene sodio alginato 100,0 mg e potassio bicarbonato 20,0 mg. Per gli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. Forma farmaceutica** Sospensione orale. Sospensione viscosa, biancastra.

**4. Informazioni cliniche** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento dei sintomi legati al reflusso gastroesofageo, quali rigurgito acido, pirosi, indigestione dovuta ad un reflusso del contenuto gastrico, ad esempio dopo chirurgia gastrica, come conseguenza di ernia iatale, nel corso della gravidanza o in concomitanza con esofagite da reflusso.

**4.2 Posologia e modo d'uso** **4.2.1 Adulti e bambini da 12 anni in su:** da uno a due cucchiaini dosatori 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** Ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti, compresi gli esteri degli idrossibenzoati (parabeni).

**4.4 Avvertenze speciali e opportuni avvertimenti** **4.4.1 Farmaci** Ogni dose da 10 ml presenta un contenuto di sodio pari a 106 mg (4,6 mmol) ed un contenuto di potassio pari a 78 mg (2,0 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 10 ml contiene 200 mg (2,0 mmol) di calcio carbonato. Si deve prestare attenzione nel trattare pazienti affetti da ipercalcemia, nefrocalcinosi 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 metil-idrossibenzoato e propil-idrossibenzoato, che possono causare reazioni allergiche (possibilmente 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.

**4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Nessuno.

**4.8 Effetti indesiderati** Molto raramente (<1/10.000) i pazienti sensibili ai componenti possono sviluppare manifestazioni allergiche, quali orticaria o broncospasmo, reazioni anafilattiche o anafilattoidi.

**4.9 Controindicazioni** 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 gastroesofageo (MRGE) Codice ATC: A02BX13. 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 gastroesofageo. 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 farmacologiche** **6.1 Lista degli eccipienti** Calcio carbonato, carbomer, metil-idrossibenzoato E218, propil-idrossibenzoato E216, saccarina sodica, aroma menta, sodio idrossido per l'aggiustamento del pH, acqua depurata.

**6.2 Incompatibilità** Non pertinente.

**6.3 Periodo di validità** 2 anni.

**6.4 Speciali avvertimenti di conservazione** Non refrigerare.

**6.5 Bustine e contenuto del contenitore** Astuccio di cartone esterno contenente bustine monodose di forma allungata e un cucchiaino dosatore in polistirene trasparente preformato con incavo con misure da 2,5 ml e 5 ml. Le confezioni sono 10, 20, 24 o 48 bustine. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. Il cucchiaino dosatore può non essere disponibile in tutti i mercati/confezioni. 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.

**6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare.

**7. Titolare dell'autorizzazione all'immmissione 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. Numeri delle autorizzazioni all'immmissione in commercio** Confezione da 1 bustina: A.I.C. n. 034248144/M. Confezione da 2 bustine: A.I.C. n. 034248157/M. Confezione da 10 bustine: A.I.C. n. 034248169/M. Confezione da 20 bustine: A.I.C. n. 034248171/M. Confezione da 24 bustine: A.I.C. n. 034248183/M. Confezione da 48 bustine: A.I.C. n. 034248195/M.

**9. Data della prima autorizzazione/renovo dell'autorizzazione** Novembre 2004.

**10. Data di revisione del testo** Ottobre 2005.

## 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.*

Dall'esperienza



© 2006 RGB Torre Lazur McCann Healthcare Milano

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

# gel Euclointima®

## 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.